

***Saúde da População Negra no Brasil:
contribuições para a promoção da equidade
(Projeto 914BRA3002)***

CONVÊNIO FUNASA/MS e UNESCO

**EXPERIÊNCIAS DESIGUAIS AO NASCER, VIVER, ADOECER E
MORRER: TÓPICOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO
NEGRA NO BRASIL.**

Fernanda Lopes

BRASÍLIA, DEZEMBRO DE 2004.

SUMÁRIO

Apresentação	3
1. Falando de saúde, doença e vulnerabilidades	5
1.1 O tecido social nacional e o viés racial nas desigualdades socioeconômicas	7
1.1.1 A cor da pobreza	7
1.1.2 Aqui se vive com muito pouco	9
1.1.3 Escolaridade e ocupação	9
2. Noções e conceitos essenciais para a promoção da equidade racial	11
2.1 O conceito de Direitos Humanos	11
2.2 A noção de raça	11
2.3 O conceito de racismo	12
2.3.1 Percorrendo as veias do racismo na América Latina	13
3. Raça, racismo e saúde	15
3.1 Por que silenciemos frente à falta de sensibilidade dos cuidadores e cuidadoras?	16
3.2 Colocando o preto no branco: o impacto da cegueira institucional na saúde da população negra	20
4. A importância da competência étnico/cultural na promoção da saúde	29
4.1 Mortes maternas	29
4.2 HIV/Aids	31
4.3 Promovendo a saúde da população negra de forma equânime	33
5. O Plano Nacional de Saúde	34
5.1 O Plano Nacional de Saúde e a saúde da população negra brasileira: recomendações para programas, ações e projetos	36
6. Referências Bibliográficas	43
Anexos	48
Anexo I	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor. Brasil, 1977, 1987 e 1993.	21
Tabela 2. Expectativa de vida ao nascer por renda familiar mensal, escolaridade e raça/cor. Brasil, 1980.	22

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Expectativa de vida ao nascer (em anos), segundo raça/cor. Brasil, 1987.	22
Gráfico 2. Esperança de vida ao nascer (em anos) por raça/cor. Brasil, 2000.	24
Gráfico 3. Relação de taxa de mortalidade de adultos pretos, pardos e negros sobre brancos. Brasil, 2000.	26
Gráfico 4. Relação de taxa de mortalidade de pretos, pardos e negros, sobre brancos. Homens adultos. Brasil, 2000.	27
Gráfico 5. Relação de taxa de mortalidade de pretos, pardos e negros, sobre brancos. Mulheres adultas. Brasil, 2000.	29

Apresentação

A proposta de realização do Projeto “*Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade*” surge da parceria técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/MS¹ e o Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (PCRI_Saúde/DFID)².

Foram atividades relacionadas ao projeto *Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade*

1. Redação de uma monografia sobre a Situação de Saúde da População Negra Brasileira³;
2. Realização de estudos sobre diferenciais raciais:
 - a) No acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial⁴;
 - b) Na esperança de vida e nos anos de vida perdidos⁵;
 - c) Nos perfis e estimativas de mortalidade infantil⁶;
 - d) Nas taxas de mortalidade apresentadas para a população adulta⁷;
 - e) Nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna⁸.
3. Elaboração de um artigo de revisão da literatura internacional sobre o impacto do racismo na saúde e sobre o modo como as necessidades e demandas dos grupos minorizados foram/são incorporadas às práticas e políticas de saúde em diferentes

¹ Projeto 914BRA3002 - CONVÊNIO FUNASA/MS e UNESCO, coordenado por Fernanda Lopes.

² O PCRI é formado por dois componentes: um que focaliza a ação municipal e o outro que focaliza ações em saúde. O Componente Saúde constitui-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado dentro do Ministério da Saúde, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal. O propósito é contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas efetivamente equitativas dentro do Sistema Único de Saúde. O Componente Municipal desenvolve suas atividades, prioritariamente, em estados da região Nordeste.

³ Autora: Fernanda Lopes.

⁴ Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz.

⁵ Autores: Marcelo Jorge de Paula Paixão, Luiz Marcelo Ferreira Carvano, Juarez de Castro Oliveira, Leila Regina Ervatti.

⁶ Autores: Estela María García de Pinto da Cunha, Alberto Augusto Eichman Jakob.

⁷ Autores: Luís Eduardo Batista, Anna Volochko, Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira, Vanessa Martins.

⁸ Autores: Alaerte Leandro Martins, Hélio Bertolozzi Soares, Mirian Santos Paiva, Vânia Muniz Nequer Soares.

realidades sociopolíticas, a saber: Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá e África do Sul⁹;

4. Produção de informações sobre processo e resultado da implementação de políticas públicas de saúde com ênfase na promoção da equidade racial¹⁰.

O texto a seguir intitulado “*Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil*” contém uma revisão da literatura nacional sobre disparidades raciais em saúde, um sumário com alguns dos principais achados do Projeto 914BRA3002, recomendações para ações, programas e projetos baseadas nos resultados da pesquisa e nas diretrizes e metas descritas no Plano Nacional de Saúde (segundo semestre de 2004).

⁹ Autora: Jurema Werneck.

¹⁰ Autoras: Marta de Oliveira da Silva e Nataly Damasceno de Figueiredo.

EXPERIÊNCIAS DESIGUAIS AO NASCER, VIVER, ADOECER E MORRER: TÓPICOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL¹¹.

Fernanda Lopes¹²

*“Digo apenas não a violência, ao racismo e à pobreza
Na certeza que esta vida vai mudar
ou não vai continuar.. “*

(Magno Souza e Maurílio de Oliveira)

1. Falando de saúde, doença e vulnerabilidades

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. **No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade.**

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

No campo da saúde, o conceito de vulnerabilidade emergiu no início da década de 90 entre aqueles que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da aids. Embora seja um recurso teórico aperfeiçoado no campo de estudos e pesquisas em aids, o conceito de vulnerabilidade não lhe é restrito.

¹¹ A versão preliminar deste artigo integra o Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.

¹² Fernanda Lopes – Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pesquisadora dos grupos NEPAIDS/CNPq e Cebrap-População e sociedade/CNPq. Atualmente coordena o Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma parceria entre o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Governo Brasileiro e a Sociedade Civil.

Se pretendêssemos apresentar o conceito de forma sintética, definiríamos por vulnerabilidade o “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação”.

A princípio, qualquer pessoa poderia qualificar sua situação frente às formas conhecidas de exposição aos fatores físicos, químicos, biológicos e ambientais que, por ventura, podem desencadear doenças ou agravos. Para as coletividades, todavia, as situações sociais e programáticas extrapolam, muitas vezes, o limite da percepção e da possibilidade de transformação de cada pessoa isoladamente (Ayres e col., 1999).

Com a finalidade de avaliar a vulnerabilidade à infecção por HIV e ao adoecimento por aids, Mann e col. (1993) definiram três planos interdependentes de análise: o componente individual, o componente social ou coletivo e o componente político ou programático.

No plano individual, os autores apresentam inúmeras definições para o conceito de vulnerabilidade:

- em termos absolutos, a expressão designa os desprotegidos.
- em termos relativos, refere-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média.
- em termos epidemiológicos, o conceito relaciona-se àqueles que apresentam maiores graus de exposição.
- em termos médicos, é atribuído às pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica que lhe é oferecida.
- em termos operacionais, a expressão diz respeito àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência.
- em termos de direitos humanos, refere-se àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios de igualdade e dignidade humana.
- em termos sociais, àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços e bens sociais disponíveis.

- em termos econômicos, aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras.
- e em termos políticos, diz respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total.

A dimensão programática da vulnerabilidade é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições.

A força do ambiente sociopolítico, econômico e cultural determina o sucesso dos programas e, em última instância, seu impacto sobre as pessoas. Neste sentido, a dimensão social da vulnerabilidade pode ser descrita:

- a) pelo acesso que as pessoas e os coletivos têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais;
- b) pela liberdade de expressão, representação e decisão;
- c) pelos indicadores de saúde, educação e renda;
- d) pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria;
- e) pela participação dos grupos nas estruturas de governo; e
- f) pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raça/cor, etnias, gênero, idade, orientação sexual, filiação religiosa e origem geográfica/regional.

1.1 O tecido social nacional e o viés racial nas desigualdades socioeconômicas

1.1.1 A cor da pobreza

A elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e de saúde depende da compreensão das fragmentações derivadas dos fenômenos socioculturais, políticos e econômicos, seja no nível pessoal, coletivo, regional ou mundial.

O mundo atual nega liberdades elementares a um grande número de pessoas. Por vezes, a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, em alguns casos vincula-se à carência de serviços públicos e assistência social

e, em outros, a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis.

No Brasil, o grau de pobreza é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar. Embora cerca de 64% dos países tenham renda inferior à brasileira, aqui o grau de desigualdades é um dos mais elevados do mundo (Barros e col., 2000).

A pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia. Esta afirmação, interpretada por alguns como esquizofrênica, está pautada em números tão cruéis quanto seu reflexo nos corpos e nas mentes de negros e negras, índios e índias¹³.

De acordo com os dados analisados por Jaccoud e Beghni (2002), em 1992, 40,7% da população brasileira era considerada pobre; em 2001, esse percentual caiu para 33,6%. Nesse período, a proporção de negros pobres equivalia a 2 vezes a proporção observada na população branca - 55,3% *versus* 28,9% em 1992 e 46,8% *versus* 22,4% em 2001. Nesse ano, homens e mulheres apresentaram-se distribuídos de forma semelhante entre os pobres – cerca de 1/3 da população. Ao incluir a variável raça/cor na análise dos dados, entretanto, observou-se que esta situação era vivida por quase metade das mulheres negras contra apenas 22,4% das mulheres brancas. Na indigência, a proporção de mulheres e homens negros foi cerca de 28% em 1992 e 22% em 2001, contudo este percentual foi 2,3 vezes maior quando comparado àquele apresentado para mulheres e homens brancos em 1992 e 2,6 vezes maior em 2001.

Segundo Milton Santos (2000), os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, a eles é oferecida uma cidadania abstrata; que não cabe em qualquer tempo e lugar e que, na maioria das vezes, não pode ser sequer reclamada. Por mais que se deseje negar, essa cidadania não consistente e não reivindicável, vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, índios e índias.

Se cidadania é o repertório de direitos efetivamente disponíveis, os coletivos cujo Estado não garante os meios para o desenvolvimento, não têm condições de exercer atividades globalizadas. Para estes brasileiros a transposição das barreiras socioeconômicas é quase impossível.

¹³ Neste texto não serão abordadas questões relativas às condições de vida e saúde da população indígena.

1.1.2 Aqui se vive com muito pouco

Em 1999, a renda *per capita* média nos domicílios com chefia negra correspondia a 42% dos valores observados nos domicílios com chefia branca (Martins, 2001). Em 2001 vivia-se com uma renda *per capita* média de R\$ 205,40 nos domicílios negros e com pouco mais que o dobro nos domicílios brancos. Em ordem decrescente de renda domiciliar *per capita* apareciam as residências chefiadas por homens brancos, mulheres brancas – com R\$ 482,10 e R\$ 481,20, respectivamente – seguidas daquelas chefiadas por homens negros e mulheres negras – R\$ 208,60 e R\$202,20 (Jaccoud e Beghin, 2002).

O baixo nível de renda, seja individual ou domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Para ilustrar tal situação destacamos o fato de que, em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até 1/2 salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação¹⁴ (IBGE, 2000; Jaccoud e Beghin, 2002).

Considerando que “os negros representam 45% da população brasileira, mas correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza, e que os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres, tem-se a certeza de que nascer negro no Brasil implica maior probabilidade de crescer pobre” (Henriques, 2003 *apud* Oliveira e Figueiredo, 2004). **A pseudoneutralidade do Estado Brasileiro frente às desvantagens materiais e simbólicas acumuladas pela população negra tem-se revelado um formidável fracasso, seja no campo social ou na saúde.**

1.1.3 Escolaridade, ocupação e rendimentos

O fenômeno da pobreza torna-se algo crônico do Brasil, a baixa escolaridade da população como um todo dificulta tanto a inserção no mercado de trabalho formal como a

¹⁴ De acordo com o IPEA e o IBGE são consideradas características indesejáveis: construção da habitação com material não durável; alta densidade; inadequação no sistema de saneamento e abastecimento de água; ausência de energia elétrica e coleta de lixo.

obtenção de um emprego decente¹⁵. Em 1999, a taxa de alfabetização para a população negra foi 13 pontos percentuais menores que para a população branca (78% *versus* 90%), sendo o maior índice educacional observado entre os homens brancos (0,887) e o menor entre os homens negros (0,753). As mulheres brancas tiveram o índice calculado em 0,877 e as negras, em 0,773 (Sant'Anna, 2001).

Entre os brasileiros e brasileiras de 15 anos ou mais, a taxa de analfabetismo era de 12,4% em 2001. Para os negros, 18,2% e para os brancos, 7,7%. Em média, a população branca estudava 6,9 anos e a negra, 4,7 anos. A menor média de anos de estudo foi observada na região nordeste: 5,7 para os brancos e 4,0 para os negros. No Sudeste, onde se encontra a maior média para a população geral (6,7 anos), os negros estudavam, em média, 2,1 anos menos que os brancos (Jaccoud e Beghin, 2002).

Quando se estuda mais, os ocupados e ocupadas deparam-se com o racismo e a discriminação racial em suas mais variadas formas, todas eficientes no que tange à exclusão: menores salários, menores chances de ascensão, menores proporções de cargos de chefia, emprego em outras áreas que não aquela que se especializaram (INSPIR, 1999; Martins, 2001; NOP-FPA, 2003).

Segundo pesquisa realizada por Soares (2001), se houvesse o fim da discriminação, as mulheres negras ganhariam, em média, cerca de 60% mais; as brancas ganhariam em torno de 40% e os homens negros entre 10 e 25% mais, a depender do lugar ocupado na distribuição de renda. **No mundo do trabalho se paga um preço alto por ser negro e um preço muito mais alto por mulher e ter a pele negra**, e assim, a tese amplamente difundida de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à cor da pele vem sendo paulatinamente derrubada.

A educação formal catalisa a mobilidade social: para os brancos. as possibilidades obtidas com o aumento do nível de escolaridade lhes permitem explorar o mundo de uma outra forma, dado que contam com auxílio de sua rede social. Para os negros, entretanto, ela oferece oportunidades restritas, dado que as novas gerações (geralmente mais escolarizadas) ainda não encontram o suporte necessário para mudança em sua rede social/comunitária.

¹⁵ De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), trabalho decente significa trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, e que seja capaz de garantir uma vida digna a todas as pessoas que dele dependem.

2. Noções e conceitos essenciais para a promoção da equidade racial

2.1 O conceito de Direitos Humanos

Sabemos que um dos primeiros passos para minimizar as vulnerabilidades é identificar os direitos não efetivados tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo e, em seguida, elaborar estratégias de promoção. A perspectiva universalista do quadro de Direitos Humanos oferece uma referência generalizável sob a qual se pode examinar qualquer contexto social ou estrutura de programa, avaliando o quanto esses afastam (ou aproximam) as pessoas dos mais altos e desejáveis padrões de qualidade de vida. Segundo França Jr e col (2000), “a identificação das possibilidades e limites da interlocução entre a Saúde Coletiva e os Direitos Humanos pode reforçar a perspectiva de que **o bom cuidado em saúde é, acima de tudo, um Direito Humano**”.

De acordo com Comparato (1999), os direitos humanos são definidos como um sistema de valores éticos, hierarquicamente organizados de acordo com o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização do valor supremo da justiça. Segundo o autor, no decorrer da história, a compreensão de dignidade foi balizada pela dor física e pelo sofrimento moral de muitos e desencadeada pelo fenômeno ideológico. Em função disso, a exigência de condições sociais adequadas para a realização de todas as virtualidades do ser humano é intensificada pelo tempo e justificada pelos princípios de irreversibilidade e complementaridade solidária dos direitos já declarados.

2.2 A noção de raça

Em nosso país a noção de raça tem sido fundamental na organização dos princípios da sociedade. De acordo com alguns autores, a idéia de raça não pode ser considerada universal por não prescindir de uma fundamentação objetiva, “natural” ou biológica (Frota Pessoa, 1996; Santos RV, 1996). Para eles, a “fragilidade” terminológica e conceitual pode dificultar sua aplicação em estudos e pesquisas sobre saúde.

Aqueles que defendem o uso do termo reiteram seu caráter mutável, plástico e afirmam que sua utilidade analítica está centrada, exatamente, na negação de uma fundamentação biológica e na confirmação de sua propriedade social e política plena (Fanon, 1983; Guimarães, 1995; Hasenbalg, 1996; Maggie, 1996; López, 2000a,b; Perea,

2000; Goodman, 2000; Delgado, 2000). De acordo com estes autores, **a utilização científica do termo permite compreender e intervir em certas ações (inter)subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como em suas implicações e desfechos.**

Para Cashmore (2000), o conceito de raça poderia ser definido sob três prismas: 1. da classificação; 2. da significância; 3. da sinonímia. Do prisma da classificação, o termo designaria um *grupo ou categoria de pessoas conectadas por uma origem comum*; do prisma da significância, ele seria *uma expressão, som ou imagem cujos significados, viabilizados somente por meio da aplicação de regras e códigos, seriam plásticos e mutantes*; e, do prisma da sinonímia designaria *um modo de entender e interpretar as diversidades por meio de marcadores inteligíveis.*

Ao apresentar as possíveis definições de raça, o autor relata que o termo entrou para a língua inglesa no começo do século XVI e que, até o começo do século XIX, foi usado principalmente para referir-se às características comuns apresentadas em virtude de uma mesma ascendência. Desde o início do século XIX foram atribuídos vários outros sentidos ao termo “raça”, contudo, os componentes fenotípicos da ascendência atraíam a atenção das pessoas tão prontamente que elas não eram capazes de perceber que **a validade da raça como conceito dependia do seu emprego numa explicação.**

Ao ponderar sobre o caráter polissêmico do termo raça, Cashmore afirma que **a diversidade de seus significados é influenciada pelas regras e códigos sociais de um determinado tempo histórico, pelos grupos sociais considerados, pelo espaço físico e simbólico que ocupam.**

Para descrever e analisar as desigualdades nas condições de vida e as especificidades dos processos de vulnerabilização experimentados por mulheres e homens negros, o termo raça será utilizado como sinônimo de grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos.

2.3 O conceito de racismo

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao

grupo com padrões “desviantes” que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente, atitudes estas que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidos em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida.

A socialização cultural coloca as pessoas e os grupos em posições de competição por *status* e por recursos valorizados e isso ajuda a explicar como os atores sociais desenvolvem estratégias para a obtenção de interesses específicos. **Em sendo o racismo um fenômeno ideológico, sua dinâmica é revitalizada e mantida com a evolução das sociedades, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos. São esses predicados que fazem do racismo um “fabricante” e multiplicador de vulnerabilidades.**

As sociedades latino-americanas incluindo a brasileira, definem as posições sociais de seus membros de modo a lhes garantir privilégios em sua relação com o Estado ou com os demais grupos sociais. No plano das relações intersubjetivas, esses privilégios são resguardados por etiquetas que têm, na aparência e na cor, as principais referências e marcos no espaço social (Munanga, 1990; Hasenbalg, 1996; Maggie, 1996; Guimarães, 1997; Bento, 1999).

2.3.1 Percorrendo as veias do racismo na América Latina

Nos países latino-americanos, o racismo apresenta dois pontos nevrálgicos: 1. o ideal do branqueamento ou embranquecimento e 2. a concepção desenvolvida por elites políticas sobre a harmonia e a tolerância raciais e sobre a ausência de preconceito e discriminação baseados na raça/cor – a propalada democracia racial.

Apresentado no final do século XIX como a solução harmoniosa para o problema racial, o ideal de branqueamento tinha como meta a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca. No passado, assim como agora, **os sistemas baseados no embranquecimento admitem o deslocamento social lento, ao longo do contínuo de cor, de modo que sejam mais aceitos aqueles que mais se aproximam da**

brancura, isto é, aos mestiços se oferece a ilusão de mobilidade e ascensão, enquanto aos pretos as únicas possibilidades oferecidas são a exclusão e a negação da auto-imagem. Embora muitos pardos tendam a se identificar como brancos e alguns pretos classifiquem-se como pardos, eles (os pretos) dificilmente poderão classificar-se como brancos, assim, a impossibilidade de ocupar outros lugares estabelece um limite e denuncia a permanência da dicotomia negro *versus* branco (Fanon, 1983; Guimarães, 1995; Hasenbalg, 1996).

A democracia racial, traduzida pela convivência pacífica entre negros e brancos, pela proximidade geográfica, física e cultural e pelas relações afetuosas, quase familiares, propiciadas pela intensa mobilidade sexual dos homens brancos a partir do período colonial, teve como principal veículo de disseminação no Brasil, os trabalhos de Gilberto Freyre, cujo pensamento foi seguido por muitos outros. O projeto de nação levado a cabo neste período buscava afirmar-se na produção de uma nação pacífica, afetuosos e sensual, ancorada na idéia da mistura racial que absorvia o que de melhor, ou nem tanto, os três povos (brancos, negros e indígenas) teriam a oferecer (Werneck, 2004).

No Brasil, as hierarquias sociais são justificadas e racionalizadas de diferentes modos, todos eles (sem exceção) apelam à ordem “natural” de sua existência e apresentam-se como um traço constitutivo das relações sociais. Segundo Guimarães (1995), **o sistema de hierarquização brasileiro (e da América Latina em geral) interliga raça e cor, classe social (ocupação, renda) e status (origem familiar, educação formal) sem, contudo, deixar de ser sustentado pela dicotomia racial branco *versus* preto que alicerçou a ordem escravocrata por três séculos e persiste ativa na atualidade, resistindo à urbanização, à industrialização, às mudanças de sistema e regimes políticos.**

A “naturalidade” deste tipo de hierarquia social determina que o racismo seja **socialmente apresentado como um "problema do negro"; como um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais.** Neste cenário, os maiores desafios de uma prática anti-racista são: 1. contribuir para a conscientização dos negros e para a ampliação de seu repertório de direitos; 2. desconstruir os princípios da “branquitude” alicerçados no reconhecimento das carências negras e, paradoxalmente, na proteção silenciosa (e constante) dos privilégios concretos e simbólicos dos demais.

3 Raça, racismo e saúde

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o *conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais*. Nesse sentido é impossível deixar de considerar o avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal), entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. **Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.**

Para ilustrar tais experiências destacamos algumas pesquisas cujos resultados foram publicados recentemente. De acordo com Perpétuo (2000) e Chacham (2001), em 1996, as mulheres negras apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal; menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao 4º mês de gravidez, receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e sobre a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. Em contrapartida, apresentaram maiores chances de ter o primeiro filho com 16 anos ou menos, de engravidar ainda que não quisessem, de não receber assistência médica durante todo o período gravídico e/ou de não serem examinadas adequadamente.

No ano 2000, 8,9% das mulheres que deram à luz na região Norte do país não realizaram consultas de pré-natal contra 6,5% das brancas, o que implica em 36% menos de chance de acesso a este tipo de assistência. No Nordeste, as proporções foram de 10,1% para as negras e 6,9% para as brancas, razão de 46%. No Centro-Oeste, 3,9% *versus* 1,8%. No Sudeste e Sul, a proporção de negras que não tiveram acesso aos cuidados no período gravídico foi o dobro das brancas (Cunha e Jakob, 2004).

Em termos locais, das 9633 puérperas atendidas em maternidades do município do Rio de Janeiro, entre julho de 1999 e março de 2000, mais negras que brancas relataram diagnóstico de doença hipertensiva e sífilis durante a gestação. Na avaliação quantitativa dos cuidados no pré-natal, a situação de inadequação foi comum para a maioria das mulheres negras. Além da inadequação do pré-natal, a peregrinação em busca de

atendimento foi de 31,8% entre as pretas, 28,8% entre as pardas e 18,5% entre as brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal em ambos os grupos, contudo, a proporção de puérperas que não tiveram acesso a este procedimento foi maior entre as pretas e pardas – 21,8% e 16,4% respectivamente. Todos os dados citados estão descritos no estudo realizado por Leal e col (2004).

3.1 Por que silenciemos frente à falta de sensibilidade dos cuidadores e cuidadoras?

Em todos os cantos do mundo a eficácia do cuidado em saúde varia de acordo com as condições socioeconômicas do sujeito, o lugar onde ele vive, a qualidade dos equipamentos sociais que ele tem acesso, a sensibilidade, a humanização e o compromisso da equipe de profissionais pelos quais ele é atendido.

A análise da estrutura social e sua evolução no tempo são imprescindíveis. Não se deve isolar os sujeitos uns dos outros, do seu ambiente e do seu observador. Em decorrência dessas premissas, o registro e a análise das desigualdades e iniquidades raciais em saúde só pode ser feito por pessoas sensíveis e aptas a compreender os diferentes sentidos e significados atribuídos às relações inter e intra-raciais, inter e intragêneros, inter e intrageracionais (Lopes e Malachias, 2001).

Aqueles que precisam do cuidado buscam um esquema de atendimento que considere suas necessidades; que seja conveniente com o seu perfil socioeconômico; que leve em consideração a sua posição na hierarquia social e de gênero dentro e fora da unidade familiar; que respeite seus traços culturais, suas crenças, seus valores e expectativas. A dificuldade enfrentada pelos cuidadores em contemplar esta diversidade e pluralidade compromete a resolutividade de suas ações.

A cultura é o conjunto de sinais, símbolos e significados sociais e o que eles comunicam. É o conjunto dos diversos modos de vida, relações sociais, formas de interação e interpretação da humanidade com o mundo e do mundo para com a humanidade. Os pensamentos e os comportamentos individuais se inserem dentro de um contexto mais amplo, logo, **todas as construções individuais são dependentes da linguagem, dos**

valores que ela comunica, determina, reforça e mantém; das instituições e dos sistemas de classificação sociocultural.

O controle da linguagem não se dá no modelo lógico/racional porque a linguagem é a (re)construção do mundo e não o seu resumo, sendo assim, os sentidos e significados atribuídos ao objeto da comunicação o são, de acordo com o mundo que se quer construir, no momento que a construção é desejada e somente por aqueles que a querem (Ricoeur, 1988).

O preconceito¹⁶ (in)consciente, a ignorância, a falta de atenção ou a aceitação de estereótipos racistas que colocam segmentos populacionais em desvantagem; a sub-representação de negros e indígenas entre os cuidadores de nível superior e a falta de “habilidade” para o manejo de questões relativas à raça ou etnia (incompetência cultural) corroboram para a elaboração de estratégias menos evidentes, porém eficientes, de discriminação racial ou étnica¹⁷, seja numa perspectiva individual, coletiva ou mesmo institucional.

No caso da saúde, o uso da linguagem como meio de manutenção e legitimação das desigualdades sociais e raciais permite que sejam criados, cotidianamente, novos mecanismos para o não oferecimento de um serviço profissional adequado e equânime. Do ponto de vista do usuário, são criados e recriados mecanismos para a não percepção ou não aceitação de atitudes negativas por parte dos profissionais. Enquanto aqueles simulam tratamento igualitário, estes fingem não perceber que estão sendo maltratados ou fingem não saber que não têm suas necessidades contempladas de forma insatisfatória.

Dados da pesquisa nacional sobre Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo e Instituto Rosa Luxemburgo Stufting em 2003, revelam que 3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no

¹⁶ O preconceito entendido como uma idéia preconcebida, sem razão objetiva ou refletida, é uma posição psicológica que acentua sentimentos e atitudes endereçados a um grupo como um todo, ou a uma pessoa por ser membro daquele grupo (Munanga,1999).

¹⁷ Discriminação é a atitude ou ação de distinguir tendo por base idéias preconceituosas. É a manifestação comportamental que perpetua privilégios e desigualdades histórica culturalmente aceitos e naturalizados (Munanga, 1999).

hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Em sua maioria, o agente discriminador foi o médico e, ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro.

Ao entrevistar usuários e usuárias portadores de hipertensão arterial essencial, atendidos em serviços públicos do município do Rio de Janeiro, Cruz (2004) observou que, embora a significância estatística tenha sido observada apenas em relação ao tratamento não cordial oferecido aos brancos pelo médico cardiologista, os negros relataram com mais frequência tratamento desigual. A falta de cordialidade por parte do recepcionista foi citada por 4,5% dos brancos e 13,3% dos negros; por parte do(a) auxiliar de enfermagem, 4,5% para os brancos e 5,4% para os negros; por parte do(a) clínico geral, 4,5% entre os brancos e 13,3% entre os negros.

Na mesma pesquisa, a autora relata que muitos usuários não tentaram fazer nada a respeito do tratamento descortês recebido (75,9%). Não procuraram falar com a direção (52,4%), preferiram guardar o fato de ter sido mau tratado para si (56,8%) e não buscaram tomar outra atitude (59,5%). Embora a maior parte dos entrevistados tenha se omitido em relação ao problema, $\frac{3}{4}$ deles não consideraram o fato de ser tratado de forma descortês, no serviço de saúde, como algo natural. Esta percepção foi mais marcante entre os negros que entre os brancos.

Sabemos que as eventuais situações de estresse e descortesia fazem parte das relações interpessoais e que a capacidade de ser assertivo em situações desta natureza é uma habilidade a ser aprendida e exercitada. Contudo, uma vez que as estratégias de enfrentamento individuais são frágeis e causam sofrimento, recai sobre a instituição a responsabilidade de monitorar e neutralizar os atores, as ações e os procedimentos com potencial estigmatizante ou discriminatório.

No trabalho realizado por Leal e col (2004) com puérperas, as mulheres de cor preta e parda referiram menor grau de satisfação que as brancas em relação ao atendimento recebido no pré-natal, parto e em relação ao cuidado oferecido ao recém-nascido. A satisfação cresceu com os anos de estudo, entretanto, tanto nos níveis de instrução mais baixos, quanto nos mais elevados, as brancas mostraram maior satisfação.

As crenças dos profissionais e das instituições de saúde sobre os usuários são influenciadas pelo comportamento dos mesmos durante os encontros e o conteúdo desses encontros tem relação com sua denominação religiosa, seu *status* sociocultural e econômico. Neste sentido, **um usuário de atitude passiva, de origem mais humilde e pertencente a um grupo racial não-hegemônico, tem menor chance de influenciar positivamente a decisão clínica do profissional sobre seus problemas de saúde, incluindo aqueles causados ou acirrados pela exposição constante as mais diversas fontes de estresse** (Van Ryn e col, 2003).

Para ilustrar estas considerações trazemos a declaração do obstetra e ginecologista Bartolomeu Penteado Coelho, diretor da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) ao jornal Folha de São Paulo, em 26 de maio de 2002 (Petry, 2002). Ao ser questionado sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres puérperas entrevistadas por Leal e colaboradores o médico afirmou:

Em alguns lugares, como na Baixada Fluminense [periferia do Rio de Janeiro], o atendimento nos hospitais públicos é ruim, não importa a cor da pessoa.

Acontece que nesses lugares a maioria dos pacientes é pobre e grande parte deles é composta por negros. Como as gestantes negras são maioria, a pesquisa acaba concluindo que elas recebem um atendimento pior, quando, na verdade, as brancas é que são poucas.

A naturalização das desigualdades refletida, de forma bastante nítida, na atitude e no comportamento do profissional de saúde, médico conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, resulta do preconceito e da falta de atenção aos estereótipos racistas incorporados na prática cotidiana. As atitudes discriminatórias estão inseridas num contexto histórico, cultural e político e são respaldadas pela ideologia que perpassa esse contexto. Como descrito na literatura, muitos profissionais, adeptos da justiça e da equidade, contribuem, contraditoriamente, para violações sistemáticas de direitos.

Outros exemplos de baixa qualidade do tratamento oferecido às mulheres negras foi registrado por Perpétuo (2000). Segundo a autora, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – 1996 - deixaram nítidas as diferenças raciais presentes no cuidado

oferecido às mulheres na área de saúde sexual e reprodutiva. A não realização de consultas ginecológicas completas¹⁸, a ausência de consultas de pré-natal, o número de consultas abaixo do preconizado e o não oferecimento do exame ginecológico pós-parto estiveram estatisticamente associados à variável cor da pele, mesmo após ajuste e controle por nível de escolaridade e renda.

Na mesma pesquisa nacional, observou-se que, das mulheres entrevistadas que tiveram filho(s) nos 5 (cinco) anos anteriores à realização da Pesquisa (n=3.025), as negras apresentaram menores probabilidades de realizar a primeira consulta em período igual ou inferior ao 4^o mês de gravidez e maiores probabilidades de não terem recebido assistência médica durante todo o período gravídico. A chance de pelo menos um dos filhos dessas mulheres ter nascido em casa foi 3,73 vezes a chance observada para as brancas.

No Brasil, a indesejabilidade da discriminação baseada na cor, raça, etnia, orientação sexual, classe, denominação religiosa, porte de alguma deficiência, estilo de vida ou outra situação, leva os indivíduos a organizar o seu referencial de símbolos e significados sociais de uma outra forma. Assim, embora não seja ético orientar sua ação de modo a discriminar, o profissional tende a não perceber as desigualdades ou a insistir em sua inexistência, contribuindo para a inércia do sistema frente às mesmas e, por conseqüência, para a sua manutenção e/ou ampliação.

3.2 Colocando o preto no branco: o impacto da cegueira institucional na saúde da população negra

Como vimos, o nascer é mais difícil para os filhos de mães negras, da mesma forma, viver também apresenta-se como um grande desafio.

Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem observado uma tendência de redução significativa das taxas de mortalidade de menores de um ano, entretanto, é triste constatar que o diferencial racial se mantém e que, para os negros, a redução das taxas apresentou-se

¹⁸ A autora informa que, para mulheres com até 35 anos de idade, a consulta ginecológica completa deve incluir exame físico e coleta de material para a realização do exame de Papanicolau. Para as mulheres com 35 anos e mais, a consulta é considerada completa ao incluir mamografia, além do exame físico e coleta de esfregaço vaginal.

proporcionalmente menor: se para os brancos ela reduziu em 43%, para os negros a diminuição foi de apenas 25% - tabela 1 (Cunha, 2001).

Tabela 1. Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor. Brasil, 1977, 1987 e 1993.

	Branca	Negra ^(a)	Total
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993 ^(b)	37	62	43

(a) Inclui as populações classificadas como parda e preta.

(b) Estimativas de Simões e Cardoso (1997).

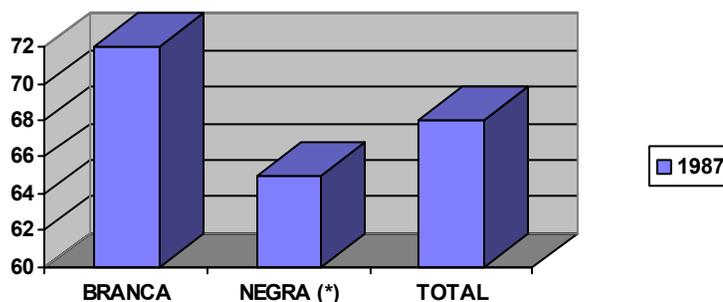
Fonte: FIBGE. Censos Demográficos – 1980, 1991; PNAD, 1995. Tabulações especiais NEPO/UNICAMP. In Cunha (2001)

Ainda em relação à mortalidade infantil, a autora refere-se ao fato de as desigualdades raciais terem se acentuado no decorrer dos anos. De acordo com os dados do Censo de 1980, a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos menores de 1 ano era de 21%. No transcurso de 10 anos este valor aumentou para 40%, ou seja, **os filhos de mães negras estiveram mais expostos aos riscos de adoecer e morrer que os filhos de mães brancas.** Os diferenciais raciais estiveram presentes em todas as grandes regiões brasileiras, ressaltando que as mais gritantes disparidades foram observadas nas regiões Sul e Sudeste - 38% e 33%, respectivamente. Os filhos de mães negras da região Nordeste estiveram sujeitos a um risco 63% mais elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida quando comparados aos filhos de mães brancas, residentes na região Sul (Cunha, 2001).

A partir dos níveis de mortalidade infantil e assumindo um determinado padrão de mortalidade, é possível calcular o número médio de anos que a população viverá. De acordo com Cunha (1997), na década de 80, a estimativa da expectativa de vida girava em torno de 68 anos de idade (gráfico 1). Ao desagregar os dados por raça/cor foi possível observar que, enquanto os brancos atingiam uma expectativa de 72 anos, os negros alcançaram 65 anos. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra – de

sete anos – manteve-se quase constante desde a década de 1940, a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral (Wood e Carvalho, 1994).

Gráfico 1. Expectativa de vida ao nascer (em anos), segundo raça/cor. Brasil. 1987.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 1991.
 Tabulações especiais. In Cunha e Jakob (2004)
 * Considera-se a população classificada como parda e preta

Ao controlar os dados por escolaridade e rendimento da mãe, Wood e Carvalho (1994) observaram que, em todas as desagregações, persistiam as desigualdades raciais. As desigualdades nas expectativas de vida ao nascer eram maiores nos grupos de rendimento e educação mais elevados (tabela 2).

Tabela 2. Expectativa de Vida ao Nascer por renda familiar mensal, escolaridade e raça/cor. Brasil, 1980.

Especificação		Raça		A -B
		Branca (a)	Não Branca (b)	
Renda Familiar	A	59,5	55,8	3,7
	B	64,4	59,8	4,6
	C	66,2	61,2	4,8
	D	70,4	63,7	6,7
Escolaridade	Nenhuma	59,4	54,9	4,5
	1- 4 anos	66,2	62,2	4,0
	4 anos e mais	72,3	66,6	5,7

A = CR\$ 1,00 a Cr\$ 150,00; B = Cr\$ 151,00 a Cr\$ 300,00; C = Cr\$ 301,00 a Cr\$ 500,00; D = Mais de Cr\$ 500,00

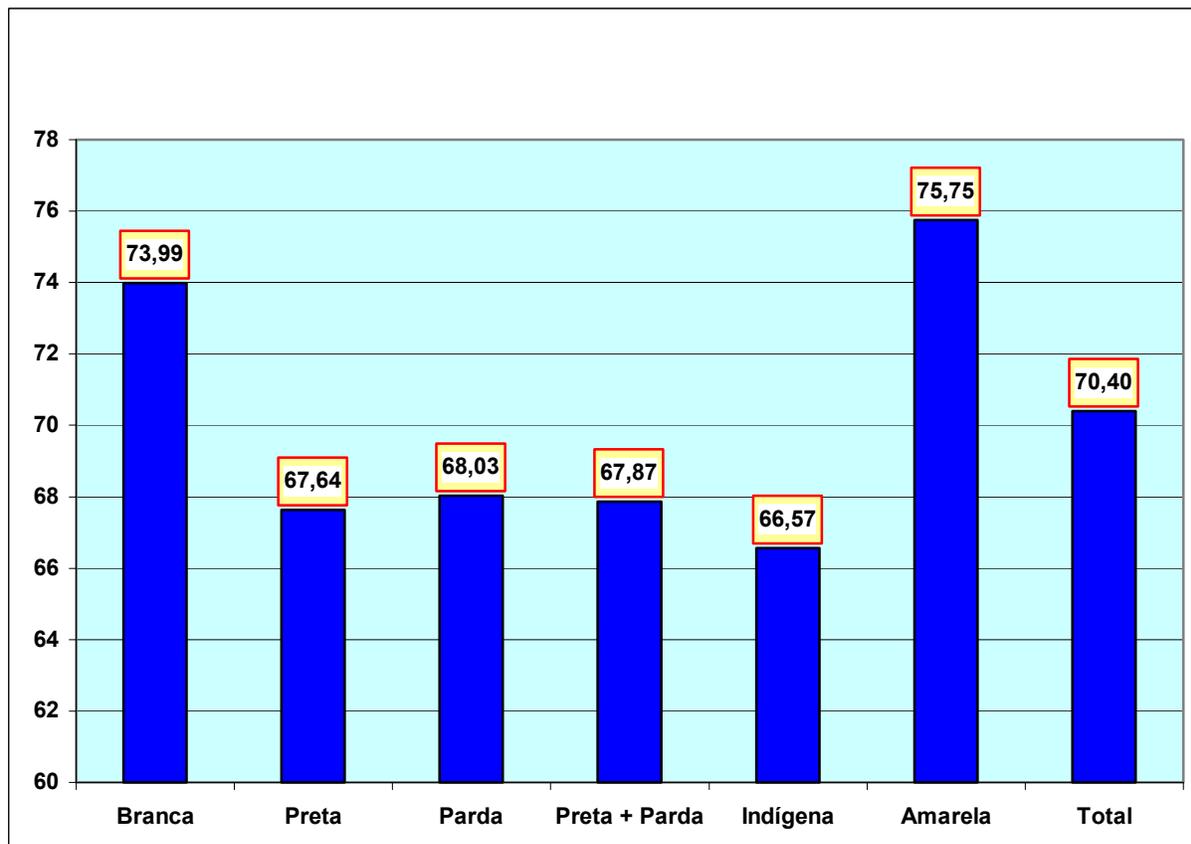
* Educação refere-se à escolaridade da mãe

Fonte: Dados básicos:]Censo Demográfico de 1980. In Wood & Carvalho (1994)

Como resultado do processo de geração dos indicadores de esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor e sexo, elaborado e empreendido por Paixão e col. (2004), obteve-se uma estimativa de 70,4 anos para a população brasileira como um todo. O grupo de cor que apresentou a maior esperança de vida ao nascer foi o contingente amarelo - 75,75 anos. Os brancos apareceram com uma esperança de vida de 73,99 anos. Já os negros (pretos e pardos) apresentaram, no seu conjunto, uma esperança de vida ao nascer de 67,87 anos. Os pardos apresentaram uma esperança de vida ligeiramente superior aos pretos, situando-se em 0,3 anos. Todavia, a diferença entre ambos os grupos e os brancos foi bastante significativa, tendo se situado em 6,35 anos para os pretos e 5,96 anos para os pardos. **Ou seja, no seu conjunto, os negros apresentaram uma esperança de vida ao nascer 6,12 inferior aos brancos**, demonstrando que ao longo de todo o século XX, as desigualdades raciais desse indicador foram reduzidas de modo tímido (mais especificamente, um ano a cada meio século).

O contingente que apresentou a menor esperança de vida ao nascer foi o indígena - 66,57, contando com uma esperança de vida ao nascer de 7,42 anos inferior aos brancos, de 1,3 anos inferior aos negros e 9,18 anos a menos quando comparados aos amarelos – gráfico 2.

Gráfico 2. Esperança de vida ao nascer (em anos) por raça/cor. Brasil, 2000.



Fonte (dados básicos): IBGE, Censo Demográfico 2000.

Notas (*) Nos dados básicos, inclusive as mulheres sem declaração de raça/cor.

(**) dados básicos sem significância estatística para produzir estimativas. In: Paixão e col (2004)

Para a população como um todo, os anos de vida perdidos somam-se em 11,35. As mulheres perdem menos tempo de vida que os homens (8,92 anos e 13,51, respectivamente) e os pretos mais tempo que os brancos (9,69 anos e 8,22 anos), sendo a somatória de anos potenciais de vida perdidos dos pardos estabelecida num intermédio entre brancos e pretos – 8,37 anos .

Os dados de Paixão e col (2004) também nos permitem observar que, para as mesmas patologias ou agravos, as vidas negras são subtraídas mais cedo, chamando-nos a atenção os anos perdidos de vida de mulheres e homens pretos no que diz respeito às causas mal definidas e às causas externas, mais especificamente

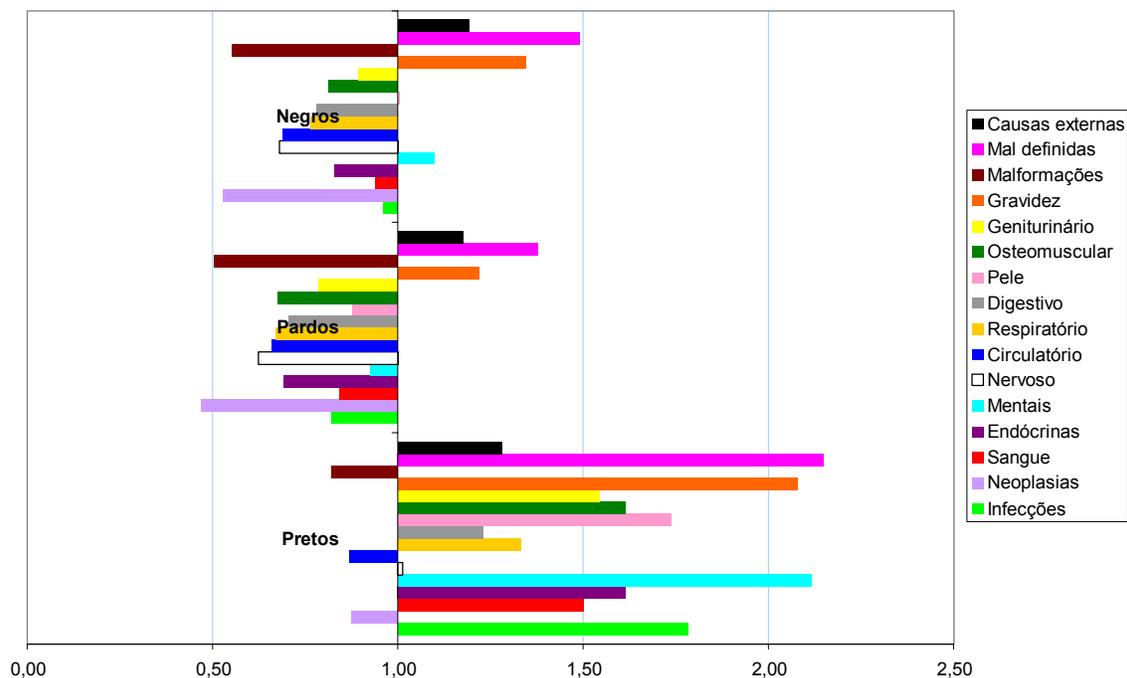
homicídios¹⁹. As doenças infecciosas, em especial o HIV/AIDS e a tuberculose, embora assumam uma pequena porção no total de anos potenciais de vida perdidos tanto para brancos quanto para pardos e pretos, assumem maior impacto nas vidas negras, mormente nas pretas.

Ao analisar a mortalidade na idade adulta, agora partindo das taxas, Batista e col (2004) mostram que a mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos em quase todos os capítulos da 10^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), exceto para as Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório e Malformações Congênitas. As taxas de morte para os pretos aparecem 2 vezes mais que para os brancos nos óbitos determinados por Doenças Mentais²⁰; Gravidez, Parto e Puerpério e Causas Mal Definidas; mais de 50% maior nas Infecções, nas causas relacionadas ao Tecido Sangüíneo, Glândulas Endócrinas, Pele, Tecido Osteomuscular e Regiões Geniturinárias e menos de 50% maior nas Doenças do Sistema Nervoso, Digestivo, Respiratório e Causas Externas (gráfico 3).

¹⁹ Os autores afirmam que no triênio 1998-2000, ¼ dos óbitos declarados para os homens negros foram atribuídos às causas externas. Para os brancos o percentual foi de 16%. Dentre as causas externas os homicídios perfizeram um total de 48% para os homens negros e 34,4% para os brancos. O ataque com arma de fogo ou instrumento perfurocortante também foi mais freqüente nas declarações de óbitos de homens negros.

²⁰ As conseqüências indesejáveis do uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo a morte, têm afetado a vida da população negra, em especial os homens (Paixão e col, 2004; Batista e col 2004). Cabe aqui ressaltar que as maiores taxas de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais entre homens negros concentram-se nas regiões mais pobres, detentoras dos menores IDH, com maiores taxas de desemprego e/ou emprego informal, cabendo investimentos em ações intersetoriais.

Gráfico 3. Relação de taxa de mortalidade de adultos pretos, pardos e negros sobre brancos. Brasil, 2000



Fonte: SIM- Datasus/FSeade. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP. In Batista e col. (2004)

Quando analisaram a mortalidade por sexo, Batista e col. (2004) observaram que os óbitos masculinos (273.349) representavam pouco mais de 2/3 dos óbitos do país. Os brancos constituíam 50,71% da população e contribuíram com 49,97% dos óbitos; os pretos, 6,37% e 7,60%; os pardos, 39,03% e 31,11%; os amarelos e índios 1,42% da população e 2,01% dos óbitos. Aqueles com raça/cor ignorada representavam 2,47% deste segmento e 8,87 dos óbitos deste segmento em 2000.

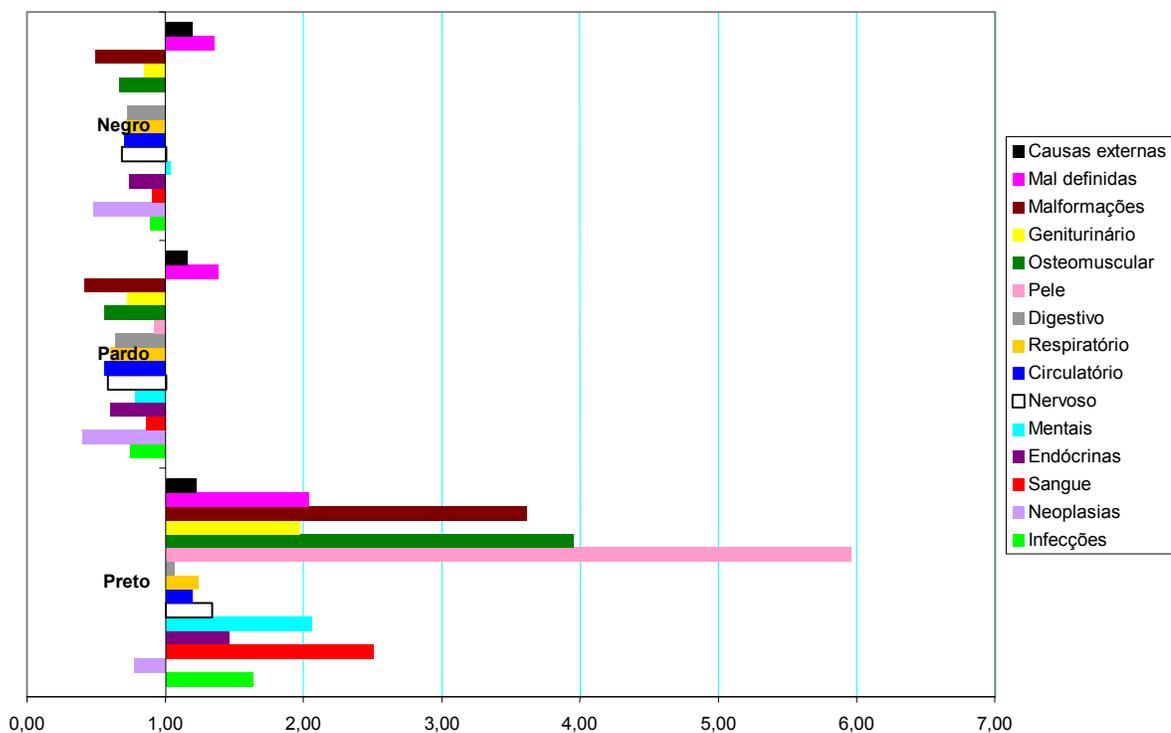
Em ordem decrescente as seis primeiras causas que figuravam os registros de óbito na população masculina eram:

1. Causas Externas - 32,14%
2. Doenças do Aparelho Circulatório - 20,11%
3. Causas Mal-definidas - 10,93%
4. Neoplasias - 10,83%

5. Doenças do Aparelho Digestivo - 6,80%
6. Doenças Infecciosas e Parasitárias - 6,19%

Chamou-nos atenção o fato de a taxa de mortalidade por Doenças da Pele ser cerca de 6 vezes maior para homens pretos quando comparada à taxa apresentada para os homens brancos, situação estranhamente semelhante na relação entre as taxas de mortalidade por Doenças Osteomusculares, quase 4 vezes maior para os pretos, as Malformações Congênicas cerca de 3,5 vezes. Em relação à morte por Causas Mal Definidas, Doenças Mentais e Doenças Geniturinários a razão entre as taxas descritas par pretos e brancos é mais que o dobro (gráfico 4).

Gráfico 4. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos. Brasil, 2000



Fonte: SIM- Datasus/FSeade. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP. In Batista e col (2004)

Em 2000 ocorreram, aproximadamente, 134.344 óbitos femininos numa taxa de 208,17/100 mil e as taxas apresentadas para os seis principais grupos de causas foram:

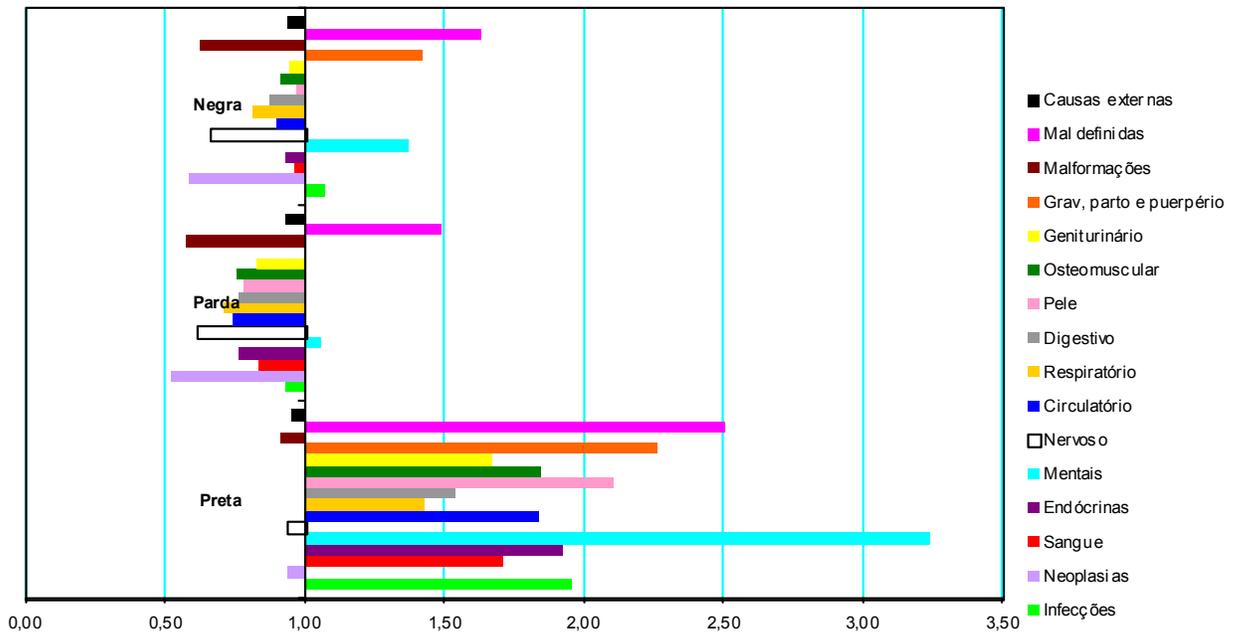
1. Doenças do Aparelho Circulatório - 56,99/100 mil
2. Neoplasias - 42,76/100 mil
3. Sintomas e Sinais Mal-definidos - 26,11/100 mil
4. Causas Externas - 19,59/100 mil
5. Doenças do Aparelho Respiratório - 14,22/100 mil
6. Infeciosas e Parasitárias - 12,70/100 mil

Nesse ano, morreram 65.358 mulheres brancas, 11.318 pretas, 35.089 pardas, 46.407 negras (pretas mais pardas), 1.599 amarelas e indígenas e 20.977 mulheres de raça/cor ignoradas. Na população feminina, as mulheres pretas constituíam 6,17%, no entanto, seus óbitos perfizeram 8,42% do total (n=134.344). As brancas, que representavam 54,85% da população feminina brasileira, contribuíram com 48,65% dos óbitos deste segmento. Já as mulheres pardas (37,47% da população feminina), apresentaram proporção de óbitos igual a 26,12% do total. As mulheres amarelas e indígenas representam 0,88% da população feminina e 1,19% dos óbitos femininos. Quanto à raça/cor ignorada, essa categoria representa 0,64% da população, mas 15,61% dos óbitos femininos do país.

Entre as brancas a taxa foi de 184,67/100 mil e entre as pardas 145,11/100 mil, números superados no grupo das pretas, que apresentaram taxa de mortalidade igual a 284,36/100 mil. Cabe aqui ressaltar que a mortalidade das mulheres pretas superou a taxa média nacional e que os demais grupos apresentaram taxas abaixo da média.

A relação entre as taxas obedeceu a um padrão de diferenciação, sendo mais marcante as diferenças observadas para as mortes por Doenças Mentais, Causas Mal-definidas, Gravidez, Parto e Puerpério e Doenças da Pele (gráfico 5).

Gráfico 5. Relação entre taxa de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre mortalidade de brancas. Mulheres adultas. Brasil, 2000



Fonte: SIM- Datasus/FSede. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP. In Batista e col (2004).

Como afirmam Oliveira e Figueiredo (2004), **a falta de utilização plena da perspectiva étnico/racial nas políticas e nas ações de saúde em busca da equidade tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identificação de disparidades, obstaculiza a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribui para tornar o campo da saúde produtor e reprodutor de desigualdades raciais.**

4. A importância da competência étnico/racial e cultural na promoção da saúde

4.1 Mortes maternas

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na CID-10, define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o

término da gravidez, independente da duração ou situação da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

De acordo com os resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna no Brasil de 2001 (*apud* Ventura, 2002), o Estado Brasileiro estima a ocorrência anual de 3.000 a 5.000 casos de morte materna evitáveis, com variações entre os diferentes estados e regiões. Nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) as mulheres apresentam-se especialmente vulneráveis à mortalidade e à morbidade maternas, sobretudo porque possuem os mais baixos rendimentos individual e familiar, as maiores limitações de acesso à saúde e à educação, as piores condições de moradia e habitação.

As mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem *status* social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem. Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas (Laurenti e col, 2003 *apud* Martins e col, 2004).

Entre as causas de mortes maternas, as principais relacionam-se às complicações de aborto. As complicações ligadas às condições inseguras em que o aborto foi praticado são responsáveis pela maioria das mortes de mulheres de 15 a 19 anos. Tanto nas situações em que o aborto é permitido por lei, quanto nos casos em que a prática é proibida, sofrem principalmente as mulheres pobres que não dispõem de recursos para financiar a assistência em clínicas privadas (Ventura, 2002). Neste caso, caberia ressaltar que os negros constituem 63% da população pobre e que, entre os pobres, a maioria é mulher (Jaccoud e Beghnin, 2002).

4.2 HIV/Aids

Outro problema de saúde pública alarmante é a pandemia de HIV/Aids. Em todos os lugares do mundo onde as desigualdades raciais são naturalizadas, a epidemia da aids atinge de forma mais severa os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados. Nos Estados Unidos, por exemplo, 42% das 362.827 pessoas que viviam com HIV até dezembro de 2001 eram negras (até dezembro de 1999, essa proporção era de 37,2%).

De acordo com o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) até dezembro de 2001 dos 807.075 casos reportados entre adultos e adolescentes, 57,0% vieram a óbito. De 1996 a 1997, o número de mortes por aids diminuiu bruscamente e continuou a declinar até 2001 em todos os grupos raciais/étnicos, com exceção dos indígenas norte-americanos e nativos do Alasca. Além disso, embora o número absoluto de mortes tenha diminuído, a participação relativa da população negra entre aqueles que foram a óbito permaneceu maior que a dos brancos em todas as faixas etárias e, especialmente, entre as mulheres .

No Brasil, há tempos o movimento de mulheres negras vem chamando atenção para a possibilidade de aumento de infecção na população negra, mormente, entre as mulheres.

Dados de uma pesquisa nacional realizada em 1999, em domicílios da zona urbana (MS/CEBRAP, 2000), mostram que o uso de preservativo masculino é mais comum entre a população jovem brasileira que entre os adultos (46% para aqueles de 16 a 24 anos contra 18% para aqueles com 25 anos ou mais). Todavia a população jovem esteja, aparentemente, adotando práticas sexuais mais seguras, notam-se disparidades brutais no grupo das meninas: enquanto 42% das brancas protegem-se utilizando preservativo, apenas 28% das negras o fazem (Pinho e col., 2002).

Em outra pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde, com o auxílio do IBOPE, observou-se que, para a população negra sexualmente ativa, de 14 anos e mais, o preço do preservativo é um dos principais impeditivos do uso. Para cada branco que citou o preço em primeiro lugar, existiram 2,2 negros citando-o. Para 45% desse grupo, o uso de preservativo em todas as relações faria diferença no orçamento contra 37,6% relatado pela população branca na mesma situação. Em função do ônus da compra em seu orçamento familiar, os negros dependem mais do serviço de saúde para obter o recurso preventivo, embora tenham menos conhecimento sobre a distribuição gratuita dos mesmos

(MS/IBOPE, 2003). No mesmo estudo destaca-se o fato de a proporção de realização do teste anti-HIV ser maior entre os não-negros que entre os negros – 33,2% *versus* 27,1% (França Junior e col., 2003).

A falta de acesso aos recursos preventivos (teste e preservativo), a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade. Este cenário das múltiplas dimensões da vulnerabilidade é ilustrado com os dados do município de Porto Alegre: nos bairros em que se registrou o maior número de casos novos de Aids, mais de 80% da população se autodeclara negra (preta ou parda). No Estado de São Paulo, a análise de uma série histórica traçada para pacientes atendidos no Centro de Referência e Treinamento em DST-Aids, da Secretaria de Estado da Saúde, de 1980-2000, foi evidente o aumento do número de negros inscritos no serviço, bem como do percentual de óbitos entre os mesmos (CE- DST/AIDS, 2001). Ainda em São Paulo, Luppi (2001) observou que, entre as mulheres que buscaram realizar o teste anti-HIV num Centro de Testagem, a maioria que teve diagnóstico de infecção era negra.

A vida com HIV apresenta-se especialmente difícil para as mulheres negras. É o que mostram as pesquisas realizadas por Guimarães CD (2001), no Rio de Janeiro, e Lopes (2003), em São Paulo. De acordo com Guimarães CD (2001), as mulheres negras doentes de aids vivenciam mais histórias de peregrinação em busca de internação e tratamento que as demais.

Em São Paulo, Lopes (2003) relata que mulheres negras atendidas em 3 Centros de Referência (CR) no período de 1999-2000, apresentaram as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e familiar e, com maior frequência, elas figuraram como as principais responsáveis pelo orçamento familiar, sendo responsáveis por cuidar de uma quantidade maior de pessoas. Em sua maioria, as mulheres negras entrevistadas tiveram seu diagnóstico realizado em virtude do próprio adoecimento, da morte/adoecimento do parceiro ou do filho; deixaram de receber orientação no momento anterior e/ou posterior ao teste e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, tiveram menos chances de acesso a informações corretas e adequadas sobre seu estado clínico, redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre uso de antiretrovirais para o recém-nascido. Ainda no serviço especializado, elas relataram: maiores dificuldades em

entender o que os médicos – infectologista e ginecologista – diziam; maiores dificuldades em tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações; em conversar sobre sua vida sexual ou em solicitar orientação.

No ano 2000, a taxa de mortalidade por aids no Brasil foi de 10,61/100mil para as mulheres brancas, 21,49/100mil para as pretas, 22,77/100mil para os homens brancos e 41,75/100mil para os pretos (Batista e col, 2004).

4.3 Promovendo a saúde da população negra de forma equânime

Ao ilustrar esta seção sobre competência étnico/racial e cultural na promoção da saúde, com dados sobre mortalidade materna e HIV/Aids, reiteramos a necessidade de novos comportamentos, novas atitudes e novas políticas que sigam juntas, entrelaçadas, seja do ponto de vista do profissional de saúde, do programa, do serviço ou mesmo do sistema único de saúde.

A vulnerabilidade é sempre definida na relação com o outro, seja o outro uma pessoa, um regime político ou um equipamento social. **Ao considerar os sujeitos como unidades estatísticas independentes, ignora-se completamente a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos. Em paralelo, e de modo complementar, ao desconsiderar que as desvantagens simbólicas e materiais são fatores determinantes e incrementadores das vulnerabilidades, os profissionais de saúde contribuem decisivamente para os processos de vulnerabilização, especialmente no que diz respeito à população negra.**

Ao qualificar a vulnerabilidade como algo multidimensional, instável e assimétrico, faz-se urgente a intervenção sobre os fatores estruturais que determinaram ou determinam essa ou aquela condição de saúde. É necessário, pois, incorporar nas práticas individuais, nas ações programáticas e nas políticas, de forma efetiva e adequada, a diversidade cultural inter e intragrupos, as especificidades apresentadas por cada um, seja devido a sua origem geográfica, orientação sexual, religião, heranças culturais, raciais e étnicas, faixa etária, ao

fato de portar alguma deficiência ou patologia específica, entre outras (Lopes, 2003; Cruz, 2004; Werneck, 2004).

Para Piovesan e col. (1998), a democracia confunde-se com a igualdade na mesma medida que a implementação do direito a igualdade impõe os desafios de eliminar toda e qualquer forma de discriminação e promover a igualdade. Segundo a autora, “o direito à igualdade pressupõe o direito à diferença, inspirado na crença de que somos iguais, mas diferentes, e diferentes mas, sobretudo iguais”.

É essencial, pois, respeitar as diferenças, apreciá-las, apreender delas aquilo que seja útil para melhor assistir ao usuário ou usuária. Especialmente no universo do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), a competência étnico/racial e cultural e a diversidade devem ser visualizadas como objetivos continuamente aspirados. Esta virtude propiciará o alcance da equidade num período menor de tempo, sem que isto custe tantas outras vidas.

5. O Plano Nacional de Saúde

Os Planos de Saúde, incluindo o nacional, são referidos na portaria 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão” como instrumentos de gestão do SUS, logo, os Planos devem ser a base para as atividades e programas definidos para cada nível de direção do SUS, como previsto nas Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8080/90 e Lei 8142/90, Decreto Nº 1232/94 (que define as bases para as transferências Fundo-a-Fundo) e no Decreto 1.651/95 (que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria). Devem explicitar as intenções políticas, estratégias, prioridades e metas de governo, definindo, inclusive, suas propostas orçamentárias.

Em função da necessidade instituída por um instrumento legal, ao concluir a elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2004-2007 no âmbito da saúde, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) decidiu iniciar a construção do Plano Nacional de Saúde (PNS). O processo foi concluído no segundo semestre de 2004, por ocasião da elaboração dos projetos da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), com apreciação e aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Entendendo o desafio a ser enfrentado, coube a SE/MS, no processo de formulação do PNS, a definição das estratégias a serem seguidas, as prioridades de investimento, a programação pactuada integrada e a racionalização do sistema mediante política de regionalização (SE/MS, 2004). O Plano Nacional de Saúde, enquanto instrumento de gestão do SUS, tem como uma de suas bases a formulação/revisão do PPA e deve conter as metas nacionais e regionais de saúde.

Os princípios constitutivos do PNS são:

- A análise da situação de saúde
- Os princípios orientadores (arcabouço jurídico-legal e as diretrizes nos quais o instrumento se assenta)
- Os objetivos a serem alcançados (23 objetivos setoriais definidos a partir da orientação estratégica do Governo Federal e que envolvem as dimensões social, econômica, regional, ambiental e democrática)
- As diretrizes, com prioridades conferidas e as estratégias gerais adotadas
- As metas
- O modelo de gestão, monitoramento e avaliação do Plano (gestão compartilhada das ações com estados e municípios, aliada à implementação do sistema de monitoramento)

O setor saúde, por sua complexidade, requer um instrumento que agregue o conjunto de políticas definidas no PNS e que considere as especificidades de cada região e estado brasileiros. Tendo como referência os objetivos estabelecidos, são fixadas diretrizes que indicam as prioridades. As prioridades são definidas segundo as necessidades da população, a caracterização epidemiológica dos problemas de saúde, a disponibilidade efetiva de recursos cognitivos e materiais voltados para o enfrentamento do problema. Ao serem definidas as prioridades define-se, também, estratégias gerais a serem adotadas na consecução do Plano e as metas a serem alcançadas em cada parte do país (SE/MS, 2004).

As diretrizes e metas norteiam a definição das ações a serem implementadas, mas essas não são objetos do PNS. As ações que dão consequência prática às diretrizes do PNS

são detalhadas nos instrumentos operacionais, nas programações anuais e/ou projetos específicos.

5.1 O Plano Nacional de Saúde e a saúde da população negra brasileira - recomendações para programas, ações e projetos

A versão do PNS discutida durante o ano de 2004 reitera a necessidade de iniciativas de longo, médio e curto prazos, além do atendimento de demandas mais imediatas, mediante a adoção de ações afirmativas em saúde. A formação permanente e contínua dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado consideram as especificidades genéticas, aquelas derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes, da indisponibilidade de recursos socioeconômicos, da desnutrição, da pressão social. No instrumento de gestão também teyyyyyyim destaque a necessidade de assegurar a efetiva participação da população negra no planejamento das ações e no seu monitoramento. A realização de estudos e pesquisas que subsidiem o aperfeiçoamento da promoção e da atenção à saúde, também é apresentada como necessidade e, para que este avanço na produção de conhecimento seja viabilizado, o PNS orienta gestores, gerentes e outros profissionais de saúde para a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

É inegável o avanço proposto pelo PNS dado que apresenta a saúde da população negra como um objeto a ser abordado de forma diferenciada, entretanto, ao definir metas, o PNS segue a mesma lógica que orienta o PPA-2004-2007, destacando apenas as necessidades relacionadas à anemia falciforme e à vida nos quilombos.

Buscando garantir a inclusão do componente raça/cor na identificação de prioridades a serem pactuadas com os gestores estaduais e municipais e referendadas pelas instâncias de controle social (ver relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde) e contribuir para a operacionalização das diretrizes nas programações anuais e/ou projetos específicos, apresentamos algumas recomendações.

No tocante à informação em saúde

1. Inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços.

2. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para coleta da informação autodeclarada de raça/cor²¹, segundo as categorias do IBGE, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.
3. Utilização da raça/cor como categoria analítica na construção dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais²².
4. Inclusão do quesito raça/cor em todos os levantamentos/pesquisas epidemiológicas, sobretudo aquelas conduzidas/financiadas por organizações governamentais;
5. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para alimentação dos sistemas, processamento, análise e interpretação dos dados desagregados por raça/cor.
7. Investimentos em tecnologias de integração e compatibilização das diversas bases de dados existentes, na área social e da saúde.
8. Investimentos na criação de um sistema único de informação em saúde no qual figure o quesito raça/cor.
9. Avaliação e Monitoramento da qualidade da informação.

No tocante à promoção da saúde

1. Inclusão do quesito raça/cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada em todas as ações;
2. Disseminação de informações em linguagem adequada para corpo técnico-administrativo e para população em geral, especialmente no que tange às doenças mais frequentes na população negra (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* II, miomatoses, anemia falciforme, deficiência de G6PD);
3. Elaboração e veiculação de peças e campanhas publicitárias que contemplem a diversidade existente no país e contribuam para minimização da violência simbólica, dos estereótipos e estigmas;

²¹ Ver anexo I.

²² Cabe aqui ressaltar que em 21 de maio de 2004 foi aprovada a inclusão da raça/cor, atividade econômica e ocupação como categorias analíticas na apresentação dos indicadores básicos de saúde, para além das categorias tradicionalmente utilizadas, tais como sexo, idade e escolaridade (decisão descrita em ata da reunião da OTI/RIPSA).

4. Desenvolvimento e aprimoramento dos indicadores de desigualdades e exclusão social originadas por fatores econômicos, de gênero, de raça, etnia, orientação sexual, idade, porte de necessidades especiais ou deficiências e denominação religiosa;
5. Utilizar os indicadores de desigualdades e exclusão social para a formulação e o desenvolvimento das macropolíticas econômicas e sociais, fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde;
6. Efetivação de parcerias intersetoriais e com a sociedade civil organizada, para diminuição da vulnerabilidade social, especialmente no que diz respeito à educação, trabalho e emprego, qualificação profissional, habitação e moradia, saneamento básico, abastecimento público de água, transporte e segurança;
7. Garantia de criação e manutenção de espaços de reflexão sobre a situação do negro no Brasil, sobre as relações sociais estabelecidas entre negros e brancos, homens e mulheres nos vários estratos socioeconômicos, nos vários momentos da vida, nos espaços públicos e privados e seu impacto na saúde;
8. Elaboração e implementação de estratégias que devolvam aos sujeitos as características de cordialidade e afetividade, que fortaleçam ou recriem identidade e auto-estima e, ao mesmo tempo, desencadeiem processos de conscientização e empoderamento;
9. Utilização de abordagens que possibilitem a ampliação do repertório de direitos e a efetivação/expansão da cidadania;
10. Condução de todas as ações de educação em saúde por profissionais que respeitem valores culturais e religiosos, as diferentes e representações sobre a pessoa humana, a saúde e a doença;
11. Adequação da linguagem e inclusão do simbólico das religiões de matrizes africanas nas ações de comunicação em saúde;
12. Reconhecimento dos templos de tradição afro-brasileira na rede de equipamentos sociais como espaços de promoção da saúde, acolhimento e educação popular;
13. Elaboração de estratégias de educação preventiva em saúde bucal que levem em consideração as necessidades específicas das comunidades quilombolas (atenção

culturalmente competente), incluindo a distribuição de *kits* de higiene oral para aqueles que não estejam matriculados na rede pública de ensino.

14. Elaboração de estratégias de educação para o planejamento familiar que leve em consideração as desigualdades de gênero, a diversidade sociocultural, étnico-racial e religiosa.
15. Ampliação de acesso a métodos contraceptivos, incluindo preservativos feminino e masculino.

No tocante à participação e controle social

1. Incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado e membros das religiões de matrizes africanas nos espaços de controle social do SUS, incluindo os comitês de mortalidade materna²³.
2. Incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado na proposição, implementação, monitoramento e avaliação de políticas e programas, em especial aqueles relacionados à informação e comunicação em saúde.
3. Inclusão do tema “impacto do racismo e da discriminação racial nas condições de vida e de saúde da população negra brasileira” em todos os materiais e atividades de formação dos conselheiros de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal.
4. Incentivo e fomento para a realização de conferências estaduais e municipais de saúde da população negra (conforme recomendações da 11^a e 12^a Conferências Nacionais de Saúde).

No tocante ao desenvolvimento institucional e atenção à saúde

1. Análise de normas, regimentos, procedimentos e processos visando adequá-los aos princípios de equidade racial;
2. Determinação/fixação de metas diferenciadas para superação das disparidades raciais em saúde;

²³ Até o presente momento, apenas alguns comitês possuem a **informação sobre raça/cor**. É essencial que, na capacitação para a implantação de comitês, esta ação seja apresentada como **obrigatória**. O monitoramento e a avaliação de qualidade dessa, e de outras ações, deve estar sob a responsabilidade dos órgãos competentes.

3. Criação e manutenção de serviços de Disque – Saúde para disseminação de informações em saúde, acolhimento de queixas e/ou denúncias de práticas discriminatórias no SUS;
4. Inclusão de textos com resultados de estudos e pesquisas sobre os diferenciais raciais nas condições de vida e saúde da população brasileira em todo e qualquer programa de formação de profissionais da saúde e educação em saúde (incluindo agentes comunitários);
5. Ampliação da oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, geração, raça e etnia, além das populações itinerantes e especialmente vulneráveis, tais como a população do campo²⁴;
6. Desenvolvimento e adaptação de um plano estratégico e dinâmico para implementação, monitoramento e avaliação das políticas, programas, projetos e ações, considerando os obstáculos técnicos e políticos e incluindo um amplo espectro de apoiadores no processo de planejamento e gestão;
7. Fortalecimento das práticas de acolhimento e de respeito ao cidadão e cidadã nos serviços de saúde, de modo que sejam superadas todas as formas de discriminação, sejam elas étnico-raciais, de gênero, geração, por orientação sexual, denominação religiosa, em razão do porte de algum tipo de deficiência, patologia ou qualquer outra situação;
8. Investimentos na qualificação, humanização do cuidado e na instrumentalização para o manejo de questões relativas à raça/etnia, etnocentrismo e racismo, discriminação, estigmas e preconceitos.

Atenção básica, com ênfase na estratégia de saúde da família

²⁴ De acordo com o Ministério da Saúde, a população do campo compreende: trabalhadores rurais que não têm acesso à terra, trabalhadores rurais em regime de trabalho temporário, agricultores familiares, população ribeirinha, comunidades quilombolas residentes em vilas e povoados e populações que moram nas periferias das cidades e trabalham no campo.

9. Ampliação da estratégia de saúde da família com base nas necessidades epidemiológicas comprovadas, na concentração de população negra, população em situação de pobreza e na localização das comunidades quilombolas.
10. Investimentos na elaboração e execução de normas mais eficientes sobre implantação do serviço, desenvolvimento dos recursos humanos (incluindo gestores/gerentes) e interlocução com outros programas já existentes.
11. Inclusão da perspectiva da competência étnico/racial e cultural no processo de formação permanente dos profissionais técnicos, administrativos e ocupacionais.
12. Investimentos na formação contínua de profissionais de saúde e gestores, em todos os níveis, no tocante ao acolhimento, cuidado e assistência oferecidos/prestados aos membros das religiões de matrizes africanas, respeitando seus valores e práticas.
13. Incentivos para a realização de visitas regulares das equipes do PSF/PACS nos templos de religiões de matriz africana respeitando a visão de mundo dos mesmos;
14. Investimentos na ampliação dos pólos de capacitação e qualificação externa, motivando o estabelecimento de parcerias que incluam organizações do movimento social, pesquisadoras e pesquisadores negros que têm se dedicado à produção do conhecimento científico em saúde da população negra;
15. Investimentos na política de avaliação, privilegiando a construção e monitoramento de indicadores de processo que permitam verificar o impacto diferenciado das ações sobre os vários segmentos populacionais.
16. Investimentos na política e nos sistemas de referência e contra-referência para os níveis de média e alta complexidade.
17. Investimentos no *marketing* social dirigido a Estratégia de Saúde da Família.
18. Investimentos no estabelecimento de parcerias intersetoriais e com outros programas da área da saúde (parcerias intrasetoriais), especialmente aqueles desenvolvidos pelas áreas técnicas de saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, DST/AIDS, saúde da população idosa e saúde da população do campo.
19. Elaboração e efetivação de contratos que resguardem o estreito relacionamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com sua comunidade.

20. Estabelecimento de ações intersetoriais que possibilitem aos ACS aumentar seu nível de escolaridade e, conseqüentemente, ampliar seu rendimento nos processos de formação continuada.
21. Inclusão oficial de membros das religiões de matrizes africanas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dado que os mesmos tradicionalmente vêm atuando como tal.

Atenção Hospitalar

22. Ampliar o acesso de negros e negras aos serviços hospitalares de boa qualidade e resolutividade²⁵.
23. Implantação de novos serviços com base em critérios demográficos e epidemiológicos, na concentração de morbidade hospitalar derivada de violência²⁶ e/ou outras causas externas de agravo.
24. Investimentos na educação permanente de profissionais técnicos e administrativos, para melhoria da qualidade da comunicação entre esses, os pacientes e seus familiares, com respeito à diversidade sociocultural e religiosa.
25. Livre acesso de sacerdotes e sacerdotisas afro-religiosos nas unidades de saúde, especialmente hospitais e maternidades²⁷.

²⁵ A resolutividade da assistência hospitalar não depende só da qualidade das instalações físicas, disponibilidade e condições de uso dos equipamentos, mas também dos recursos humanos disponíveis, de sua capacitação e adequação às necessidades da população atendida (medicina baseada em evidências, com competência cultural e um suporte social efetivo).

²⁶ Para a implantação e implementação do Sistema Nacional de Atenção às Urgências recomenda-se considerar, entre outras coisas, as informações disponibilizadas pela Secretaria Nacional, Secretarias Estaduais e Municipais de Segurança Pública.

²⁷ De acordo com os participantes do **III Seminário Nacional Religiões Afro-brasileiras e Saúde**, realizado em março de 2004, na cidade de Recife - PE, é importante ressaltar que, para os adeptos das religiões afro-brasileiras, o corpo é a morada dos deuses/deusas, e por isso merece atenção especial. Para que os deuses e deusas se comuniquem com um membro da comunidade, de forma efetiva, prazerosa e saudável, é preciso ter corpo, mente e espírito em equilíbrio. O equilíbrio do corpo se dá via fortalecimento da energia vital e é ele que proporciona a integração subjetiva e a inclusão social daquele membro. Neste sentido, os líderes religiosos têm um papel fundamental na busca e manutenção desse equilíbrio, na melhoria da qualidade de vida e de saúde do sujeito hospitalizado.

6. Referências bibliográficas

AYRES, JCRM; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, GJ; SALETTI, Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R (orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

BATISTA, LE; VOLOCHKO, A; FERREIRA, CEC; MARTINS, V. Mortalidade da População Adulta no Brasil e Grandes Regiões Segundo sexo e raça/cor. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

BARROS RP; HENRIQUES R; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Rev Brasileira de Ciências Sociais** 2000; 15 (42):127-141.

BENTO, MA. Institucionalização da luta anti-racismo e branquitude. In: Heringer H., org. **A cor da desigualdade: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil**. Rio de Janeiro: IERÊ (Instituto de Estudos Raciais Étnicos); 1999. p 11-30.

CASHMORE, E. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. São Paulo: Summus; 2000.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. **HIV/AIDS Surveillance Report. US HIV and AIDS cases reported through December 2001**. Year-end edition, v. 13, n. 2; 2001b.

[CE- DST/AIDS] Coordenação Estadual de DST/AIDS da Secretaria do Estado da Saúde - São Paulo. **Boletim Epidemiológico de AIDS** 2001 out; Ano XIX(2).

CHACHAM AS. Condicionantes Socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da RedeSaúde** 2001 mar. 23; p. 44-47.

COMPARATO, FK. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 1-55.

CRUZ, ICF. Diferenciais raciais no acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial. In: Lopes F (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

CUNHA, EMGP. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: Hogan DJ, org. **Population change in Brazil: contemporary perspectives**. Campinas: Population Studies Center (NEPO/UNICAMP); 2001. p. 333-336.

_____. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil? In: Barata RB et al., orgs. **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Série Epidemiológica, n. 1, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 219-234.

_____, Jakobo AAE. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil. In: Lopes F (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições**

para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

DELGADO, R. Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. p. 131-140.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. **Coleção Outra Gente**, v. 1, Salvador: Fator; 1983.

FRANÇA JÚNIOR, I; AYRES, JCRM, CALAZANS, GJ. Saúde coletiva e direitos humanos: um diálogo possível e necessário. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2000 ago 28–set. 3; Salvador, Bahia, Brasil. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2000. [CDRom, texto 1981].

FRANÇA-JUNIOR, I; LOPES, F; PAIVA, V; VENTURI, G. **Acesso ao teste anti-hiv no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE**. Disponível em <[http:// www.Aids.gov.br](http://www.Aids.gov.br)>. Acesso em 10 dez. 2003.

FROTA-PESSOA, O. Raça e eugenia. In: SCHWARCZ, LM; QUEIROZ, RS (orgs.) **Raça e diversidade**. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996. p. 29-46.

GOODMAN, AH. Why genes don't count (for racial differences in health). **American Journal of Public Health** 2000; 90(11): 1.699-1.702.

GUIMARÃES, ASA. Racismo e restrição dos direitos individuais: a discriminação racial “publicizada”. **Estudos Afro-Asiáticos** 1997; 31: 51-78.

_____. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos** 1995; 27:45-63.

GUIMARÃES, CD. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2001.

GUIMARÃES, MAC. Vulnerabilidade subjetiva. In: **Anais do Seminário A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS** 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil; 2001.

_____. Afro-descendência, Aids e vulnerabilidade subjetiva. **Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à AIDS** 2001 jan-mar; 46 (Encarte Brasil): p. 8-9.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 235-249.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. **Censo 2000**. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos>> [2001 Jan 24].

[INSPIR] Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial. **Mapa da população negra no mercado de trabalho: regiões metropolitanas de São Paulo, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre e Distrito Federal**. São Paulo: AFL-CIO; 1999.

[IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: um recorte de raça e gênero.** Disponível em <URL: <http://www.ipea.gov.br/pub>> [2001 Ago 28]

JACCCOUD LB, BEGHIN N. **Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental.** Brasília:IPEA, 2002.

LEAL MC, Gama SGN, Cunha CB. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Município do Rio de Janeiro - Brasil, 1999-2001.** Rio de Janeiro, 2004 (mimeo).

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades.** São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

LOPES, F; MALACHIAS, R. Assumir a diferença para promover a igualdade: a importância do quesito cor na investigação epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS do PE-DST/AIDS Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo** 2001 out; Ano XIX(2): 3-5. Disponível em <<http://www.jbaid.com.br>>

LÓPEZ, IFH. Race and erasure: the salience of race to Latinos/as. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge.** 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000a. p. 369-378.

_____. The social construct of race. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge.** 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000b. p 163-175.

LUPPI, CG. **A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres atendidas em centro de testagem e aconselhamento: um estudo caso-controle.** São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]

MAGGIE, Y. “Aqueles a quem foi negada a cor do dia”: as categorias cor e raça na cultura brasileira. In: MAIO, MC; SANTOS, RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 225-234.

MANN, J; TARANTOLA, DJM; NETTER, TW. **A Aids no Mundo.** Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume-Dumará, 1993.

MARTINS, AL; SOARES, HB; PAIVA, MS; SOARES, VMN. Diferenciais raciais nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

MARTINS, RB. **Desigualdades raciais no Brasil.** Disponível em <http://www.ipea.gov.Br/pub/Desigualdades_raciais.ppt>. Acesso em 15 dez. 2001.

[MS/CEBRAP] Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS.** Série Avaliação, n. 4. Brasília: MS; 2000.

[MS/IBOPE] Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. **Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa.** Disponível em <<http://www.Aids.gov.br>>. Acesso em 10 dez. 2003.

MUNANGA, K. Mestiçagem e identidade afro-brasileira. In: Oliveira I, org. **Relações raciais e educação: alguns determinantes**. Cadernos PENESB, n. 1. Rio de Janeiro: Intertexto; 1999. p. 9-20.

_____. Racismo: da desigualdade à intolerância. **São Paulo em Perspectiva** 1990; 4(2):51-54.

[NOP-FPA] Núcleo de Opinião e Pesquisa - Fundação Perseu Abramo. **Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil**. Disponível em <http://www.fpa.org.br> . Acesso em 10 dez. 2003.

[NEN] Núcleo de Estudos Negros. **As idéias racistas, os negros e a educação**. Florianópolis: Atilende, 2002.

OLIVEIRA, M; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PAIXÃO, MJP; CARVANO, LMF; OLIVEIRA, JC; ERVATTI, LR. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões. In: LOPES, F. (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PEREA, JF. The black/white binary paradigm of race. In: Delgado R, Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p. 344-353.

PERPÉTUO, IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da RedeSaúde** 2000; 22: 10-16.

PETRY, S. Até na hora do parto negra é discriminada. **Folha de S. Paulo On Line**, Cotidiano, 2002 maio 26.

PINHO, MD; BERQUÓ, E; LOPES, F; OLIVEIRA, KA; LIMA, LCA; PEREIRA, N. Juventudes, Raça e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 19(2): 277-294, jul./dez. 2002.

PINTO, E; SOUZAS, R. A mortalidade materna e a questão raça/etnia: importância da lei do quesito cor no sistema de saúde. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos** 2002 maio; Ano 3, 5: 28-30.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988. p. 67-76; 119-130.

SANT'ANNA, W. Relações raciais no Brasil: entre a unanimidade e a paralisia [documento]. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos** 2001; Ano 2, 4: 53-68.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.

SANTOS, RV. Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 125-142.

SOARES, S. Discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho. **Mercado de trabalho: conjuntura e análise** [edição especial para a Conferência Nacional contra o Racismo e a Intolerância]. IPEA: Rio de Janeiro, Ano 6, n. 13; 2001 jun. p. 39-45.

VAN RYN, M; FU, SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Journal of Public Health** 2003; 93(2): 248-255.

VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Fundação MacArthur: São Paulo; 2002.

WERNECK J. Iniquidades Raciais em Saúde e Políticas de Enfrentamento: As experiências de Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido (artigo de revisão bibliográfica). In: LOPES, F (org.). **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

WOOD CH.; CARVALHO JAM. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. **Rev Brasileira de Estudos Populacionais** 1994; 11(1): 3-15.

ANEXO I

A importância da autodeclaração de cor

Não obstante os militantes do movimento social negro brasileiro questionem os termos utilizados pelo Estado para classificar os indivíduos quanto à raça/cor, é importante saber que o método de escolha fechada é suficientemente confiável para ser utilizado na coleta de dados.

A classificação racial dos indivíduos muitas vezes pode ser vista como um obstáculo para a análise confiável dos dados e é fato que, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo, existem vieses de categorização. A cor (ou pertencimento racial) que alguém se atribui é confirmada ou negada pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e o reconhecimento a partir do olhar do outro.

No Brasil, o fator socioeconômico é um dos fortes contribuintes para que as pessoas mudem sua raça/cor: à medida que elevam seu nível socioeconômico, elas tendem a relatar, com menos frequência, que são pretas, podendo até se apresentar como pardas ou outras derivações semânticas. Ainda assim, **é importante que a classificação seja autodeclarada, porque o maior problema em se considerar a variável raça/cor como uma categoria analítica não está em sua forma de classificação propriamente dita, mas nos mecanismos sociais e simbólicos que motivam os sujeitos a optarem por esta ou aquela categoria de cor.**

Da população total residente no Brasil em 1991, classificaram-se como brancos 51,6%; como pretos 5,0%; como amarelos 0,4%; como pardos 42,4% e como indígenas 0,2%. Nos dados censitários de 2000, a distribuição por categoria de raça/cor foi: 53,4% de brancos, 6,1% de pretos, 0,5% de amarelos, 38,9% de pardos e 4,1% de indígenas; logo, a população negra brasileira em 2000 correspondia a 45,0% do total (população autoclassificada preta + população autoclassificada parda). Os casos em que a informação sobre raça/cor foi ignorada corresponderam a 0,2% em 1991 e 0,7% em 2000.

Ao comparar um subconjunto de resultados da amostra censitária de 2000 com os dados da população total residente por cor no censo de 1991, observou-se uma participação relativamente maior das parcelas da população classificadas como de cor branca e de cor

preta e um decréscimo na população autoclassificada parda. Em nenhuma outra época, desde 1872, verificou-se um crescimento absoluto e relativo tão expressivo para a categoria de cor preta, quanto o observado entre os anos de 1991 e 2000.

Os sistemas classificatórios e seus significados marcam distinções no social, logo, não formam uma essência imutável, pelo contrário apresentam-se dinâmicos, em constante (re)construção.

Fonte:

LOPES F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades.** Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2003. p. 126-129.