

Seminário Nacional de Saúde da População Negra

APRESENTAÇÃO

A Saúde da População Negra como um campo de estudo específico vem se constituindo nas últimas décadas, no entanto, ainda não está consolidada como um conjunto firme de diretrizes e metas na Política Nacional de Saúde. Desta forma, a maioria dos gestores e técnicos da saúde – das três esferas do SUS – assim como os usuários, ainda conhecem pouco sobre o assunto.

Pensando nisso, a Coordenação do Seminário produziu este **Caderno de Textos Básicos** com subsídios para as discussões no evento e, sobretudo, para uso posterior.

O primeiro texto – **Contextualização Conceitual e Histórica** – é uma sistematização baseada no levantamento de uma bibliografia bastante extensa, na qual se colocam os principais conceitos necessários para a discussão do campo de saúde da população negra, assim como se apresentam algumas informações da evolução do tema, além de trazer sinteticamente as principais orientações emanadas das Conferências Internacionais.

O segundo texto – **Experiências Desiguais ao Nascer, Viver, Adoecer e Morrer** – é uma importante síntese da extensa pesquisa realizada no âmbito da parceria técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, FUNASA - Ministério da Saúde (FUNASA/MS) e o proponente do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil, o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID).

Agregamos ao caderno também trechos do **Relatório Preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde**, destacando todas as referências à população negra. Trata-se de material de muito relevo político, levando em conta que as deliberações da 12ª Conferência deverão ser incorporadas por todas as instâncias do SUS.

Por fim, o último texto – **Plano Nacional de Saúde: um Pacto pela Saúde no Brasil, Ações Afirmativas para avançar na Equidade** – é material básico para discussão no Seminário, pois apresenta os fundamentos que orientaram a elaboração do Plano Nacional de Saúde, que embasaram a inclusão do recorte raça/cor e a construção de diretrizes específicas sobre o assunto.

Como anexo, agregamos a cópia da Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, que cria o Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra.

Coordenação do Seminário:

Valcler Rangel Fernandes

Ministério da Saúde

Maria Inês Barbosa

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Brasília, 18 a 20 de agosto de 2004.

SUMÁRIO

I. SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA..... 06

II. CONTEXTUALIZAÇÃO CONCEITUAL E HISTÓRICA 11

1. A População em Questão	11
2. Outros Conceitos para a Abordagem do Tema	15
2.1 Cidadania	16
2.2 O Conceito de Desenvolvimento como Expansão da Liberdade	16
2.3 Os Princípios do SUS - com destaque para a Equidade	16
2.4 Raça e Medicina	17
2.5 Polêmica Pobreza versus Raça/Cor.....	18
2.6 Racismo	22
2.7 Preconceito	22
2.8 Discriminação	23
2.9 Intolerância/Tolerância.....	25
2.10 Democracia Racial	25
2.11 Racismo Institucional	26
2.12 Ações Afirmativas	27
2.13 Empoderamento	27
3. Contextualização Histórica dos Direitos da População Negra	28
3.1 Políticas de Estado e Movimento Social	28
3.1.1 Interações entre Movimentos Sociais e Espaços Governamentais	29
3.2 O Brasil e as Convenções e Conferências Internacionais	32
3.2.1 A Força de Durban	34
3.3 Interações Sociedade Civil -Academia- MS -SEPPIR	38
3.4 Outro Momento Político: O Termo de Compromisso MS – SEPPIR	41
4. Bibliografia consultada	43

III EXPERIÊNCIAS DESIGUAIS AO NASCER, VIVER, ADOECER E MORRER: TÓPICOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL.....47
--

Apresentação	47
1. Falando de saúde, doença e vulnerabilidades	49
1.1 O tecido social nacional e o viés racial nas desigualdades socioeconômicas	50
1.1.1 A cor da pobreza	50
1.1.2 Aqui se vive com muito pouco.....	51
1.1.3 Escolaridade e ocupação.....	52
2. Noções e conceitos essenciais para a promoção da equidade racial	53
2.1 O conceito de Direitos Humanos	53
2.2 A noção de raça	53
2.3 O conceito de racismo	54
2.3.1 Percorrendo as veias do racismo na América Latina.....	55
3. Raça, racismo e saúde	56
3.1 Por que silenciemos frente à falta de sensibilidade dos cuidadores e cuidadoras?	57
3.2 Colocando o preto no branco: o impacto da cegueira institucional na saúde da população negra	60
4. A importância da competência cultural na promoção da saúde.....	67
4.1 Mortes maternas	67
4.2 HIV/Aids	68
4.3 Promovendo a saúde da população negra de forma equânime.....	70
5. O Plano Nacional de Saúde	70
5.1 O Plano Nacional de Saúde e a saúde da população negra brasileira: recomendações para programas, ações e projetos	72
6. Referências Bibliográficas	77
ANEXO I.....	82
ANEXO II.....	85
ANEXO III.....	93

IV – TRECHOS DO RELATÓRIO PRELIMINAR DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Aspectos relacionados à população negra..... 95
--

APRESENTAÇÃO.....	95
Eixo Temático I – Direito à saúde	95
Eixo temático II – A seguridade social e a saúde.....	97
Eixo temático III - A intersetorialidade das ações de saúde	98
Eixo temático IV – As três esferas de governo e a construção do SUS.....	103
Eixo temático V – A organização da atenção à saúde.....	103
Eixo temático VI - Controle social e gestão participativa.....	106
Eixo temático VII - O trabalho na saúde.....	107
Eixo temático VIII – Ciência e tecnologia e a saúde.....	108
Eixo temático IX – O financiamento da	109

Eixo temático X – Comunicação e informação em saúde..... 109

V – PLANO NACIONAL DE SAÚDE: UM PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL, AÇÕES AFIRMATIVAS PARA AVANÇAR NA EQÜIDADE.....111

1. Megaobjetivo I - Inclusão Social e Redução das Desigualdades Sociais.... 111

1.1 Diretrizes gerais para o alcance do megaobjetivo..... 111

1.2 Desafios a serem superados no alcance do megaobjetivo I..... 112

2. Objetivo geral do Plano Nacional de Saúde 113

2.1 Diretriz: Promoção da Eqüidade na Atenção à Saúde da População Negra.. 114

ANEXO: Portaria nº 1.678/GM. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da eqüidade na Atenção à Saúde da População Negra.

I. SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade

Brasília – 18 a 20 de agosto de 2004

Realização:

Ministério da Saúde – MS

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR/PR

Parcerias:

Conselho Nacional de Saúde

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

Apoios institucionais:

Ministério de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido – DFID/UK

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS

ONU – UNIFEM

Justificativa

O avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, inscrito no art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, não tem assegurado o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde quando se considera o recorte racial, em detrimento da população negra.

A forte associação entre a pobreza e população negra está expressa em diversos indicadores, sejam estes econômicos, educacionais ou de saúde, que atestam as desigualdades raciais nestas áreas. A tese, amplamente difundida, de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à população negra, vem sendo paulatinamente derrubada por pesquisas recentes, posto que desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil; é mister se agregar ao princípio da universalidade o de equidade, conforme instituído pelo Sistema Único de Saúde.

A instituição do campo *saúde da população negra* se faz a partir da constatação de que as relações sociais no Brasil são marcadas pelo racismo, fato encoberto pela ideologia da democracia racial, mas, cabalmente, demonstrado pelos indicadores de saúde que retratam de forma expressiva as desigualdades raciais em saúde, quer se trate do modo como se lidam com as doenças associadas a determinantes raciais/étnicos; da discriminação na assistência ou do perfil epidemiológico marcado pela precocidade dos óbitos. Qualquer que seja o ângulo de aproximação com a realidade, as desigualdades são nítidas e gritantes.

Em que pese a inexistência de uma política de pesquisa e de informação para conhecimento, avaliação e monitoramento / acompanhamento das especificidades em saúde da população negra, nos últimos anos, vários estudos

sobre realidades locais ou regionais, ou baseados em dados secundários, vêm sinalizando a persistência das iniquidades na situação de saúde dessa população. Alguns exemplos significativos servem para fundamentar a necessidade de uma vigorosa política de atenção à saúde para a população negra:

- A pesquisadora Estela Cunha (Jornal da Rede, RedeSaúde, março 2001) apontou que, entre 1980 e 2000 a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e brancos menores de um ano, passou de 21% para 40%, praticamente dobrando a disparidade.
- Em 2000 a taxa de mortalidade das mulheres pretas de 10 a 49 anos, por complicações da gravidez, parto e puerpério foi 2,9 vezes maior que a apresentada para as mulheres brancas. Estudo de Alaerte Martins (Jornal da Rede, Rede Saúde, março 2001) mostrou que, no estado do Paraná, o risco relativo de morte materna é 7,4 vezes maior para as pretas. É urgente que se façam pesquisas similares nos demais estados.
- Mulheres negras têm menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, consultas de pré-natal e de fazer exames ginecológicos no período pós-parto. Pesquisa da Fiocruz e da Prefeitura do Rio de Janeiro (divulgada na Folha de São Paulo, 26/5/2003) evidenciou que naquele município 5,1% das gestantes brancas atendidas em maternidades públicas no período de 1999-2001 não receberam anestesia no parto normal, para as negras isto ocorreu em 11,1% dos casos. Enquanto 30% das gestantes brancas não foram informadas sobre os sinais de parto, entre as negras essa percentagem foi de 37,5%.
- Pesquisa de Doutorado de Maria Inês Barbosa (USP, 1998) verificou que 69,5% dos óbitos dos homens negros ocorrem até 54 anos, para uma proporção de 45,1% entre os homens brancos.
- Em 2000 a taxa de mortalidade dos homens pretos de 10 a 64 anos por causas externas foi 2 vezes maior que a apresentada para os homens brancos, conforme apontou pesquisa de doutorado de Luis E. Batista (UNESP, 2002).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, debruçou-se sobre a questão da desigualdade social – geradora dos fortes índices de pobreza e exclusão – e apontou, de modo claro e inequívoco, entre outros fatores de manutenção dessa situação de iniquidade, as desigualdades de origem étnico-raciais. Em razão disso, aprovou várias deliberações visando a inclusão do recorte raça-cor na operacionalização da política nacional de saúde.

Além disso, coerente com a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial proposta pelo Governo Lula (Decreto n. 4886, 20/11/2003), o Ministério da Saúde, ao desenhar o Plano Nacional de Saúde, considerou o recorte raça-cor. Para isso, a parceria com a Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), além de contribuir ativamente nas discussões e organizações do trabalho, também agregou a consultoria de pesquisadoras e pesquisadores em saúde da população negra.

Partindo da premissa de que há necessidade de ações dirigidas à população negra, em obediência ao art. 7º da Lei 8080/90, e ao princípio VII que preconiza a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades,

alocação de recursos e orientação programática, e coerente com as orientações definidas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS) estabelece diretrizes e metas específicas e diferenciadas para a população negra, buscando reduzir ou eliminar as desigualdades impostas pelo racismo no campo da saúde.

A realização do *Seminário Nacional de Saúde da População Negra* tem um papel estratégico na inserção do componente raça-cor como instrumento de identificação de prioridades de ações, programas e políticas públicas para a população negra.

Neste sentido, debater a inclusão do recorte racial na política de saúde, nos aspectos relacionados a organização e desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do MS, das SES e SMS, deve ser o principal objeto deste seminário.

Objetivo geral:

Propor e sistematizar estratégias de gestão e atenção para implementação e acompanhamento das questões relativas à saúde da população negra no PNS, visando a promoção da equidade racial.

Objetivos específicos:

5. Articular e sensibilizar os gestores das três esferas do SUS para a importância da incorporação do quesito raça/cor em todos os componentes da política de saúde;
5. Apresentar um balanço das experiências de governo, pontuando os desafios a superar para a implantação e implementação do recorte racial na política de saúde;
5. Socializar experiências da sociedade civil organizada relativas à saúde da população negra, que subsidiem a operacionalização das diretrizes do PNS;
5. Debater e propor estratégias para implementar e monitorar as metas previstas no PNS, visando a promoção da equidade racial.

Público:

Cerca de 250 pessoas convidadas, sendo 2/3 delas técnicos e gestores de saúde (das três esferas de governo), e cerca de 1/3 composto por pessoas vinculadas à pesquisa sobre saúde da população negra, entidades representativas, outros organismos de governo e da sociedade civil.

Metodologia do Seminário:

Visando garantir os objetivos propostos para o Seminário, serão combinados vários métodos, tais como painéis, salas de conversa e discussões em grupo.

Os *painéis* servirão para a apresentação de subsídios técnico-políticos, repassando de forma organizada informações necessárias ao debate, que se dará principalmente nas *discussões em grupo*, momento em que os participantes

serão instigados a contribuir com sugestões e propostas para a implementação do recorte raça-cor no Plano Nacional de Saúde.

Também para aportar novos conhecimentos e propiciar intercâmbio entre os participantes, haverá a sessão chamada *salas de conversa*, em que entidades previamente convidadas (do governo e da sociedade civil) apresentarão suas experiências de atuação em tópicos relacionados à saúde da população negra.

Além disso, está prevista uma *sessão solene*, com a participação dos principais gestores responsáveis pela implementação da política nacional de saúde, na qual buscaremos estabelecer compromissos claros com a saúde da população negra.

II. CONTEXTUALIZAÇÃO CONCEITUAL E HISTÓRICA

Alba Lucy G. Figueroa¹

1. A População em Questão

No Brasil, a referência oficial para os dados de composição racial da população é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O parâmetro que o instituto utiliza para efetuar a classificação é o "quesito cor/etnia". A pergunta feita aos cidadãos, por ocasião do recenseamento, permite que cada um responda de acordo com cinco categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.

A adoção do quesito cor em diversos campos da pesquisa sociológica se tornou mais freqüente após os estudos da escola sociológica da USP, nos anos 40, ter demonstrado que o racismo, assim como a classe socioeconômica, é estruturante na sociedade brasileira (IANNI, 2004). A distribuição de riqueza e o acesso a oportunidades e serviços - fatores que determinam ou condicionam a qualidade de vida e a saúde das pessoas - obedecem a um duplo ordenamento classificatório: por posição de classe e por raça/cor.

A cor da pele e outros traços fenotípicos tornaram-se, ao longo da história, marcadores de "raça" e "etnia". Ambos os termos têm múltiplos e instáveis significados, variando de acordo com países, regiões e contextos históricos. Etnia diz respeito ao reconhecimento pelas próprias pessoas de seu pertencimento a um grupo, definido pela partilha de uma história e de traços, como ancestralidade, origem, território, língua, valores, estilo de vida, cultura, por vezes, aparência física e um grau relativo de coesão interna, quando em confrontos com grupos diferentes.

O uso do termo "raça" surgiu como tentativa de explicar a diversidade humana. Isso, por influência de conceitos e métodos, já superados, da biologia e da antropologia física do século XIX. Levavam-se em conta critérios de origem geográfica e parâmetros morfológicos. Entre estes, talvez por sua maior visibilidade, priorizou-se a cor da pele.

Em diversos contextos históricos onde isso ocorreu, confluíam a ascensão das teorias evolucionistas e as ideologias políticas nacionalistas. Em várias situações, a questão era a afirmação exacerbada de um povo (equacionado a raça) em detrimento de outros (SEYFERTH, 1996). Nesse movimento, uma antiga idéia de hierarquia foi recuperada: a idéia de umas raças terem mais capacidades e valores humanos que outras. Registrada entre autores da Grécia antiga, a idéia foi fartamente difundida por historiadores, filósofos e, mais tarde, por religiosos e escritores (SANTOS, 2002). Como uma ideologia bastante conveniente, se acoplou ao processo colonial subordinador de uns povos por outros: o preconceito racial consolidou-se assim, no dizer de Otávio IANNI (2004), como uma "técnica de dominação".

A escravidão vigorou no Brasil por mais de 300 anos. Com a Abolição e as mudanças ocorridas durante o século XX, nos campos das idéias, das ciências, dos sistemas econômico, político, jurídico e educacional, o racismo saiu da formalidade, mas as suas expressões foram enrustidas no campo da

¹ Consultora *senior* do Ministério da Saúde, doutora em antropologia. Contato: <alba.figueroa@saude.gov.br>

sociabilidade, das relações intersubjetivas. Para isso contribuiu de forma imponderável o mito do Brasil ser uma "democracia racial", como exposto mais adiante. O significado de raça abandonou, praticamente, os seus antigos referenciais do campo das ciências da natureza. Vale destacar que a continuidade da aplicação do conceito em relação a seres humanos é objeto de controvérsia. Demógrafos e estatísticos o adotam, enquanto que muitos geneticistas e antropólogos o contestam. Pois se sabe que 99% da constituição genética dos seres humanos é comum a todos os grupos étnicos (*WBS/Centre for Evidence in Ethnicity, Health and Diversity, 2003*²), ou, em outro enfoque, que 90 a 95% da variabilidade genética humana ocorre dentro dos chamados "grupos raciais" e não entre eles (PENA, 2002, 2004). Dados como esses, além de outros relacionados com os usos nefastos do termo ao longo da história são evocados por muitos como argumento para desencorajar o seu uso.

Optou-se, entretanto, pelo emprego do termo raça neste seminário com outro sentido, acolhendo o fato, publicamente conhecido, dele estar sendo assumido pelo movimento negro para nomear a categoria social em que tem sido enquadrado o segmento de população que ele representa. Categoria essa que foi histórica e culturalmente construída e que é constituída de pessoas que são, efetiva ou potencialmente, vítimas de desvantagens sociais por efeitos de preconceito e discriminação relativos à origem étnica ou às marcas visíveis de que são portadoras: a cor ou outras características físicas superficiais (fenótipo). De marcador pejorativo de traço físico e de uma história de opressão e discriminação, a nova sonoridade do termo raça negra propõe uma racialização positiva, na busca da superação definitiva das mazelas enfrentadas pela população negra.

Levando-se em conta os dados do Censo 2000 (IBGE), o segmento da população negra no Brasil representa 45% do total da população (quase 76 milhões de indivíduos, de um total de cerca de 170 milhões). Nele são agregados os autodeclarados pretos e pardos. Essa agregação tem sido objeto de uma dupla justificativa: "Estatisticamente, pela uniformidade de características socioeconômicas dos dois grupos. Teoricamente, pelo fato de as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por ambos os grupos, serem da mesma natureza. Ou seja, é pela sua parcela preta [ou pela origem indígena – pode-se completar] que os pardos são discriminados. A justificativa teórica é obviamente mais importante, pois ao fornecer uma explicação para a origem comum das desigualdades dos pretos e dos pardos em relação aos brancos, coloca os dois grupos como beneficiários legítimos de quaisquer ações que venham ser tomadas no sentido de reverter o quadro histórico e vigente dessas desigualdades" (OSÓRIO, 2003:24).

Em termos gerais, pode-se dizer que o racismo, como prática social geradora de sofrimento, hoje fartamente desmascarado pelas pesquisas com abordagem estatística, é o que concede substancialidade à "raça" da população negra. Este I Seminário Nacional se debruça sobre a situação de saúde dessa população.

Alguns desses estudos recentes vêm apresentando um retrato da exclusão social com contrastes inaceitáveis entre brancos e negros, inclusive no campo da saúde. A proposta para este seminário é encarar esse retrato e os desafios que

² http://users.wbs.ac.uk/group/ceehd/home/concepts_of_diversity (acesso em 07/08/2004).

nos coloca para avançarmos na eqüidade. O Ministério da Saúde, conjuntamente com a SEPPIR, o Conselho Nacional de Saúde, o CONASS e o CONASEMS convocam a todos para discutir e elaborar - com subsídio das análises situacionais disponíveis referentes à saúde da população negra e os instrumentos do Plano Nacional de Saúde - propostas exequíveis de gestão.

Partiremos de dados e conceitos básicos, remetendo para outras ambiências os sempre possíveis debates conceituais e técnicos.

A população negra se encontra distribuída por todo o Brasil, porém de maneira heterogênea, sendo principalmente localizada na faixa leste do país, tanto em valores absolutos como relativos (Figs. nº 1 e 2).

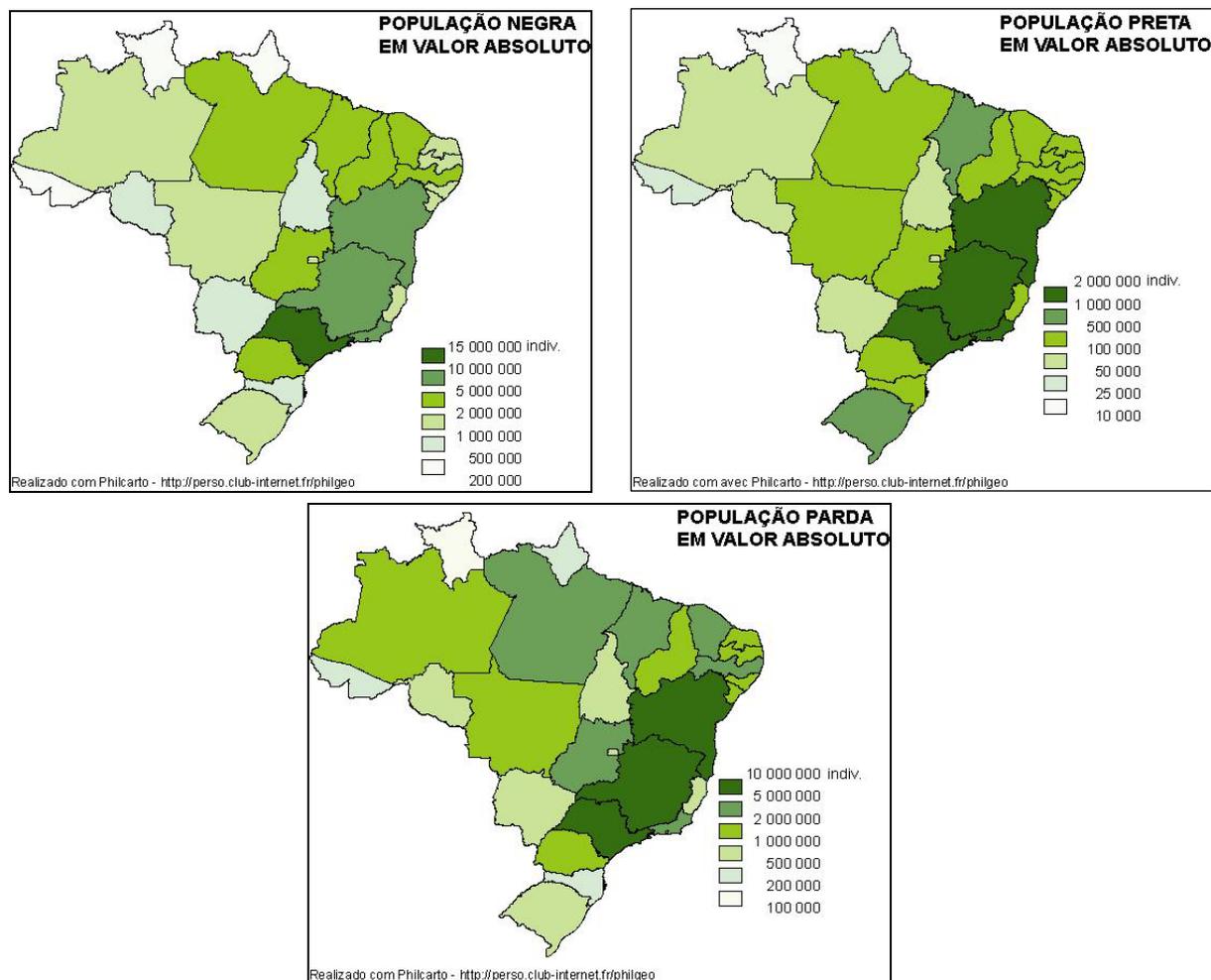


Fig. nº1 - Distribuição das populações negra, parda e preta por Estado em valor absoluto (IBGE, Censo 2000, microdados da amostra).

O Nordeste, com sua economia açucareira no século XVI, foi o espaço inaugural do escravismo brasileiro. Enormes contingentes de africanos escravizados supriram também a força de trabalho, nos séculos seguintes, das economias mineira, pastoril e cafeeira das regiões Sudeste e Sul. No entanto, a menor concentração relativa de população negra observada hoje, nessas últimas regiões, é associada ao impacto demográfico da política imigratória com europeus, desencadeada durante os séculos XIX e XX, que foi direcionada

principalmente para essas regiões, a título de modernização da economia agrícola. Diversos analistas do final do século XIX atribuíram à mão de obra escrava o “atraso” dessa economia (SANTOS, 2002).

É preciso ressaltar que, a despeito da proporção de negros no conjunto da população dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro não ser das mais altas (inferior nos três casos a 50 % da população do estado), concentram-se neles a terceira parte da população negra brasileira (32 %). São Paulo tem a maior população com mais de 10 milhões, seguido de Bahia e Minas, com respectivamente 9,5 e 8,1 milhões.

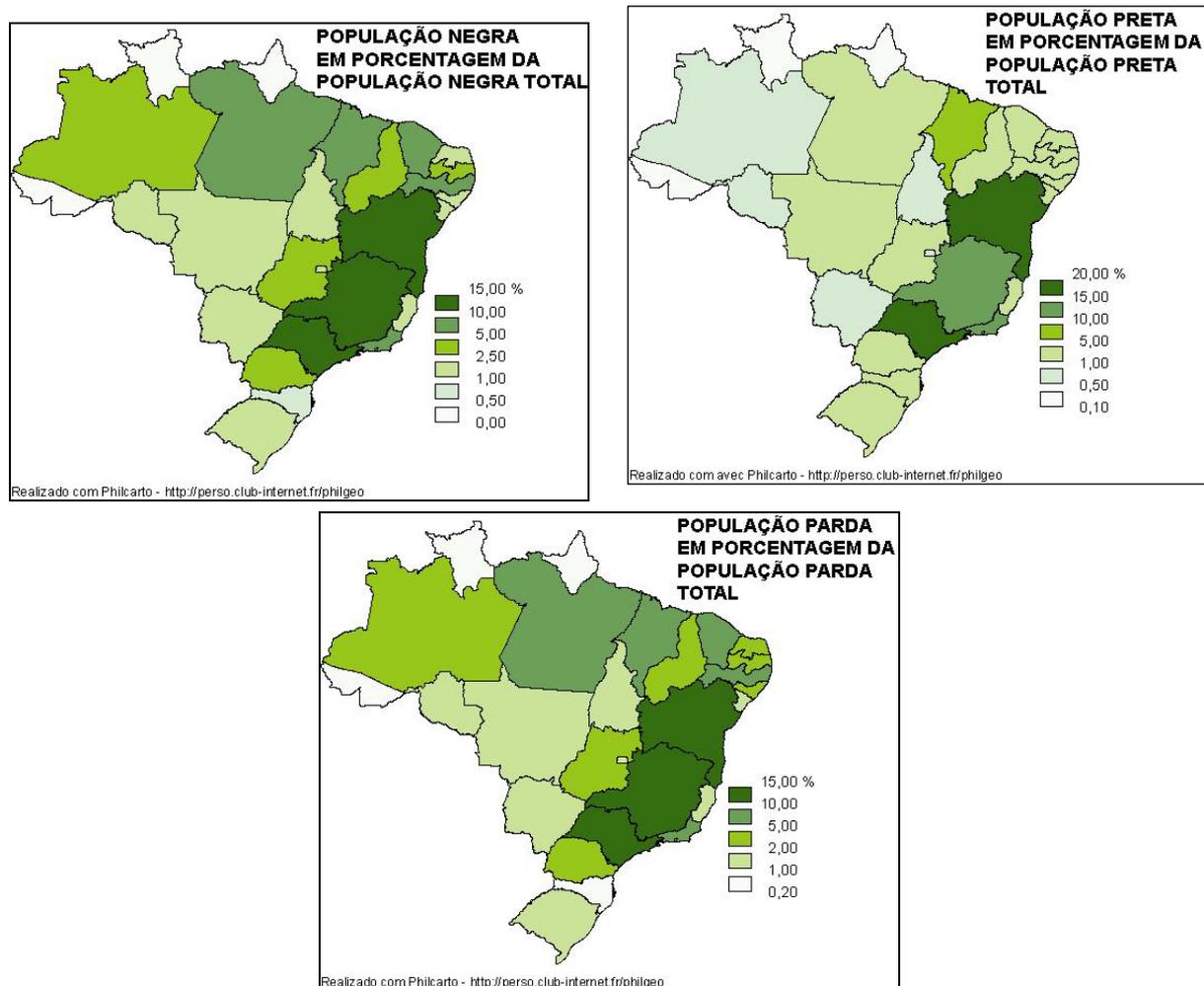


Fig. nº2 - Distribuição das populações negra, parda e preta por estado em relação à população total do segmento considerado (IBGE, Censo 2000, microdados da amostra).

A relativa importância numérica de negros apontada para a região Norte (em torno de 70 %, fig. nº3) pode ser associada à origem nordestina das ondas migratórias que engrossaram uma população local, basicamente indígena. Ondas essas que suprimiram a mão-de-obra de uma economia baseada na extração da borracha e, mais recentemente, na pecuária, na exploração madeireira e garimpeira. Outra leitura, no entanto, é também possível. É provável que sob a categoria “pardo”, proposta no cardápio fechado do IBGE, tenham entrado aqueles que, na nomenclatura regional da Amazônia, se denominam “caboclos”. Essa categoria, que engloba a grande maioria populacional do Norte, embora denote mestiçagens diversas, assinala para uma ascendência

predominantemente indígena. O seu enquadramento como negro, no entanto, é plausível como sinalização de sua condição historicamente subordinada na relação ao branco. Como assinalou uma pesquisadora liderança negra, no marco das relações interétnicas vigentes, índios e caboclos estão sujeitos ao mesmo tratamento que é dado aos negros.³

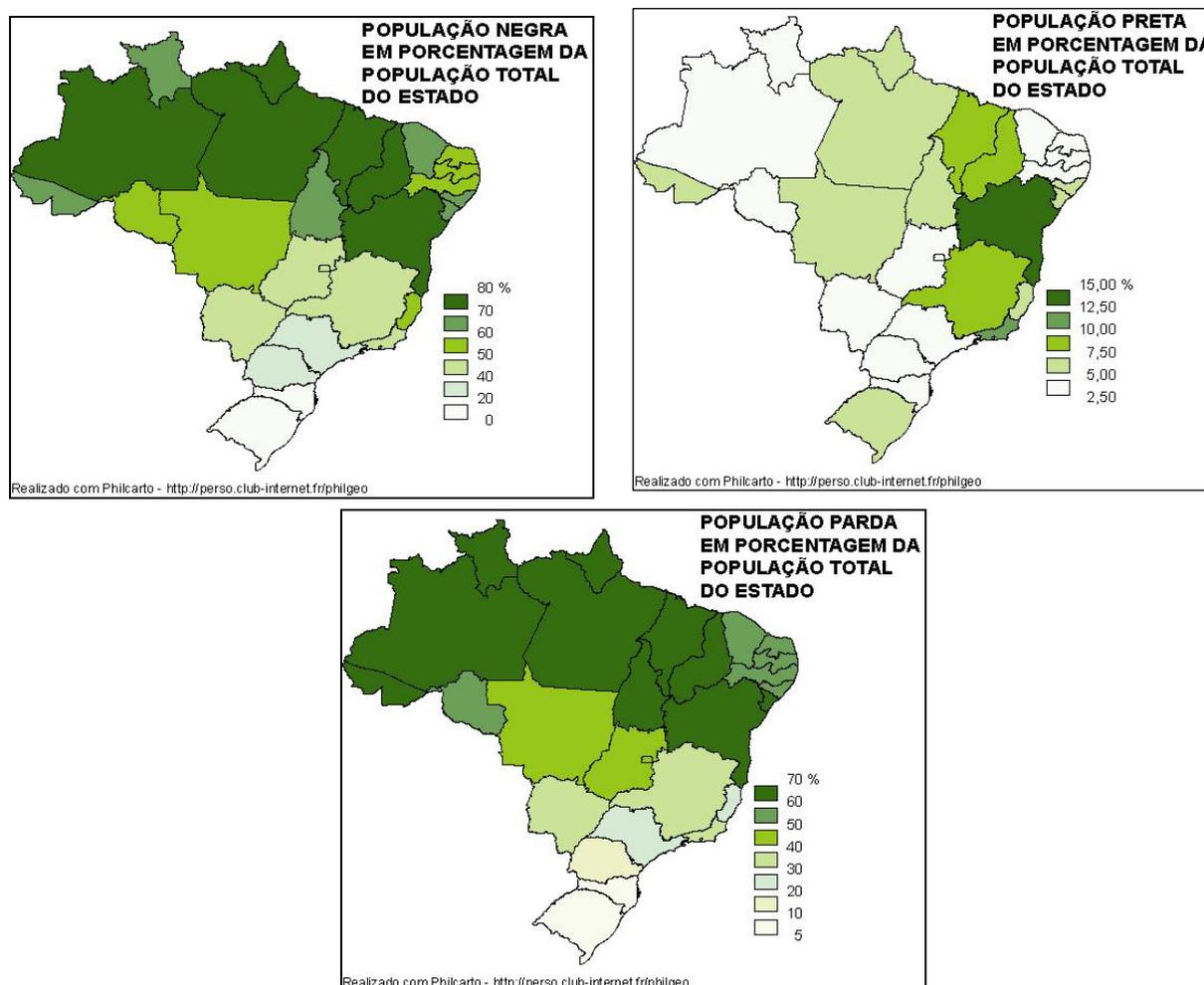


Fig. nº3 - Distribuição das populações negra, parda e preta por estado em relação à população total do Estado (IBGE, censo 2000, microdados da amostra)

O Quadro 1 apresenta a composição da população, desagregada por raça/cor, regiões e unidades federadas. A última coluna representa a porcentagem da população negra sobre o total da população de cada unidade.

O intuito da apresentação desses dados demográficos, acrescidos dos outros que serão expostos ao longo do seminário, é facilitar a visualização da distribuição e da proporção da população negra, de modo a subsidiar a reflexão, as análises e o debate necessários e prévios à tomada de decisões.

³ Esta referência ilustra bem o importante deslocamento semântico do termo raça, no uso que dele faz o Movimento Negro, quando optou por assumi-lo, no embate político com os setores que insistem em enxergar o Brasil como uma democracia racial de fato e não como uma meta a nortear o caminho.

QUADRO 1 - BRASIL - COMPOSIÇÃO DAS POPULAÇÕES POR RAÇA/COR POR REGIÕES/UF

Fonte: IBGE, Censo 2000, Microdados da Amostra

REGIÃO/UF	NUM. DE MUN.	Branco	Pretos	Pardos	Negros (Pr+Pa)	Amarelos	Índigenas	Ignorado	Total	% Neg/Total
BRASIL	5 295	91 298 042	10 554 336	65 318 092	75 872 428	761 583	734 127	1 206 675	169 872 856	44,66
NORTE	445	3 616 839	641 208	8 259 486	8 900 694	29 246	213 443	150 947	12 911 170	68,94
RO	52	588 568	63 452	698 309	761 761	3 094	10 683	16 846	1 380 952	55,16
AC	22	168 549	28 083	346 909	374 992	1 394	8 009	4 939	557 882	67,22
AM	61	681 717	87 471	1 884 507	1 971 978	9 343	113 391	40 822	2 817 252	70,00
RR	14	80 387	13 725	199 661	213 387	455	28 128	2 041	324 397	65,78
PA	142	1 617 015	340 901	4 115 414	4 456 315	11 574	37 681	73 380	6 195 965	71,92
AP	16	126 850	25 543	313 519	339 062	795	4 972	5 354	477 032	71,08
TO	138	353 754	82 032	701 167	783 199	2 592	10 581	7 564	1 157 690	67,65
NORDESTE	1 488	15 738 697	3 681 117	27 722 133	31 403 250	67 241	170 389	402 909	47 782 487	65,72
MA	216	1 512 324	542 834	3 523 999	4 066 833	7 565	27 571	43 260	5 657 552	71,88
PI	220	752 760	220 371	1 836 589	2 056 960	5 272	2 664	25 771	2 843 428	72,34
CE	183	2 770 560	305 279	4 274 359	4 579 638	10 373	12 198	58 828	7 431 597	61,62
RN	165	1 171 699	126 441	1 454 665	1 581 106	2 374	3 168	19 161	2 777 509	56,93
PB	222	1 467 260	136 577	1 801 161	1 937 738	2 439	10 088	27 269	3 444 794	56,25
PE	184	3 238 329	391 160	4 194 790	4 585 950	9 562	34 669	60 644	7 929 154	57,84
AL	100	964 919	142 747	1 681 391	1 824 138	2 950	9 074	26 775	2 827 856	64,51
SE	84	562 858	111 461	1 085 409	1 196 870	2 909	6 717	15 475	1 784 829	67,06
BA	114	3 297 989	1 704 248	7 869 770	9 574 017	23 796	64 240	125 726	13 085 769	73,16
SUDESTE	1 663	45 163 258	4 752 920	21 367 768	26 120 688	514 562	161 189	470 496	72 430 193	36,06
MG	853	9 594 370	1 397 199	6 737 420	8 134 619	28 563	48 720	98 862	17 905 134	45,43
ES	76	1 512 200	200 192	1 354 142	1 554 334	3 056	12 746	15 161	3 097 498	50,18
RJ	90	7 871 002	1 528 262	4 819 488	6 347 750	26 524	35 934	110 896	14 392 106	44,11
SP	644	26 185 687	1 627 267	8 456 718	10 083 985	456 420	63 789	245 576	37 035 456	27,23
SUL	1 256	20 991 862	941 222	2 884 741	3 825 963	104 239	84 747	103 538	25 110 348	15,24
PR	398	7 387 842	271 871	1 745 610	2 017 481	88 452	31 488	39 380	9 564 643	21,09
SC	392	4 786 293	142 207	376 766	518 973	6 130	14 542	31 925	5 357 864	9,69
RS	466	8 817 727	527 144	762 365	1 289 509	9 656	38 718	32 232	10 187 842	12,66
CENTRO-OESTE	443	5 787 384	537 870	5 083 964	5 621 834	46 294	104 360	78 786	11 638 658	48,30
MS	76	1 135 811	71 139	788 797	859 936	16 263	53 900	12 162	2 078 070	41,38
MT	125	1 104 962	141 305	1 200 602	1 341 907	9 984	29 196	19 196	2 505 245	53,56
GO	241	2 538 412	226 963	2 176 260	2 403 224	12 052	14 110	36 399	5 004 197	48,02
DF	1	1 008 199	98 462	918 305	1 016 767	7 996	7 154	11 029	2 051 146	49,57

2.Outros Conceitos para a Abordagem do Tema

2.1Cidadania

Entendemos a cidadania como a condição pela qual as pessoas usufruem, de fato, dos direitos que lhe são reconhecidos nos âmbitos, civil, político, social, cultural e individual. Os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à propriedade perante a lei são consagrados como direitos civis. Os direitos políticos referem-se ao direito a participar no destino da sociedade, tendo se dado maior destaque ao de votar e ser votado. Os direitos sociais são os que garantem a participação na riqueza coletiva, o acesso à educação, à saúde, ao trabalho, a salário justo e a uma velhice tranqüila. Entre os direitos culturais, se incluem o de identidade étnica, de opção religiosa, de preservação e valorização das línguas e expressões rituais, musicais, técnicas de trabalho, formas de lazer, saberes e práticas médicas e de cuidados tradicionais, entre outras expressões patrimoniais materiais e imateriais. Os direitos individuais contemplam a liberdade de pensamento, de consciência e de sentimentos, o direito ao reconhecimento e consideração como pessoa moral, o direito a tratamento digno pelo simples fato de ser pessoa humana.

É no campo de todos esses direitos que pesquisas recentes vêm constatando iniquidades chocantes quando se contrastam dados estatísticos de mortalidade infantil, mortalidade materna, expectativa de vida, população carcerária, composição de estudantes universitários, dados de escolaridade, de emprego e renda, de desemprego, de acesso a serviços de saneamento e de atenção à saúde referentes a brancos e negros. É, entretanto, no âmbito dos direitos individuais que incidem de forma mais forte os efeitos do preconceito, da intolerância e da discriminação, com desdobramentos que atingem as demais esferas dos direitos cidadãos. A violação desses direitos ocorre nas interações entre indivíduos ou entre indivíduos e coletividades, tanto nos espaços domésticos quanto nos institucionais. As filas de espera, os balcões de informação e atendimento, os consultórios, as enfermarias e demais espaços dos serviços de saúde públicos ou suplementares são espaços para o exercício do reconhecimento ou para efetivas ou potenciais violações da dignidade das pessoas.

Vale enfatizar que a noção de cidadania com a qual trabalharemos vai além da mera abstração da titularidade de direitos. Ela compreende sua prática efetiva, valorizando, reconhecendo e interagindo com os movimentos sociais pela ampliação contínua dos direitos, em uma perspectiva que vai dos direitos individuais aos direitos sociais, dos direitos dos povos aos direitos da humanidade. A disposição é de afinar com as propostas da II Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada pela ONU, em Viena, em 1993, que proclamou a "universalidade dos direitos humanos, enriquecida pela diversidade cultural, e os esforços envidados no propósito de assegurar na prática a indivisibilidade de todos os direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais) com atenção especial aos mais necessitados de proteção (os socialmente excluídos e os segmentos mais carentes e vulneráveis da população)" (CANÇADO TRINDADE *et al.* 1996: 14-15. *Apud* DODGE, 2001).

2.20 Conceito de Desenvolvimento como Expansão da Liberdade

Assinalando para além do um processo de melhoramento das condições materiais, econômicas, sociais e culturais, enquadrado em parâmetros de justiça e sustentabilidade ambiental, o conceito de desenvolvimento, que norteia este seminário, afina com a idéia de uma dinâmica de expansão das liberdades dos diversos coletivos étnico-raciais que compõem a nossa sociedade. Nessa perspectiva, o conceito de cidadania se abre para o reconhecimento das múltiplas expressões da sociodiversidade e multiculturalidade do Brasil, tanto em nível das pessoas quanto das formas de sociabilidade (comunitárias e/ou associativistas), de etnia, de regiões e localidades, de gênero e de idade. Assim como se abre para o real exercício dos direitos cidadãos, especialmente no que concerne à participação na formulação, planejamento, implantação, monitoramento e controle das políticas públicas.

A idéia de desenvolvimento como expansão da liberdade foi exposta por Amartya Sen⁴. Para ele, a expansão sustentada das liberdades democráticas, mais do que o crescimento econômico, deve constituir o objetivo final do desenvolvimento: certamente é o meio, mas, sobretudo, deve ser o fim. Para ele, liberdade é desenvolvimento. Entre as liberdades substantivas que compõem, nessa perspectiva, o desenvolvimento, constam, em primeira linha, a participação política, o acesso à educação e à assistência em saúde. Uma tal concepção redundante, enfim, no fortalecimento da cidadania.

2.30s Princípios do SUS - com destaque para a Equidade

A Constituição da República, assim como as chamadas Leis Orgânicas da Saúde⁵ consagram a saúde como direito de "todos" e dever do Estado, estipulando como seus princípios e diretrizes a Universalidade, a Equidade, a Integralidade, a Descentralização, a Hierarquização e Regionalização e a Participação. Assim, o acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal em cobertura, se estendendo a toda a população, aos habitantes dos centros urbanos e aos do campo, às minorias, às populações isoladas, aos negros, ribeirinhos, indígenas, aos prisioneiros, aos assentados, aos excluídos sociais e outros segmentos. A Universalidade se coaduna com a Integralidade, significando o direito de todos a uma atenção que inclui todos os níveis de complexidade, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, sempre que necessário.

O conceito da Equidade, por sua vez, representa o aprofundamento do princípio de igualdade formal de todos diante da lei. Ele implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que são diferentes sejam tratados de forma especial ou diferente. No Brasil, país multi-étnico e multicultural, que reconhece essa diversidade na sua própria Carta Constitucional, a igualdade de direitos não pode representar a homogeneização de tratamento de indivíduos e de povos. Ao contrário, deve significar o reconhecimento das múltiplas originalidades, das diferenças que constituem as diversas identidades, com todas suas formas de expressão específicas. Assim, o

⁴ A. SEN (2000), do Bangladesh, recebeu o Prêmio Nobel de Economia em 1998.

⁵ Leis, Nº 8080 e Nº 8142 de 1990.

tratamento eqüitativo requer uma adequação das práticas e serviços, em conformidade com tais diferenças.

A Eqüidade configura um princípio de justiça redistributiva, proporcional, que se pauta mais pelas necessidades de pessoas e coletivos e por um senso reparador de dívidas, do que pela sua igualdade formal diante da lei. O seu reconhecimento como substância fundamental da justiça é muito antigo e também muito atual. Assim, Aristóteles (384 – 322 A.C.) deu o nome de “eqüidade” à justiça que não fica fechada por fórmulas rígidas, mas é sensível aos casos não previstos na lei. Identificava nela a função de corrigir o que ele considerava como um ponto fraco da Lei: a sua generalidade inflexível, que não permite prever todos os casos (ARISTÓTELES, 1985: Livro V). De outra parte, John Rawls, filósofo contemporâneo (1921 – 2002), refere-se à “desigualdade justa” inerente à eqüidade: “o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente” (RAWLS, 2000). A eqüidade, enfim, com sua dimensão de autêntico imperativo ético, constitui princípio nuclear da justiça social e dos direitos humanos e é um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde.

2.4 Raça e Medicina

O tema das implicações médicas das diferenças raciais é controvertido, principalmente pelas ambigüidades e relativismos que habitam a noção de raça, como foi indicado no início deste texto. Hamman & Tauil (Brasil. Ministério da Saúde, 2001) e os seus colaboradores na elaboração do “Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente”, publicado e distribuído pelo Ministério da Saúde, advertem, na apresentação dessa obra, não ter sido fácil a distinção desse grupo de doenças das derivadas de condições socioeconômicas (incluindo maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, a diagnóstico precoce, a tratamento). A anemia falciforme, a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e a diabetes mellitus são as doenças para as quais as evidências científicas são mais consolidadas quanto a sua maior freqüência na população negra brasileira, por razões étnicas.

De uma série de artigos sobre a questão da relação entre raça e doenças, na edição de março de 2003, do *New England Journal of Medicine*⁶, um grupo da Stanford University, liderado por Neil Risch, afirma que grupos raciais ou étnicos (geográfica, ambiental ou culturalmente definidos, vivenciando experiências distintas que afetam a saúde) podem diferir entre si geneticamente e que essas diferenças podem ter relevância médica. O grupo cita um estudo mostrando que a taxa de complicações do diabete de tipo 2 varia de acordo com a raça, mesmo levando-se em conta disparidades de educação e de renda. Entretanto, o fato de fazer parte de uma categoria pode também refletir fatores não genéticos (como no caso dos denominados “negros” da região amazônica), sendo isso também relevante para os médicos.⁷

⁶ Apud *Scientific American*, 2003, disponível em <<http://www2.uol.com.br/sciam/>> (acesso em 21/07/2004)

⁷ Cf. a matéria de Nicholas WADE, « Race Is Seen as Real Guide to Track Roots of Disease » no *blog: Biological Significance of Race* em: <<http://threehegemons.tripod.com/threehegemonsblog/id139.html>> (acesso em 27/07/2004)

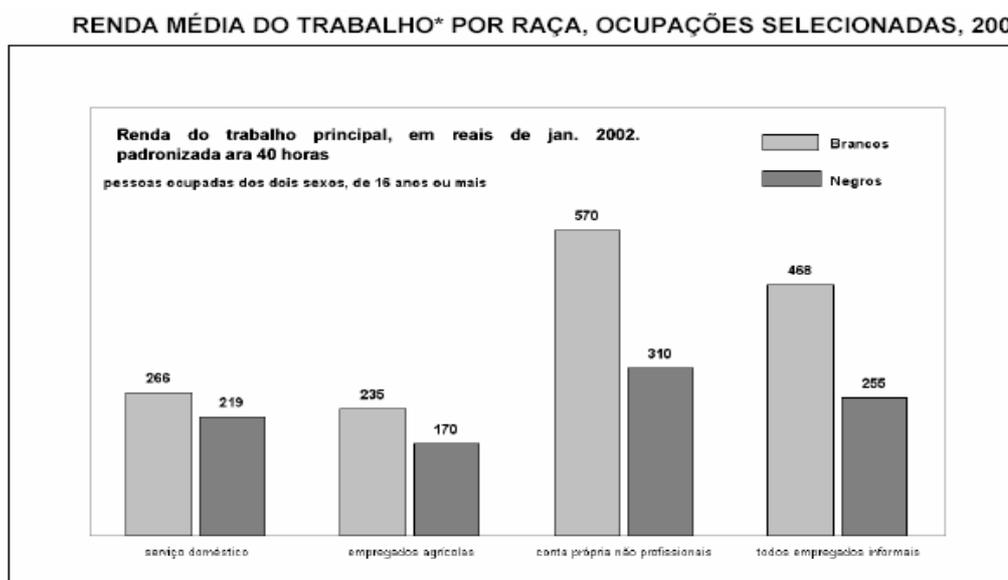
2.5 Polêmica Pobreza versus Raça/Cor

É freqüente reduzir a explicação das desigualdades sociais no Brasil a um fenômeno unicamente socioeconômico, de classe. Dispensa-se, assim, a necessidade do recorte racial nas políticas específicas visando superar essas desigualdades. Assim sendo, uma medida como o incremento do acesso geral ao ensino público é apontada como sendo potente o suficiente para desencadear soluções para os “eventuais” problemas de desigualdades raciais.

No entanto, diversos trabalhos de síntese de pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA -, como MARTINS (2004), HENRIQUES (2001) e de OSÓRIO (2003), têm demonstrado a distribuição desigual dos grupos raciais na hierarquia social e econômica brasileira. Martins, por exemplo, reconhecendo a participação importante que o fator educação/escolaridade tem na geração de desigualdades de renda, demonstra estatisticamente que não se pode atribuir exclusivamente a ele a amplitude das diferenças encontradas.

Mudar esse quadro das iniquidades do Brasil requer comprometimentos institucionais e éticos, envolvendo tanto os gestores, quanto os trabalhadores da saúde. Considerando que a discriminação salarial espelha outras expressões da discriminação e apostando na força persuasiva e eticamente mobilizadora dessas demonstrações, optamos por citar alguns trechos do trabalho de MARTINS (2004:37 ss) que desmontam esse equacionamento reducionista da problemática do racismo à problemática da pobreza.

“É difícil acreditar... que possam ser imputadas à educação as disparidades de renda entre brancos e negros empregados no serviço doméstico ou na agricultura, ocupados como conta própria não profissionais ou técnicos, ou mesmo no conjunto dos assalariados informais. Essas categorias são notoriamente pouco exigentes em seus requisitos educacionais, e é pouco provável que os brancos nelas incluídos tenham níveis de escolaridade significativamente diferentes daqueles dos negros nas mesmas ocupações”.



Fonte: Roberto Martins, Relatório apresentado à OIT Brasil (abril de 2003)

Apud MARTINS, 2004: 37.

Martins realiza vários exercícios estatísticos que “sugerem fortemente a ocorrência de discriminação salarial”, aspecto reforçado pela observação “de algumas situações de remuneração mais alta dos brancos mesmo quando comparados a negros com níveis mais altos de escolaridade”. Ele chama a atenção para as séries temporais, que “não indicam nenhuma tendência de convergência dos níveis de remuneração” – a desigualdade persiste independentemente de eventuais momentos melhores da economia.

RENDA* DO TRABALHO : NEGROS COMO PORCENTAGEM DOS BRANCOS DO MESMO SEXO, POR ESCOLARIDADE, 1992-2001

Gênero e faixa de escolaridade	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2001
Todos Negros								
0 a 3 anos	71	71	66	69	68	70	69	71
4 a 7 anos	73	70	74	70	71	72	72	74
8 a 10 anos	70	72	78	72	69	74	74	73
11 a 14 anos	71	70	69	68	68	68	69	68
15 anos ou mais	74	77	72	72	74	74	77	73
Homens Negros								
0 a 3 anos	70	69	62	66	67	68	68	68
4 a 7 anos	71	70	73	69	71	72	71	71
8 a 10 anos	71	71	78	74	67	72	73	73
11 a 14 anos	72	71	70	70	67	69	72	67
15 anos ou mais	73	76	71	74	73	76	84	73
Mulheres Negras								
0 a 3 anos	73	72	72	74	72	72	70	75
4 a 7 anos	75	73	74	72	73	75	74	79
8 a 10 anos	69	76	79	71	78	80	76	73
11 a 14 anos	73	70	70	69	68	69	68	70
15 anos ou mais	81	84	78	70	79	74	73	76

Fonte : Roberto B. Martins. *Desigualdades e Discriminação de Gênero e de Raça no Mercado Brasileiro de Trabalho no final do século XX. Relatório apresentado à OIT Brasil (abril de 2003).*

Nota: (*) Renda média mensal de todos os trabalhos, em reais de janeiro de 2002, padronizada para 40 horas semanais. Inclui todos os ocupados com remuneração, de 16 anos ou mais (*Apud* MARTINS 2004: 38).

RENDA* DO TRABALHO, POR GÊNERO E RAÇA, COM ESCOLARIDADE DEFASADA, 1992-2001

	Homens Brancos			Homens Negros			Mulheres Brancas			Mulheres Negras		
	0 a 3	4 a 7	%	4 a 7	8 a 10	%	0 a 3	4 a 7	%	4 a 7	8 a 10	%
	1992	318	336	106	470	452	96	218	213	98	283	290
1993	318	334	105	478	456	96	214	205	96	283	294	104
1995	404	411	102	561	588	105	279	273	98	370	360	97
1996	398	405	102	584	588	97	300	280	93	391	352	90
1997	389	394	101	558	513	92	295	263	89	359	352	98
1998	370	382	103	531	507	95	300	267	89	357	358	100
1999	341	354	104	500	486	93	289	255	88	343	313	91
2001	341	341	100	481	446	93	274	264	96	332	307	92

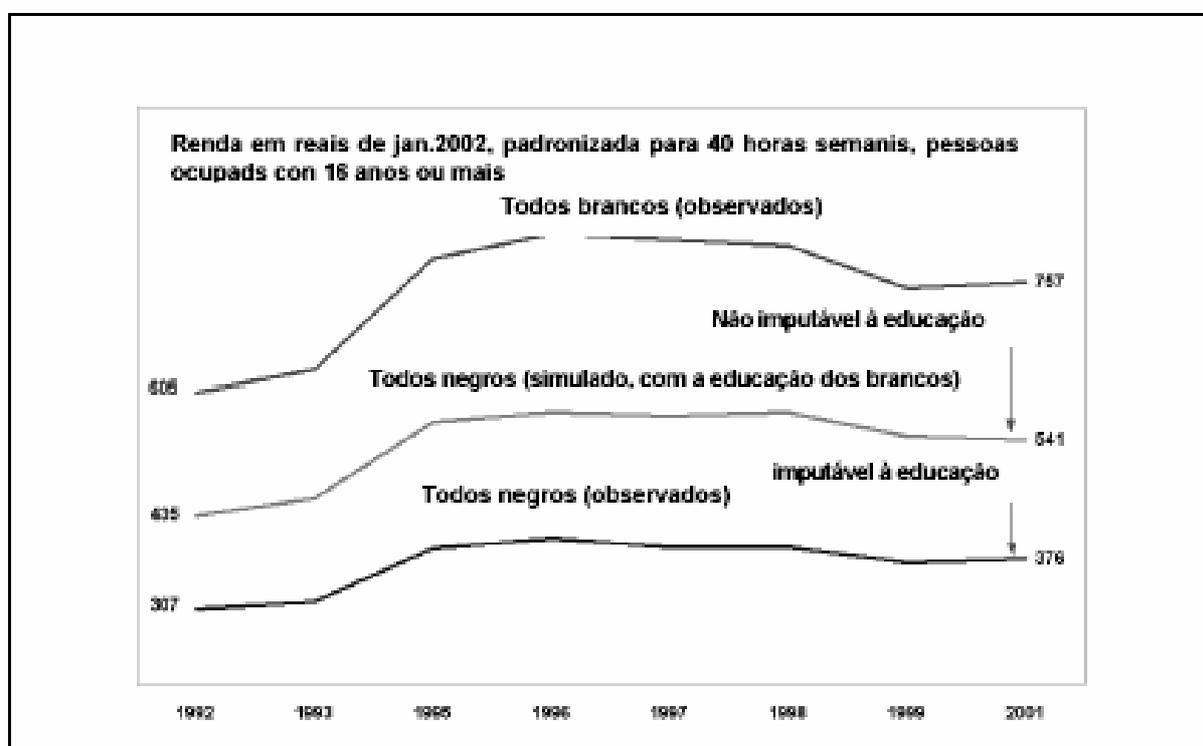
Fonte : Roberto B. Martins. *Desigualdades e Discriminação de Gênero e de Raça no Mercado Brasileiro de Trabalho no final do século XX. Relatório apresentado à OIT Brasil (abril de 2003).*

Nota: (*) Renda média mensal de todos os trabalhos, em reais de janeiro de 2002, padronizada para 40 horas semanais. Inclui todos os ocupados com remuneração, de 16 anos ou mais (*Apud* MARTINS 2004: 39).

Recorrendo a simulações contrafactuais, em que atribui aos negros o mesmo perfil educacional dos brancos, mantendo os diferenciais observados de remuneração em cada faixa de escolaridade, Martins decompõe a diferença total das médias em duas parcelas, uma imputável às diferenças educacionais e outra que não é explicada pela educação, devendo ser atribuída a “outras causas”.

Suas simulações demonstram “que as disparidades educacionais (que são geradas fora do mercado de trabalho), embora grandes e persistentes, são responsáveis por menos da metade dos hiatos observados na remuneração média”. “A maior parcela dessas diferenças é gerada no mercado de trabalho, e é causada por outros fatores, entre os quais se incluem certamente a segmentação ocupacional e um forte componente de discriminação salarial baseada na raça” (p. 40).

SIMULAÇÃO CONTRAFCTUAL: TODOS NEGROS X TODOS BRANCOS



Fonte: Roberto Martins, Relatório apresentado à OIT Brasil (abril de 2003)

**PERCENTUAIS DOS HIATOS DE RENDA DO TRABALHO NÃO CAUSADOS
PELAS DIFERENÇAS EDUCACIONAIS***

	Todos negros x Todos brancos	Homens negros x Homens brancos	Mulheres negras x Mulheres brancas
1992	57	56	53
1993	55	54	51
1995	56	55	54
1996	58	55	59
1997	57	57	54
1998	55	52	55
1999	54	48	58
2001	57	56	55

Fonte : Roberto B. Martins. *Desigualdades e Discriminação de Gênero e de Raça no Mercado Brasileiro de Trabalho no final do século XX. Relatório apresentado à OIT Brasil (abril de 2003)*

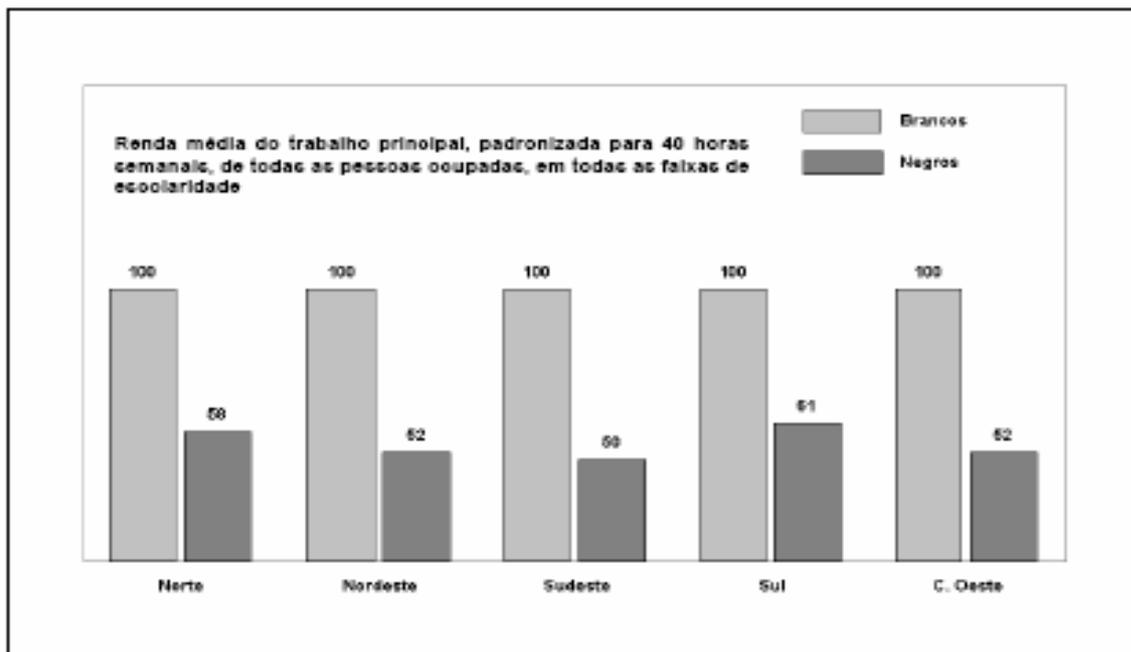
Nota: (*) Simulação: Renda média dos negros, com o perfil educacional dos brancos do mesmo sexo e sua própria remuneração em cada faixa de escolaridade (*Apud. MARTINS, 2004: 39 - 40*).

Martins não duvida em generalizar, afirmando que as diferenças de renda são integralmente causadas por discriminação e exclusão racial. Identifica a decomposição analítica que faz (em parcelas imputáveis à educação e parcelas imputáveis a outros fatores) com a pura e simples separação entre os efeitos da discriminação/exclusão presente, dos efeitos da pretérita:

“Pois a disparidade hoje observada na educação não é outra coisa senão a manifestação presente de exclusões ancestrais, de discriminações passadas transmitidas de geração a geração, em cadeias de causalidade que remontam à época do tráfico e da escravidão, e que incluem não apenas a negação do acesso à educação, mas também à renda, à propriedade, à acumulação de riqueza, ao poder político e à própria cidadania. Não obstante, a decomposição é importante. Não se trata de hierarquizar, em uma escala ética, mazelas do presente e mazelas do passado, e sim de identificar dimensões distintas de um mesmo problema, que se interpenetram e se combinam para gerar as iniquidades de hoje, mas que certamente demandam abordagens e políticas distintas para seu enfrentamento” (MARTINS, 2004:40).

O pesquisador fecha o seu arrazoado com a constatação que a disparidade refletida nas médias nacionais de remuneração está presente em todas as regiões, independentemente da heterogeneidade da distribuição da população, do nível de desenvolvimento ou das condições específicas do mercado de trabalho. Evidencia, também, que as variações regionais são relativamente pequenas.

RENDA DO TRABALHO DOS NEGROS COMO PORCENTAGEM DOS BRANCOS, POR REGIÕES, 2001



Fonte: Luclana Jaccoud e Nathalie Beghin. *Desigualdades Raciais no Brasil*.

(Apud MARTINS, 2004: 41).

2.6 Racismo

É a atribuição de estatutos intelectuais e morais inferiores/superiores a grupos humanos/étnicos específicos (RELATÓRIO, 2001). Enquanto ideologia, o racismo já norteou até a elaboração de leis e de políticas neste país⁸. E, até hoje, essa ideologia continua influenciando práticas sociais as mais diversas⁹. Para isso não se requer "que o agente possua destreza ou domínio científico ou retórico dos teoremas raciais, muito menos filiação de longa data ou engajamento político-ideológico às teorias raciais, tampouco que produza uma ação movida por ódio racial e que esta seja dirigida ao grupo racial no seu todo, bastando que tal "prática" reflita o conteúdo nuclear da "ideologia", uma prática baseada em critério racial, que tenha como finalidade ou efeito a violação de direitos individuais ou coletivos" (RELATÓRIO, 2001).

2.7 Preconceito

É a idéia ou opinião preconcebida, formada sem maior conhecimento, sem consideração dos argumentos ou dos sentimentos das pessoas que sofrem o

⁸ O Primeiro Código Penal da República criminalizava a capoeira; o Decreto-lei nº 7.967/1945 (artigo 2º) instruiu a política imigratória, dispondo que o ingresso de imigrantes dar-se-ia tendo em vista "a necessidade de preservar e desenvolver, na composição étnica da população, as características mais convenientes da sua ascendência européia." A promulgação da Lei Affonso Arinos, em 1951, testemunha o reconhecimento da existência do racismo.

⁹ Vejam-se, como exemplos recentes, as acusações de racismo a organismos governamentais, em novembro de 2001 (em <http://www.jfrs.gov.br/decisoes/aord02.htm>) e em março de 1992 (cf. <http://www.nen.org.br/casos.htm>).

preconceito. O preconceito, muitas vezes, se antecipa aos fatos e chega a contrariá-los. No caso do preconceito racial, no Brasil, ele pode ser exteriorizado como suspeita, desconfiança, intolerância, medo, aversão, às vezes ódio a pessoas ou coletivos, sob pretexto do aspecto ou das marcas físicas (fenotípicas) e/ou culturais, que os identificam como de uma raça ou etnia.

Exemplo comum de preconceito é a presunção de que os negros ocupem sempre posições inferiores ou marginais na hierarquia social, como se essas fossem suas posições naturais. É a presunção infundada de criminoso que, em diversos ambientes, se articula ao olhar e ao tratar com desconfiança a homens negros, considerados desconhecidos, ou a presunção de que mulheres negras ou são empregadas domésticas ou insolventes econômicas¹⁰.

Não é por acaso, então, que a Lei nº 7.716, de 05/01/1989 (atualizada em 1990 e 1997), que define os crimes resultantes de preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional, destaque o impedimento ou obstrução de acesso a cargos ou empregos, aos espaços físicos de instituições e estabelecimentos públicos e privados, comerciais ou de serviços. A lei refere-se também à prática, à indução ou incitação à discriminação ou preconceito e determina as penalidades.¹¹

2.8 Discriminação

Refere a atitude e/ou conduta (por ação ou omissão) que viola direitos das pessoas pelo prejulgamento e explicitação de estereótipos de raça, sexo, idade, religião, ascendência nacional, origem social, opinião política, entre outros motivos. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 1966, aponta para toda atitude que nega a indivíduos ou grupos um tratamento igualitário. A expressão discriminação racial significa "distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto ou resultado anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em um mesmo plano (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública" (Parte I, Art. 1º).

A discriminação assume diversas formas. Pode ser direta ou manifesta quando é claramente expressa, com recurso a regras ou códigos que estabelecem distinções e preferências que salvaguardam espaços de poder e propiciam a exclusão explícita de indivíduos ou segmentos sociais. Proibir a

¹⁰ São paradigmáticos, nesse sentido, os episódios ocorridos em Brasília, noticiados em fevereiro e março de 2004, em que negros do movimento social ou que no atual governo foram conduzidos a posições proeminentes de governo foram preconceituosamente tratados: 1) representantes quilombolas que não foram aceitos em pensão porque «iriam sujar os lençóis» ; 2) setes ilustres dirigentes negras foram destratadas como suspeitas de não terem com que pagar a conta no Hotel Nacional de Brasília; 3) um secretário executivo do Ministério dos Esportes foi levado, com seu sobrinho, para ser revistado pela polícia. "Eles estavam de bermuda, camiseta e sandália. E surgiram do nada, naquele horário, em frente a um hotel cinco estrelas. Tinha o direito de desconfiar», declarou o motorista do táxi, autor do ato preconceituoso.

¹¹ Vale ressaltar que o espírito generalista da lei não pode ser prejudicado pela opção do redator desta lei, talvez para fins didáticos, de detalhar os espaços onde não pode ocorrer discriminação. É insensato pensar que teria espaços onde a discriminação racial seria permitida.

entrada de pessoas negras num clube, por exemplo. A discriminação, que altera a igualdade de oportunidades e tratamento em matéria de emprego ou profissão, foi proibida por normas internacionais da ONU, Convenções da OIT 100 e 111 sobre igualdade de remuneração e eliminação da discriminação no emprego e na profissão, respectivamente. Essa última convenção foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro, pelo Decreto nº 62.150, de 1968.

No âmbito nacional, é a própria Constituição de 1988 que bane dos objetivos da República toda forma de preconceito e discriminação, como exposto adiante.

Há, de outra parte, a discriminação encoberta ou indireta. Mediante recurso a dispositivos que aparentam neutralidade (como idéias e práticas informalmente admitidas, influenciando um comportamento "usual" e "válido"), ela cria desigualdades entre pessoas com condições em princípio idênticas. Essa forma é a mais comum no Brasil e é a de mais difícil caracterização até por quem é vítima, pois se dá mediante sutilezas. Envolve as situações em que as pessoas são expostas a constrangimento, atingidas em sua dignidade de pessoa humana, seja pela evocação de clichês pejorativos que têm a ver com a cor ou etnia, dos quais existe um repertório bastante difundido e de indigna recordação, ou de outros expedientes, como os anúncios solicitando empregadas com "boa aparência", o uso diferenciado de elevadores por quem é morador/visitante e por quem é empregado(a) doméstico(a) ou servidor(a) de estrato socioeconômico desvalorizado¹².

A discriminação racial no Brasil é um fenômeno generalizado, mas de difícil abordagem. Escola e mídia apresentam um modelo branco de valorização. O acesso aos espaços políticos, aos bens sociais, à produção do pensamento, à riqueza, tem sido determinado por uma lógica de regime escravocrata. Os espaços de prestígio para os negros são reduzidos. Há uma tradição, com a qual é preciso romper, de raramente reconhecer os negros em suas atividades, salvo quando provam potência física, esportiva ou artística. Vale lembrar o viés de inédito, de excepcional, dado pela imprensa às recentes projeções de personagens negros a altos cargos do Executivo e do Judiciário.

Há também um uso, com sinal positivo, do termo discriminação. A Convenção Internacional as prevê nos seguintes termos: "Não serão consideradas discriminação racial as medidas especiais tomadas com o único objetivo de assegurar o progresso adequado de certos grupos raciais ou étnicos ou de indivíduos que necessitem da proteção que possa ser necessária para proporcionar a tais grupos ou indivíduos igual gozo ou exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais, contanto que tais medidas não conduzam, em consequência, à manutenção de direitos separados para diferentes grupos raciais e não prossigam após terem sido alcançados os seus objetivos". "Um termo que hoje se usa com maior aceitação é o de "ações afirmativas" (ver adiante).

¹² Ver casos de discriminação julgados na Justiça, nos *sites* <http://www.jfrs.gov.br/decisoes/aord02.htm>; <http://www.nen.org.br/casos.htm>.

2.9 Intolerância/Tolerância

É o não reconhecimento da possibilidade de outra verdade, outros valores, outras preferências, sentimentos, gostos, expressões (religiosas, artísticas, culinárias...), formas de falar, de se vestir que não sejam iguais ou similares aos próprios. Contrariamente, a tolerância "é o respeito, a aceitação e a apreço da riqueza e da diversidade das culturas de nosso mundo, de nossos modos de expressão e de nossas maneiras de exprimir nossa qualidade de seres humanos. É fomentada pelo conhecimento, a abertura de espírito, a comunicação e a liberdade de pensamento, de consciência e de crença. A tolerância é a harmonia na diferença. Não só é um dever de ordem ética; é igualmente uma necessidade política e jurídica. A tolerância é uma virtude que torna a paz possível e contribui para substituir uma cultura de guerra [ou violência] por uma cultura de paz"¹³.

2.10 Democracia Racial

É a ideologia, de longa e complexa urdidura, iniciada durante o regime colonial, cunhada por várias obras e autores brasileiros e brasilianistas (isto é, de pesquisadores estrangeiros sobre o Brasil), que reza que a escravidão no país teria sido "cordial", "mais branda" ou "afetuosa", do que em outros países. A obra mais conhecida a esse respeito é *Casa Grande e Senzala*, do sociólogo-romancista pernambucano Gilberto Freire, responsável por difundir uma visão idílica, afetuosa, da escravidão e da "civilização do engenho" de açúcar.¹⁴

Fenômenos culturais centrais para identidade brasileira, como são o carnaval e o futebol, participam fortemente dessa construção/ilusão da democracia racial. Um outro fator condicionante dessa visão é o enfoque comparativo do caso brasileiro com os regimes escravistas de outros países, onde os níveis de violência inter-racial foram ou são ainda bem maiores, com manifestações abertas de racismo e segregação legalizada (como ocorreu nos Estados Unidos e na África do Sul).

A ausência ou raridade desses extremos tem favorecido que a "maioria dos brasileiros brancos tenda a subestimar, ou mesmo a descartar inteiramente, o papel do componente racial na geração e na manutenção dos altíssimos níveis de desigualdade que se observam no país. Apesar de conviver cotidianamente com disparidades flagrantes e permanentemente reiteradas, grande parte dos brasileiros ainda se apegam tenazmente ao mito, profundamente arraigado, de que seu país é uma "democracia racial", com oportunidades iguais para todos, independentemente de sua raça ou cor da pele.

"O mesmo acontece, em grande medida, em muitas organizações e instituições-chave da sociedade civil, como os partidos políticos (incluindo a esquerda), os sindicatos, as igrejas e os movimentos populares, mesmo aqueles

¹³ Declaração de Princípios sobre a Tolerância. Unesco, 1995. Para maior aprofundamento do tema, nas suas múltiplas manifestações, acessar os textos do Seminário Internacional Cultura e (in)Tolerância, realizado em 2003, em São Paulo, acessíveis no *link* "conferências", do *site*: <http://www.sescsp.org.br>.

¹⁴ Muitos outros autores também participaram nessa construção. Para um enfoque aprofundado e referências: MARTINS, 2004:81, 2001. MARX [1997].

genuinamente comprometidos com a luta pela democracia e pela justiça social. As raras vozes dissidentes, como de alguns poucos intelectuais e organizações negras, permanecem circunscritas a esferas bastante limitadas. São freqüentemente vistos, e algumas vezes acusados, como portadores de visões exóticas, "importadas" e certamente "não brasileiras" (MARTINS, 2004: 81-82).

Certamente, a idéia de uma democracia racial é uma plausível meta a ser alcançada, merecendo ficar como norte dos esforços para mudar a realidade opressiva, não como mecanismo ficcional para velá-la e mantê-la.

2.11 Racismo Institucional

É conceituado como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas com certos marcadores grupais de cor, cultura origem étnica ou regional. O que caracteriza esse tipo de racismo é que ele extrapola as relações interpessoais e ocorre à revelia das boas intenções individuais, implicando o comprometimento dos resultados de planos e metas de instituições, gestões administrativas e de governo¹⁵.

Ele pode estar embutido em decisões de gestão, normas organizacionais, medidas disciplinares, leis e outros expedientes que denotam discriminação resultante de preconceito inconsciente, desinformação, falta de atenção, aplicação de estereótipos racistas. Pode ser detectado em falas de gestores, representantes de Estado, funcionários e servidores de instituições públicas e privadas. Pode estar presente, de forma mais ou menos velada, em opiniões, alusões, referências, atitudes e comportamentos pré-estabelecidos, que propiciam ou reforçam desigualdades de pessoas e minorias étnicas em desvantagem.

Enfim, o racismo institucional pode se apresentar em qualquer manifestação que atinja a dignidade de indivíduos ou de coletivos étnicos ou grupais de outra natureza. Aspectos como a expressão religiosa e ritual, as preferências alimentares, usos e costumes de se expressar, vestir e se apresentar, por exemplo, podem estar implicados.

O conceito de racismo institucional tem um importante valor operacional ao apontar, de uma parte, para a necessidade de um arcabouço político e institucional que atue na contramão, como antivetor das práticas racistas, rompendo com a inércia das instituições e organizações frente às evidências das desigualdades raciais. As estatísticas assinalam o fracasso da atuação institucional, mas os membros das instituições resistem a reconhecer as suas prática como racistas. Resistem a rever em profundidade a organização, o funcionamento, os valores que estão na base das condutas e comportamentos que tendem a inviabilizar resultados mais eqüitativos das ações. O sociólogo Florestan Fernandes (apud CARDOSO DE OLIVEIRA, 1997), pioneiro das pesquisas sobre as relações inter-raciais no Brasil, chamou a atenção para grande vergonha que representa para os brasileiros o ter preconceito, o seu "preconceito de ter preconceito".

De outra parte, uma potência importante do conceito de racismo institucional é abrir a possibilidade de responsabilização coletiva da instituição

¹⁵ Alguns autores, como ALVES (2002), preferem a expressão "racismo estrutural".

pela prática de racismo. Nesse sentido, ele conflui com as vantagens dos sistemas de auditoria, ao propiciar a verificação e a avaliação dos procedimentos utilizados pela organização, permitindo o aconselhamento e preparação do corpo administrativo e funcional da entidade e, eventualmente, sua punição, com vistas a avanços efetivos na equidade.

2.12 Ações Afirmativas

São chamadas também ações positivas, de reparação ou políticas compensatórias e são concebidas e implementadas no intuito de mitigar prejuízos causados e acumulados historicamente a segmentos da população, apoiando-os no processo de desmontar os fatores de iniquidade, subordinação, exclusão que os afligem. O seu objetivo é incidir na vida das pessoas com medidas de "empoderamento", de modo a incrementar a democracia.

Constituem uma estratégia diante da evidência da insuficiência da mera proibição da discriminação e da implantação de políticas universalistas, como o demonstra a persistência das diferenças nos indicadores, ao longo dos anos, de regimes políticos e governos. As ações afirmativas explicitam a determinação dos gestores de corrigir essas diferenças mediante esforços complementares aplicados em determinados campos das políticas públicas.

A Declaração e o Plano de Ação da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada pela Organização das Nações Unidas, em Durban, em 2001, solicitam "que os Estados, apoiados pela cooperação internacional, considerem positivamente a concentração de investimentos adicionais nos serviços de saúde, educação, saúde pública, energia elétrica, água potável e controle ambiental, bem como outras iniciativas de ações afirmativas ou de ações positivas, principalmente, nas comunidades de origem africana"¹⁶. Nesse mesmo sentido, exortam as instituições de financiamento e de desenvolvimento, os programas operacionais e as agências especializadas das Nações Unidas, de acordo com seus orçamentos ordinários e com os procedimentos de seus órgãos diretores, a alocar recursos adicionais a esses serviços.

2.13 Empoderamento

Por empoderamento (*empowerment*) entende-se o processo capaz de incrementar a autonomia e independência em sujeitos (individuais ou coletivos) que historicamente foram inferiorizados, discriminados, excluídos, marginalizados, oprimidos, submetidos à dependência. No empoderamento, esses sujeitos passam a expressar, a adquirir, desenvolver, acumular e exercer habilidades, sabedorias e formas de expressão, a utilizar destrezas ou

¹⁶ Os parágrafos 5 e 33 do Programa de Ação da III Conferência Mundial contra o Racismo (CONFERÊNCIA, 2001), referem especificamente os afro-descendentes. Ações afirmativas em saúde estão também recomendadas nos de nº 8 (c), 100, 101, 110, 111, 133, 154, 158, 176, do Programa de Ação da III Conferência Mundial contra o Racismo... CONFERÊNCIA, 2001.

tecnologias próprias ou acessar novas tecnologias, conquistando, assim, maior presença nos espaços de decisão política.

O empoderamento é de sinal positivo, não estando orientado à dominação nem à expropriação de outros sujeitos. Objetiva transformações, norteadas pela justiça, nas condições de hierarquização nas relações sociais, para o melhoramento generalizado da qualidade de vida e a efetivação da democracia.

3.Contextualização Histórica dos Direitos da População Negra

3.1Políticas de Estado e Movimento Social

Ao longo de mais de 300 anos, o Brasil importou mais de 4 milhões de africanos na condição de escravos e com a sua força de trabalho construiu a sua base produtiva. Tal condição situou essas pessoas nas antípodas da cidadania. "O negro escravizado não tinha direitos, mesmo porque era considerado juridicamente como coisa" (FAUSTO, B. 2001: 26). Contrariamente ao que se imagina, com a abolição formal da escravatura, há 116 anos, a grande maioria dos afrobrasileiros, em lugar de se tornarem sujeitos efetivos dos direitos reconhecidos aos outros cidadãos, passaram a acumular mais desigualdades e desvantagens. Foram, na sua grande maioria, marginalizados do mundo do trabalho, deixados sem moradia, relegados, nos melhores casos, ao desempenho de serviços extremamente mal remunerados, que não exigiam qualificação, algo a que nunca tinham tido acesso. De escravos passaram a desempregados, considerados vadios, inferiores, propensos ao crime.

A própria Abolição, em que pese a eloquência humanista, iluminista, dos discursos da elite política que a defendia, teve em grande medida um caráter preventivo, de defesa econômica das oligarquias. A grande questão era que o sistema produtivo escravista enfrentava o esgotamento de suas possibilidades, espreitado, no plano nacional, pelo incremento dos atos de resistência e fuga de escravos, e, no plano internacional, pelas mudanças político-ideológicas quanto aos sistemas de governo e de organização econômica (o republicanismo e a revolução industrial).

A promoção oficial e subsidiada da imigração, nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do XX, configurou, na prática, uma opção pelo branqueamento eugenista da composição da força de trabalho e da população em geral¹⁷. Para os negros, ela representou no dizer de um poeta: "liberdade sem asas e fome sem pão"¹⁸. Não houve medidas específicas visando corrigir a desigualdade. Pelo contrário, "fruto em parte do preconceito, essa desigualdade acabou por reforçar o próprio preconceito contra o negro" (FAUSTO, 2001:124). O aspecto mais marcante do que ocorreu com a grande maioria da população negra, daí em diante, foi a reprodução ou o agravamento de suas condições de vida e a sua invisibilização. Para esse processo de ocultamento de sua verdadeira situação, em muito contribuíram obras sociológicas e literárias, fortemente prestigiadas nos âmbitos nacional e internacional, nas quais foram romantizadas as relações inter-raciais, durante e após o regime de escravidão, dando lugar ao

¹⁷ Para um aprofundamento e referências sobre o processo do branqueamento cf. DOMINGUES, 2002.

¹⁸ OLIVEIRA SILVEIRA, citado em <http://www.comciencia.br/reportagens/negros/03.shtml>

surgimento e consolidação do mito da existência de uma democracia racial no Brasil.

A negação da subjetividade dos negros continua se exprimindo até hoje, nas imagens que os representam nas artes plásticas e, particularmente, na fotografia e na mídia. Eles aparecem predominantemente caracterizados pelas funções subordinadas e pior remuneradas (nas telenovelas), ou pela relação com o crime (na seção policial dos jornais). Quando há reconhecimento, raramente é por méritos morais e/ou intelectuais, mas como tipos físicos denotando força, exotismo e jeito de corpo (no esporte, na moda), ou habilidade musical (samba).

As manifestações mediante as quais começaram a aparecer questionamentos ao racismo no Brasil ocorreram no âmbito da produção cultural¹⁹ e no dos estudos acadêmicos sobre as relações raciais no Brasil, iniciados na Universidade de São Paulo²⁰. Esses estudos, que demonstraram como o preconceito racial é constitutivo da sociabilidade na sociedade brasileira, no entanto, encontraram resistência entre os defensores da presumida democracia racial. A influência, no Brasil, do movimento pelos direitos civis dos negros, liderado por Martin Luther King, durante os anos 60, nos Estados Unidos, só passou a evidenciar seu impacto no Brasil no final dos anos 70. Durante a Ditadura Militar as manifestações a respeito foram reprimidas e até o quesito raça/cor, uma tradição censitária que remonta ao primeiro censo, em 1872, foi excluído do censo de 1970²¹.

3.1.1 Interações entre Movimentos Sociais e Espaços Governamentais

Em 1978, subsequente a um ato público contra a discriminação e a violência, que, ao longo dos anos, faz dos negros suas vítimas preferenciais, foi criado, em São Paulo, o Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial (MNUCDR), posteriormente denominado Movimento Negro Unificado – MNU²². Nos anos que se seguiram, vimos o surgimento crescente de instituições de pesquisa, de defesa dos direitos, e de agremiações artísticas e musicais diversas voltadas para a questão negra, pelos mais diversos lugares do país: Rio de Janeiro, Maranhão, Pará, Bahia, Amazonas, Mato Grosso do Sul. A celebração, inicialmente no seio do Movimento, do 20 de novembro, data comemorativa do assassinato de Zumbi dos Palmares, como Dia Nacional da Consciência Negra, com um sentido contestatório ao dia 13 de Maio, comemorativa da Abolição, vem sendo, a cada ano, uma oportunidade de importante fortalecimento do movimento social pelos direitos dos negros.

¹⁹ IANNI (2004) destaca o importante papel do teatrólogo Abdias Nascimento.

²⁰ Pela chamada escola sociológica paulista, entre cujos pioneiros constam os nomes de Caio Prado Junior, Florestan Fernandes, Roger Bastide, Oracy Nogueira, Otávio Ianni, Fernando Henrique Cardoso (IANNI, 2004).

²¹ Também não houve coleta de informação sobre cor nos censos de 1900 e 1920 (PETRUCCELLI, 1998).

²² Cf. <http://www.gtnegros.org/index.php?go=documentos> (Acesso em 25/07/2004).

Nos espaços institucionais, no entanto, o clamor pela equidade no tratamento da população negra começou a ecoar de maneira mais consistente, somente a partir da promulgação da Constituição da República de 1988. Com ela, a regulação política e social da nação renovou seus princípios fundamentais, estipulando a igualdade de direito, sem distinção de qualquer natureza, repudiando preconceitos de origem e raça, entre outros, e reconhecendo a existência do racismo ao puni-lo como crime inafiançável, sujeito à reclusão, nos termos da lei (Artigos. 3º, IV; 40, VIII; 5º, caput e inciso XLII).

A própria Carta Magna deflagra o mais importante movimento pela justiça em relação à população negra ao declarar tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos (Art. 216, § 5º) e reconhecer a propriedade definitiva das terras aos remanescentes das comunidades dos quilombos que as estejam ocupando, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos (Art. 68, das Disposições Transitórias). Logo mais, em 1989, a Lei 7.716, de 5 de janeiro – regulamenta o preceito constitucional (Art. 5º, § XLII), definindo os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

Um importante impulso, dentro do novo contexto constitucional, ocorreu com a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, em 1995. Houve, naquele ano, a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra, no âmbito do Ministério da Justiça, e, com essa medida, a introdução da questão racial na agenda governamental. A sua perspectiva geral era a formulação e a implementação de ações voltadas para o enfrentamento das desigualdades raciais.

Um balanço publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (JACCOUD & BEGHIN, 2002) referente a essa iniciativa, embora assinala algumas limitações, como “fragmentação, timidez e descontinuidade”, destaca os avanços ocorridos durante os anos anteriores à atual gestão:

1995

- Lei 9.029, de 13 de abril – Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos de admissão ou de permanência da relação jurídica de trabalho.

1996

- Lei 9.315, de 20 de novembro - Reconhecimento de Zumbi dos Palmares como Herói Nacional.
- Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. Cria o I Plano Nacional de Direitos Humanos - I PNDH (Ministério da Justiça).
- Grupo de Trabalho para Eliminação da Discriminação no Emprego e na Profissão – GTDEO (Ministério do Trabalho).

1997

- Lei 9.459, de 13 de maio de 1997 – Altera os arts. 1º e 20 da Lei 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou cor, e acrescenta parágrafo ao art. 14 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
- Programa “Brasil, Gênero e Raça” (Ministério do Trabalho).

2000

- Atividades preparatórias à participação do Brasil na III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata.

2001

- Participação do Brasil na III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban, África do Sul).
- Decreto nº 3.912, de 10 de setembro – Regulamenta o processo administrativo para a identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, delimitação, demarcação, titulação e registro imobiliário das terras por eles ocupadas.
- Criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - CNCD (Ministério da Justiça).

2002

- Decreto nº 4.229, de 13 de maio – Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos, criando o II Plano Nacional de Direitos Humanos - II PNDH (Secretaria de Estado de Direitos Humanos).
- Decreto nº 4.228, de 13 de maio de 2002 – Institui, no âmbito da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Ações Afirmativas (Secretaria de Estado de Direitos Humanos).
- Lei nº 10.558, de 13 de novembro de 2002 – Cria o Programa Diversidade na Universidade.

Com o impulso propiciado pela preparação e participação do Brasil na Conferência de Durban, vários ministérios começaram a desenvolver Ações Afirmativas voltadas para a população negra. O balanço do IPEA aponta que, no Ministério da Saúde, começou a se esboçar uma política de saúde para a população negra, mediante algumas ações entre as que destacam a publicação de um "Manual Técnico de Diagnóstico e Tratamento das Doenças da População Negra Brasileira", a criação de um Subcomitê de Hemoglobinopatias, o financiamento de um projeto de pesquisa clínica sobre Anemia Falciforme e a elaboração de um programa sobre essa patologia, cuja maior prevalência ocorre entre a população em questão.

Houve, também, uma determinação pela inclusão do quesito raça/cor nos formulários oficiais de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos. No campo da atenção primária, foi iniciada a contratação de membros da Comunidade Kalunga, remanescentes de quilombos, para atuarem como Agentes Comunitários de Saúde.

Com a posse do governo Luis Inácio Lula da Silva, foi desencadeado um processo de aprofundamento do compromisso pela efetivação da superação do hiato social condicionado pelo pertencimento étnico-racial, com medidas de justiça, com potência para afetar todas as esferas da organização e funcionamento social:

A Lei 10.639, de 9 de janeiro de 2003 passa a incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira".

Já a Lei 10.678, de 23 de maio de 2003, cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), da Presidência da República, com três subsecretarias: Planejamento e Formulação de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; Desenvolvimento de Programa de Ações Afirmativas e Articulação Institucional. Essa mesma Lei também cria o CNPIR – Conselho

Nacional de Promoção da Igualdade Racial, órgão colegiado e de caráter consultivo que integra a estrutura básica da SEPPIR.

Como parte de uma série de medidas centradas na questão quilombola, o Presidente assinou o "Decreto de 13 de maio de 2003", instituindo um Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de rever as disposições contidas no Decreto nº 3.912, de 10 de setembro de 2001, e propor nova regulamentação ao reconhecimento, delimitação, demarcação, titulação, registro imobiliário das terras remanescentes de quilombos, entre outras providências.²³

Em 13 de outubro de 2003, o Governo Federal e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) assinaram protocolo de intenções a fim de combater a pobreza, com ênfase nas desigualdades de raça e gênero. As ações previstas visam, sobretudo, o mercado de trabalho. Trata-se do Programa GRPE – Gênero, Raça, Pobreza e Emprego, que envolve inúmeros ministérios, sob coordenação da SEPPIR.

Por ocasião das comemorações do Dia da Consciência Negra (20/11/2003), na Serra da Barriga, União dos Palmares (AL), local onde tombou Zumbi de Palmares, em seu discurso o Presidente Lula afirmou que a sua intenção com a criação da SEPPIR é de que ela coordene, no governo federal, as interações com os governos estaduais e municipais "para que o Brasil, finalmente, possa inscrever o combate à discriminação no pacto federativo nacional, somando ações de diversos organismos".

Nessa mesma data o Presidente assinou três importantes Decretos relacionados à promoção da igualdade racial: o Decreto nº 4885, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR; o Decreto nº 4886, que institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PNPIR; e o Decreto nº 4.887, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Ainda como parte das ações relacionadas ao Dia da Consciência Negra, no âmbito do relacionamento entre Ministério da Saúde e SEPPIR, foi construído o Termo de Compromisso nº 1, que veio a ser assinado em 11 de dezembro de 2003. Sobre ele, ver o item 3.4, adiante.

3.2 O Brasil e as Convenções e Conferências Internacionais

Como membro da Organização das Nações Unidas – ONU - e da Organização dos Estados Americanos – OEA, o Brasil é signatário de diversas convenções do sistema global, do sistema especial e do sistema interamericano de proteção dos direitos humanos.

Uma das funções desses organismos internacionais é a criação de dispositivos para a cooperação no enfrentamento de problemas comuns e um deles é a elaboração e codificação do direito internacional. Assim, desde seus inícios, a ONU tem sido o grande fórum de debate sobre a persistência do racismo, sobre a situação opressiva vivida por povos e grupos específicos,

²³ Este decreto passou por acréscimos feitos pelo "Decreto de 6 de junho de 2003" e pelo "Decreto de 22 de agosto de 2003".

tratados como inferiores ou ignorados pelas políticas públicas nos diversos países. Esse tem sido o caso dos povos indígenas, das crianças, das mulheres, dos imigrantes, dos refugiados e de outras vítimas do racismo, da discriminação e da intolerância. Nesse, como em outros temas, uma comissão se encarrega de preparar os estudos de codificação, que se discutem numa série de conferências internacionais. Convenções são, então, formuladas por comitês constituídos por pessoas de notável saber e integridade ética, oriundas de várias nações, que levam em consideração os melhores modelos existentes.

Quando a Assembléia Geral das Nações Unidas aprova uma Convenção, cada Nação-membro deve decidir se a ratifica ou não. Quando o Estado Brasileiro, o seu Poder Legislativo, no caso, a ratifica, mediante ato com força de Lei (geralmente decretos), a Convenção é incorporada ao ordenamento jurídico nacional. Essa incorporação, fundamentada no Art. 5º, § 2 da Constituição Federal, significa que convenções e tratados internacionais de direitos humanos passam a ter o mesmo status do elenco dos direitos constitucionalmente consagrados, tendo aplicação imediata (Art. 5, § 1) e estando, inclusive, vedada qualquer emenda que vise sua abolição (Art. 60 § 4º, IV). Isso significa que o Estado aceita promover seus princípios, cumprir suas disposições e participar nas atividades específicas para sua vigilância. O Brasil, isto é, todas as instâncias das três esferas de governo se tornam responsáveis pela aplicação dessa obrigação internacional, que, como reforça o Itamaraty, é também uma obrigação constitucional²⁴.

Segundo CANÇADO TRINDADE (1997), "os tribunais internacionais de direitos humanos... não "substituem" os tribunais internos e, tampouco, operam como tribunais de recursos ou de cassação de decisões dos tribunais internos. Não obstante, os atos internos dos Estados podem vir a ser objeto de exame por parte dos órgãos de supervisão internacionais quando se trata de verificar a sua conformidade com as obrigações internacionais dos Estados em matéria de direitos humanos".

O sistema internacional de proteção dos direitos humanos constantemente interage com o sistema nacional, a fim de garantir de fato efetividade na tutela e promoção dos direitos da pessoa humana, mediante mecanismos de supervisão e controle. Desses mecanismos fazem parte os comitês de supervisão internacional, os relatórios periódicos que devem ser elaborados pelos países demonstrando como as convenções estão sendo cumpridas, tanto em nível legal, quanto em termos práticos. Os comitês de peritos na aplicação das Convenções e Recomendações analisam os relatórios, fazem comentários e podem solicitar mais informações e esclarecimentos aos governos sobre casos de violações das obrigações contraídas, com a intenção de persuadi-lo a cumprir com seus compromissos.

Entre os instrumentos que o Brasil ratificou, constam o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966 (ratificado em 24/01/1992); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 1965 (ratificada em 27/03/1968); a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979

²⁴ «A Constituição de 1988 fixou os direitos humanos como um dos princípios que devem reger as relações internacionais do Brasil (artigo 4º, inciso II). O texto reconhece, ainda, como tendo status constitucional, os direitos e garantias contidos nos tratados internacionais ratificados pelo Brasil, que não tenham sido incluídos no artigo 5º, da Constituição». Fonte : http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/temas_agenda/direitos_humanos/brasil.asp (acesso em 07/08/2004).

(ratificada em 01/02/1984); a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989 (ratificada em 24/09/1990); e, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994 (ratificada em 27/11/1995). Todas essas Convenções constituem importantes reforços à proteção e promoção dos direitos humanos previstos pelas determinações legais internas do Brasil nos diferentes campos.

Com os compromissos assumidos com a ratificação da Convenção específica sobre o racismo, o Governo Brasileiro está compelido “a proibir e a eliminar a discriminação racial em todas as suas formas e a garantir o direito de cada um à igualdade perante a lei, sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica” (Art. 5). Entre os direitos objetos de destaque, figuram os “direitos à saúde pública, a tratamento médico, à previdência social e aos serviços sociais” (Art. 5, iv).

Pelo Artigo 7º, o Brasil está comprometido “a tomar as medidas imediatas e eficazes, principalmente no campo do ensino, educação, cultura e informação, para lutar contra os preconceitos que levam à discriminação racial e para promover o entendimento, a tolerância e a amizade entre nações e grupos raciais e étnicos”. Também está comprometido a propagar os propósitos e os princípios dos principais instrumentos internacionais de proteção dos Direitos Humanos, em particular os referentes à Discriminação Racial.

3.2.1A Força de Durban

A escolha da sede da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (entre 31 de agosto e 8 de setembro de 2001), em Durban, África do Sul, Estado em que a igualdade formal entre as raças – o fim do *apartheid* – foi estabelecida em 1994, sinalizou para a discussão das manifestações estruturais do racismo: “o racismo insidioso, consciente ou inconsciente, que mantém grandes contingentes populacionais em situações de inferioridade social... mais difícil de combater do que as manifestações ostensivas” (ALVES, 2002).

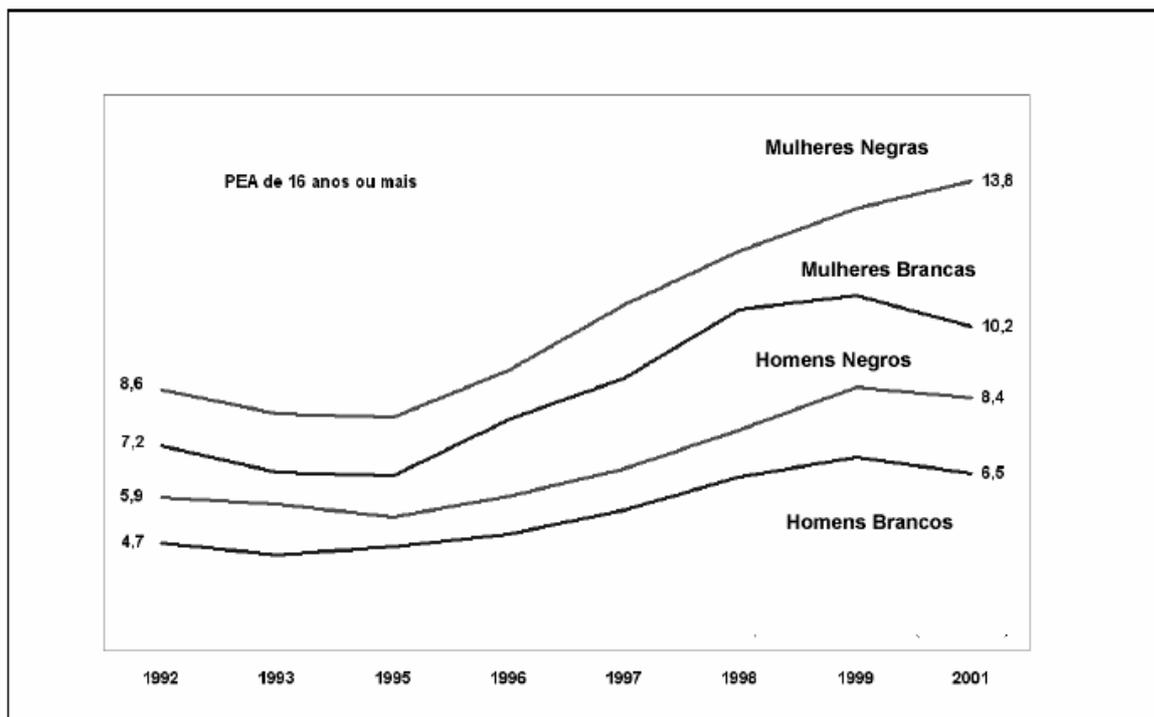
Como é usual em conferências do gênero, foram examinados, durante o evento, os progressos alcançados e os obstáculos enfrentados para a superação dos problemas gerados pelo racismo. Foram analisados os fatores políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais e de outra ordem que levam ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e à intolerância correlata e formularam-se recomendações concretas de medidas eficazes nacionais, regionais e internacionais de combate. A função dos documentos ali produzidos é a de “ser utilizados como guias à atuação dos Estados, internamente e em ações internacionais, ou como instrumento semi-jurídico para cobranças das sociedades aos governos” (*op.cit.*: 219)²⁵.

Importante é destacar que, no Brasil, o anúncio dessa Conferência gerou uma intensa mobilização das organizações negras e sindicais extremamente proativa e profícua, em que teve um destaque especial a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras Pró-Durban (CARNEIRO, 2002). Um

²⁵ O texto do diplomata J. A. Lingren Alves sobre a Conferência de Durban reveste-se de um interesse acrescido, decorrente de sua qualidade de membro do Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial – CERD –, autor da proposta do evento, seu notável defensor, executor e historiador.

dos pontos relevantes dessa atuação foi alertar para os níveis de gravidade atingidos pelo fenômeno do racismo quando analisado com recorte de gênero. As mulheres negras são duplamente vítimas de discriminação, pelo gênero e pela cor. Os indicadores socioeconômicos a elas relacionados são muito piores do que os relativos aos homens negros, que por sua vez, em diversos campos são piores que os das mulheres brancas, como o mostra o gráfico elaborado por MARTINS (2003, apud 2004) sobre os dados de desemprego com desagregação por gênero e raça.

TAXA DE DESEMPREGO, POR GÊNERO E RAÇA, 1992-2001



Fonte: Roberto Martins, Relatório apresentado à OIT Brasil (abril de 2003)

No campo da saúde, não obstante os importantes avanços na saúde pública advindos com a implantação do SUS, as desigualdades raciais se manifestam em diversas áreas: no acesso e na qualidade dos serviços prestados à população usuária, quanto ao diagnóstico, consulta, internação, promoção (saneamento), prevenção e recuperação; nos dados relativos à mortalidade (principalmente infantil, materna e entre jovens), anos perdidos, expectativa de vida e morbidade. Uma abordagem específica desse quadro é feita no texto que compõe a segunda parte desse Caderno.

É importante ter em consideração que o Seminário Nacional Saúde da População Negra, que hoje se realiza, é mais um fruto da luta do movimento negro brasileiro, revitalizado com a realização da Conferência de Durban e todos os seus eventos satélites, anteriores e paralelos, realizados em âmbitos governamental e não-governamental. É preciso que todos os participantes, gestores, trabalhadores da saúde, usuários dos serviços, representantes dos movimentos sociais e de todas as instituições governamentais e não governamentais convidadas, vejam neste momento a oportunidade de ganhos para o conjunto da sociedade, pautados pelas recomendações aos Estados,

relativas especificamente à saúde dos afro-descendentes, designação relativa aos negros, adotada nessa conferência:

- que os Estados, apoiados pela cooperação internacional, considerem positivamente a concentração de investimentos adicionais nos serviços de saúde, educação, saúde pública, energia elétrica, água potável e controle ambiental, bem como em outras iniciativas de ações afirmativas ou de ações positivas, principalmente, nas comunidades de origem africana;²⁶
- “que todos os países da região das Américas e de todas as demais zonas da diáspora africana reconheçam a existência de sua população africana e as contribuições culturais, econômicas, políticas e científicas dadas por essa população, e que admitam a persistência do racismo, a discriminação racial, a xenofobia e as formas conexas de intolerância que a afetam de maneira específica, e reconheçam que, em muitos países, a desigualdade histórica no que diz respeito, entre outras coisas, ao acesso à educação, à atenção à saúde, à habitação tem sido uma causa profunda das disparidades socioeconômicas que a afetam”.²⁷

Vale citar que o Plano de Trabalho do Relatório de Durban também insta os Estados “a proibirem o tratamento discriminatório contra estrangeiros e trabalhadores migrantes baseado na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, *inter alia*, no caso de concessão de vistos de trabalho e permissão para moradia, atenção à saúde, acesso à justiça”.²⁸

No tema das Políticas e Práticas, item “Coleta e desagregação de dados, pesquisas e estudos”, o Plano de Trabalho insta os Estados a “coletarem, compilarem, analisarem, disseminarem e a publicarem dados estatísticos confiáveis em níveis local e nacional e a tomarem todas as outras medidas necessárias para avaliarem periodicamente a situação de indivíduos e grupos que são vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata” (termos que passaremos a identificar pela sigla RDRXIC). Essa solicitação é desdobrada numa série de recomendações e cautelas bioéticas, técnicas e políticas. Seu objetivo é permitir o monitoramento e avaliação. Entre as recomendações consta que se levem em consideração - entre outros e quando for apropriado - indicadores de condições de saúde, mortalidade materno-infantil, expectativa de vida, alfabetização, educação, emprego, moradia, propriedade de terra, saúde física e mental, água e saneamento²⁹.

As Ações Afirmativas constituíram um capítulo fortemente assinalado em Durban. No campo da saúde, as recomendações focam:

- a promoção do acesso; a eliminação das disparidades nas taxas de mortalidade materno-infantil; a vacinação infantil; o HIV/AIDS; as doenças cardíacas, o câncer e as doenças contagiosas³⁰;
- a integração residencial, bem como a renovação de “áreas negligenciadas de moradia pública, com o intuito de se deter a marginalização e a exclusão social”³¹; e,

²⁶ Parágrafo 5, do Programa de Ação da Conferência. (CONFERÊNCIA, 2001:39).

²⁷ Parágrafo 33, da Declaração da Conferência (CONFERÊNCIA, 2001:46). Cf. versão citada *In* CARNEIRO, 2002.

²⁸ Parágrafo 81, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 60)

²⁹ Parágrafo 92, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 63)

³⁰ Parágrafos 100 e 101, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 65-66)

- “a adoção de medidas para atenderem aos direitos de cada um ao gozo dos mais altos padrões alcançáveis de saúde física e mental, visando a eliminação das disparidades na condição de saúde”³².

O Programa de Ação também incentiva a participação das organizações não governamentais e o setor privado, com recomendações comuns e específicas sobre “Saúde e ao Meio-Ambiente”, relativas:

- ao estabelecimento de mecanismos eficazes de monitoramento e eliminação do RDRXIC na atenção;
- aos avanços que assegurem a igualdade de acesso, integralidade, universalidade, qualidade dos serviços de saúde; facilidades para o treinamento de uma força de trabalho diversificada e motivada para o trabalho junto às comunidades carentes; esforços para aumentar a diversidade nas profissões da área de atenção à saúde, através da contratação de mulheres e homens de todos os grupos com mérito e potencial, representando a diversidade das suas sociedades, para as profissões nos serviços de saúde e para mantê-los nas profissões na área de saúde;
- ao trabalho com profissionais de saúde, pessoal de atenção à saúde comunitária, organizações não-governamentais, pesquisadores e indústrias privadas, como meio de melhorar a condição de saúde das comunidades marginalizadas, vítimas, em particular, de RDRXIC;
- ao trabalho com profissionais da saúde, pesquisadores, organizações de saúde regionais e internacionais, para estudarem os diferenciais de impacto dos tratamentos médicos e das estratégias de saúde em várias comunidades;
- à adoção e implementação de políticas e programas para a melhoria dos esforços de prevenção do HIV/AIDS nas comunidades de alto risco e à expansão do acesso à atenção e tratamento do HIV/AIDS e a outros serviços de apoio;

Finalmente, o Programa de Ação de Durban convida os Estados a considerarem medidas não-discriminatórias visando oferecer um ambiente seguro e salubre aos indivíduos e membros de grupos que são vítimas ou estão sujeitos ao RDRXIC, em especial:

- (a) para melhorar o acesso à informação pública sobre saúde e questões ambientais;
- (b) para assegurar que as preocupações relevantes sejam levadas em conta no processo público de tomada de decisão sobre o meio-ambiente;
- (c) para partilhar tecnologias e práticas bem sucedidas na melhoria da saúde humana e do meio-ambiente em todas as áreas;
- (d) para tomarem medidas corretivas adequadas para limpar, reutilizar e reabilitar os locais contaminados e, quando necessário, prover a realocação voluntária daqueles atingidos, depois de consultados³³.

³¹ Parágrafo 102, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 66)

³² Parágrafo 109, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 68)

³³ Parágrafo 111, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 69).

Os funcionários públicos e outros profissionais da saúde e de outras áreas (educação, justiça, judiciário, serviços de segurança, penitenciários, de polícia e de migração) são lembrados em recomendações aos Estados, para que, em cooperação com os organismos internacionais, as organizações não-governamentais e o setor privado... desenvolvam e fortaleçam a sua capacitação em direitos humanos, com enfoque anti-racistas e anti-sexista; para que nesse esforço se incluam cursos e seminários sobre normas internacionais e sua aplicação interna³⁴; e aumentem a consciência entre os órgãos estaduais e servidores públicos no que se refere às suas obrigações de acordo com a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial e outros instrumentos importantes³⁵.

O norteamento para essa colaboração internacional é claramente explicitado no incentivo dado "à Organização Mundial da Saúde e outras importantes organizações internacionais a promoverem e desenvolverem atividades para o reconhecimento do impacto do RDRXIC, como determinantes sociais significativos das condições de saúde física e mental, inclusive da pandemia de HIV/AIDS e do acesso aos serviços de saúde e a prepararem projetos específicos, inclusive pesquisas, para assegurar serviços de saúde eqüitativos para as vítimas"³⁶.

Refletindo o cuidado que houve em Durban com a exeqüibilidade das propostas, no item do Programa que prevê "remédios, recursos, reparações e outras medidas eficazes em âmbitos nacional, regional e internacional" (p. 82), propõe-se "Investimento nas infra-estruturas de saúde para combater o HIV/AIDS, tuberculose, malária, inclusive, entre outros, através do Fundo Global contra a AIDS e o Fundo para a Saúde"³⁷.

Apona no mesmo sentido, uma proposta visando à harmonização intersetorial, que recomenda aos Estados adotarem e implementarem políticas de desenvolvimento social, baseadas em dados estatísticos confiáveis e centrados na conquista de compromissos que vão ao encontro do que está estabelecido no Programa de Ação da Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995 - parágrafo 36). O seu foco é a superação significativa das diferenças existentes nas condições de vida enfrentadas pelas vítimas de RDRXIC, especialmente, em termos da taxa de analfabetismo, educação primária universal, mortalidade infantil, mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos, saúde, atenção à saúde reprodutiva para todos e o acesso a água potável. A promoção da igualdade de gênero também deverá ser levada em consideração na adoção e implementação dessas medidas³⁸.

3.3. Interações Sociedade Civil – Academia - Ministério da Saúde - SEPPIR

No plano nacional, a abordagem específica da Saúde da População Negra como campo da Saúde Pública se desencadeou nas interações entre quatro blocos de atores: as organizações da sociedade civil, principalmente do movimento negro, o setor da pesquisa acadêmica, os gestores da saúde, nos três

³⁴ Parágrafos 133 e 135, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 75).

³⁵ Parágrafo 134, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 75).

³⁶ Parágrafo 154, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 81).

³⁷ Parágrafo 158, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 83).

³⁸ Parágrafo 176, do Programa de Ação (CONFERÊNCIA, 2001: 89).

níveis de Governo e as agências de cooperação internacional. Essa interação ocorreu em razão do enfrentamento, pelos diversos atores, de temas e problemas que são objeto de demandas, de pesquisas e de intervenção, relevantes do ponto de vista da saúde, e também de outros campos de interesse social, como a violência, a questão do gênero, a sexualidade e a vida reprodutiva, o consumo de drogas, entre outros. As respostas do Ministério da Saúde nessa interação, pontuada por inúmeros eventos, têm refletido as diversas visões políticas dos gestores quanto à questão, com uns momentos de avanço, outros marcados pela timidez, por incompreensões, contradições, descontinuidades e retrocessos, segundo caracteriza OLIVEIRA (2003), no seu levantamento crítico do processo.³⁹

Um exemplo disso é o caso da Anemia Falciforme, a patologia mais associada com a população negra. As iniciativas para o seu enfrentamento surgiram no meio não-governamental, na cidade de São Paulo, de parte da Associação Afro-brasileira Ogban, que foram depois acolhidas pela Coordenação Estadual do Sangue e Hemoderivados de São Paulo - Fundação Pró-Sangue, e posteriormente, de forma parcial, pelo Ministério da Saúde. Em 1996, um Programa de Anemia Falciforme (PAF) foi formulado, com a participação de profissionais de saúde, pesquisadoras e ativistas negras e técnicos do Ministério da Saúde, tornando-se uma diretriz nacional, durante um determinado período de gestão. Quando houve mudança administrativa no âmbito federal/MS, o PAF foi descontinuado. No entanto, graças à pressão do movimento social, vários atos legislativos o tornaram obrigatório em alguns estados como no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e em alguns municípios como: São Paulo, Mauá, Diadema, Jandira, Santo André e Salvador.

A incorporação de componentes do PAF, no âmbito federal, como parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) tem suscitado questionamentos de parte dos movimentos sociais e dos profissionais e técnicos que participaram na sua construção. Constitui, portanto, um tema a ser retomado neste Seminário Nacional para esclarecimentos e aprofundamento, pois nesta gestão o Ministério da Saúde transferiu da ANVISA para a Secretaria de Atenção à Saúde a área de Coordenação do Sangue e Hemoderivados, e está implementando uma Política Nacional do Sangue e Hemoderivados que articula as ações do PNTN com a rede de assistência.

Como nesse terreno, também em outros, os resultados de pesquisas e debates vêm tornando evidente a necessidade de ampliar o escopo dos conhecimentos sobre a saúde da população negra, aprofundar questões desde o ponto de vista teórico e metodológico, mas sobretudo, de maiores avanços na estratégia de gestão participativa. Numa problemática tão complexa - desde o ponto de vista político e cultural - quanto carente de abordagem específica, é preciso articular de forma consistente a compreensão com a tradução aos termos e agendas das políticas públicas. A gestão participativa se configura um recurso imprescindível, nesse sentido.

Uma avaliação realizada por uma instância fortemente representativa como foi o "Fórum Nacional de Entidades Negras", realizado em 2001, focalizando a trajetória das respostas institucionais aos desafios colocados pela saúde da população negra merece ser retomada, pensada e debatida pelo conjunto dos gestores do SUS. Alguns trechos dessa avaliação fornecem um marco crítico complementar aos resultados de pesquisas sintetizados no texto

³⁹ Principalmente nos capítulos 12 a 14.

que compõe a Parte III deste Caderno de Textos Básicos: "Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da Equidade":

"Na área da saúde, as condições de atendimento à população negra no Brasil revelam que o **descaso** e a **desinformação** têm-se configurado como as faces mais perversas dentro da política no setor. Verifica-se a ausência de uma política específica para a população negra, que apresenta reiteradamente os piores índices de saúde" (OLIVEIRA, 2001:8-12; Apud OLIVEIRA, 2003: 249)⁴⁰.

"Embora o Ministério da Saúde esteja propondo algumas estratégias para melhorar o grave quadro de saúde pública no Brasil, estas não contemplam de forma efetiva o segmento negro da população, pois oferecem acesso igual a populações que em seu cotidiano são desiguais e acabam por reforçar as diferenças de desempenho entre negros e brancos nos indicadores de saúde existentes no país."

"O descaso com relação à saúde da população negra brasileira tem demonstrado ser uma das faces mais perversas do racismo perpetrado no Brasil. É perverso por negar sistematicamente a possibilidade de promover e manter condições dignas de saúde a este grupo, perpetuando a presença da população negra nos piores índices nacionais em termos de preservação da saúde."

"Tornou-se recorrente no campo da saúde a afirmação de que a precariedade em termos da manutenção da saúde da população negra brasileira deve-se a fatores de ordem econômica. Porém, o que se observa é que esta afirmação tem servido, de fato, à manutenção do racismo no âmbito da saúde, pois referindo-se a outros campos da vida societária questões próprias do campo da saúde, os formuladores e executores de políticas públicas de saúde mantêm a recusa em identificar a população negra brasileira como objeto de atenção à saúde, contribuindo para a manutenção da falta de conhecimento sobre os aspectos de morbi-mortalidade específicos deste grupo populacional, e sobretudo atrasando a implementação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde do(a) negro(a) brasileiro(a)" (Documento Alternativo do Movimento Negro Brasileiro, Fórum Nacional de Entidades Negras, 2001. OLIVEIRA, 2001:8-12; Apud OLIVEIRA, 2003: 249-250).⁴¹

Um dos aspectos sobre os quais recai com maior pertinência o enfoque crítico do Fórum Nacional das Entidades Negras é o da implantação do quesito raça/cor nos sistemas de informação:

"Quanto aos aspectos relativos à morbidade na população, a não-utilização do quesito cor encobre dados relevantes para a identificação de agravos à saúde que acometem a população negra, e mascara também como estes agravos evoluem..."

A anemia falciforme é a doença hereditária é a doença com traços étnico-raciais mais comum no Brasil. Por falta de identificação, diagnóstico precoce e tratamento adequado, 80% dos óbitos causados por anemia falciforme ocorrem antes do portador completar 30 anos. A prevalência da hipertensão arterial é mais elevada na população negra do que na branca, e embora existam programas voltados para o controle... estes não consideram a questão racial. Além da hipertensão

⁴⁰ Os caracteres em negrito constam na fonte.

⁴¹ O negrito não consta na fonte.

arterial, o diabetes mellitus, a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase e a miomatose apresentam prevalência mais elevada na população negra, e até o presente nenhuma ação de saúde leva em conta o item cor no enfrentamento destes agravos...

Não considerar a composição pluri-étnica da sociedade brasileira significa impedir sistematicamente a equidade na atenção à saúde e apostar na permanência de modelos negativamente racializados de atenção à saúde” (OLIVEIRA, 2001:8-12; *Apud* OLIVEIRA, 2003:253).

3.4. Outro Momento Político: O Termo de Compromisso Ministério da Saúde – SEPPIR

A assinatura, em 11 de dezembro de 2003, de um Termo de Compromisso (TC) entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial constitui um divisor de águas na trajetória da política pública da saúde em relação à população negra⁴².

De acordo com o TC, o Ministério da Saúde reconhece “que o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, para ser efetivado, exige a consideração dos diferenciados graus de vulnerabilidade a que estão expostos os diversos setores da sociedade brasileira e que a população negra – representando cerca da metade da população brasileira – possui demandas e problemas específicos nas questões de saúde”. Reconhece também, como exigência para o aprimoramento das ações de promoção e proteção, as parcerias entre as diversas áreas governamentais, a integração das políticas públicas e o fortalecimento da participação social.

Com base nesses patamares, as determinações de gestão expressas no TC fixam três objetivos:

- I – Sistematizar, no âmbito do Ministério da Saúde, a proposta de Política Nacional de Saúde da População Negra a ser consolidada nos organismos e instâncias de pactuação do Sistema Único de Saúde.
- II - A Política Nacional de Saúde da População Negra será constituída de um conjunto de diretrizes, propostas e plano de ação – em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – que articulará os programas e projetos já existentes e criará outros, quando e se necessário, nos diversos aspectos da política nacional de saúde.
- III - A Política Nacional de Saúde da População Negra será composta por quatro componentes interdependentes, interligados e complementares...
 - a) Produção do conhecimento científico – organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.
 - b) Capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de atitudes dos profissionais da área de saúde, por meio de educação permanente, com ações adequadas para operar nos cenários da diversidade da sociedade brasileira e das peculiaridades do processo saúde/doença da população negra.

⁴² O Termo de Compromisso MS/SEPPIR Nº 1/2003. Extrato publicado no D.O.U. de 11 de dezembro de 2003.

- c) Informação da população – disseminação de informações e conhecimentos sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afro-descendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer e fortalecer sua autonomia e a prevenção de doenças.
- d) Atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas de atenção à saúde e garantir acessibilidade em todos os níveis do sistema de saúde”.

Dando conseqüência a uma das obrigações a que se compromete o Ministério da Saúde mediante o TC, o Plano Nacional de Saúde (PNS) principal instrumento estratégico da atual gestão, foi elaborado contando com a colaboração de um notável corpo de consultoras e um consultor, indicados pela SEPPIR. Levando em conta as prioridades assinaladas por esses consultores, o PNS foi desenhado com um “recorte racial”, introduzindo diretrizes específicas para a saúde da população negra, conforme pode ser visto no texto apresentado na Parte IV deste Caderno de Textos Básicos.

Além disso, foi criado em janeiro de 2004 (Portaria GM n. 10) o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, composto por técnicos e gestores do Ministério da Saúde, visando dar conseqüência às intenções expressas no Termo de Compromisso. Estava previsto no mesmo decreto a Criação de um Comitê Consultivo, para envolver a participação de pesquisadores/as e lideranças do campo da saúde da população negra, indicados pela SEPPIR. No entanto, a avaliação feita após alguns meses de atuação, aliada à orientação emanada da 12ª Conferência Nacional de Saúde de incorporação de representantes da sociedade civil aos comitês técnicos que devem ser criados em todas as esferas de gestão do SUS, levou o Ministério da Saúde a editar a Portaria GM nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, fazendo as adequações e revogando a Portaria 10/2004. Uma cópia dessa portaria consta como anexo neste Caderno.

A composição do novo Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que inicia sua atuação após o Seminário Nacional de Saúde da População Negra, amplia o número de participantes de duas áreas do Ministério (Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância à Saúde), incorpora a participação de representantes do CONASS e CONASEMS, agrega também representações da SEPPIR, da Federação Nacional de Anemia Falciforme (FENAFAL) e nove representantes do campo da pesquisa em saúde da população negra, todos indicados pela SEPPIR.

A realização do Seminário Nacional e a designação do novo Comitê Técnico, no âmbito federal, acentuam a parceria SEPPIR/Ministério da Saúde e configuram definitivamente um novo momento político, em que os desafios para a superação dos diversos fatores que tornam a população negra mais vulnerável aos agravos à saúde passarão a ser enfrentados de modo mais articulado. No entanto, para a mudança efetiva do quadro existente, o envolvimento e participação dos gestores das outras esferas de governo, dos técnicos e trabalhadores de saúde e dos usuários organizados nas suas diversas entidades representativas e nas instâncias de participação existentes no SUS colocam-se como condições fundamentais.

A EXCLUSÃO SOCIAL É DEGRADANTE NÃO SÓ PARA QUEM A SOFRE, MAS PARA QUEM A TOLERA E CONTRIBUI PARA A SUA REPRODUÇÃO E CONTINUIDADE.

4. Bibliografia consultada

- ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. (2004) Quesito cor no sistema de informação em saúde. *Estud. Av.*, v., 18, n. 50, p. 119-123, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100011&lng=en&nrm=iso>. (último acesso em 9/8/2004).
- ANDREWS, G. R. (2003) *Negros e brancos em São Paulo (1888 - 1988)*. São Paulo: Edusc, 2003. 444 p.
- ALVES, J. A. L. (2002) A conferência de Durban contra o racismo e a responsabilidade de todos. *Bras. Polít. Int.* v. 45, n. 2, p. 198-223, 2002.
- ARISTÓTELES. (1985) *Ética a Nicômaco*. Brasília: UnB, 1985.
- BAMSHAD, M. J.; OLSON, S. E. (2003) Ambigüidades que limitam uma definição de raça. *Scientific American*, 2003. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/sciam/>> (último acesso em 11/7/2004)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2001) *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 78 p. tab. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 123).
- CARDOSO DE OLIVEIRA, L.R. 1977. Ação Afirmativa e equidade. In: SOUZA, J. (org.) 1977. *Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil - Estados Unidos*. Brasília: Paralelo 15; p: 145-155.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. 2004. Racismo, direitos e cidadania. *Estud. av.* 2004 (18)50: 81-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100009&lng=en&nrm=iso>. (último acesso em 16/06/2004).
- CANÇADO TRINDADE, A. A. (1997) *Direito Internacional e Direito Interno: sua interação na proteção dos direitos humanos*. In: Brasil, São Paulo. Procuradoria Geral do Estado. *Instrumentos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos*. São Paulo: 1997. p. 15-46 (Prefácio).
- CANÇADO TRINDADE, A. A.; PEYTRIGNET, G.; SANTIAGO, J. R. de. 1996. *As três vertentes da proteção internacional dos direitos da pessoa humana*. San José/Brasília, IIDH/CICV/ACNUR, 1996.
- CARNEIRO, S. A batalha de Durban (2002) *Rev. Estud. Fem.*, v. 10, n. 1, p. 209-214, jan., 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100014&lng=pt&nrm=iso>. (último acesso em 1/7/2004).
- CONFERÊNCIA Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Declaração e Programa de Ação. (2001) (Durban, África do Sul: set. 2001). Disponível em: <<http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/pfdc/gts/discriminacao/documentos/ConferenciaMundialCompletoTraduzido.pdf>> (último acesso em 22/7/2004).
- DALLARI, D. A. (2003) *Cotidiano e tolerância*. (São Paulo: Seminário Cultura e Intolerância, nov. 2003) Disponível em <<http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/6.rtf>> (último acesso em 14/7/2004).

- DODGE, R. E. F. (2001) Povos Indígenas: Direito, Ética e Controle Social. Apresentado na III Conferencia Nacional de Saúde Indígena. (Brasília: 2001). Disponível em <<http://www.rebidia.org.br/indigena/POVOS.htm>>. (último acesso em 26/6/2004).
- DOMINGUES, P. J. Negros de almas brancas? A ideologia do branqueamento no interior da comunidade negra em São Paulo, 1915-1930. *Estud. afro-asiát.*, v. 24, n.3, p.563-600, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-546X2002000300006&lng=pt&nrm=iso>. (último acesso em 11/7/2004).
- FAUSTO, B. (2001) História concisa do Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 2001. 324 p.
- FRY, P.; MAGGIE, Y. (2004) A reserva de vagas para negros nas universidades brasileiras. *Estud. Av.*, v. 18, n. 50, p. 67-80, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100008&lng=en&nrm=isso>. (último acesso em 11/7/2004).
- HENRIQUES, R. (2001) Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Textos para Discussão, IPEA, Rio de Janeiro, n. 807, 60 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td0807.pdf> (último acesso em 8/8/2004).
- HENRIQUES, R. (2002) Elio Gaspari entrevista Ricardo Henriques. *O Globo*, 08/12/2002. Disponível em <http://www.desigualdade.inf.br/midia/des_cotas.htm> (último acesso em 11/8/2004)
- IANNI, I. (2004) O preconceito racial no Brasil. *Estud. Av.*, v. 18, n. 50, p. 6-20, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100002&lng=en&nrm=iso>. (último acesso em 11/7/2004).
- JACCOUD, L. de B.; BEGHIN, N. (2002) Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção Governamental. Brasília: IPEA, 2002. 152 p. Inclui 1 CD-Rom. Disponível em: <<http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/discrimina/ipea1.pdf>>. (último acesso em 11/8/2004).
- KEPPI, J. (2001) A ratificação da convenção n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho pelo Brasil. [S.l: S.n], 2001. Disponível em: <<http://www.comin.org/publicacao/publicacao.html>> (último acesso em 22/7/2004).
- MAIO, M.C. & SANTOS, R.V. 1996. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB.
- MARINHO, D. N. C. (2001) Uma perspectiva teórico-metodológica para as políticas de desenvolvimento. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*, v. 18, n. 3, set./dez., 2001. Disponível em: <<http://atlas.sct.embrapa.br/cct/CCT.nsf/0/c5162996b846ec0703256b1f00508ff2?OpenDocument&Click>> (último acesso em 11/8/2004).
- MARTINS, R. B. (2004) Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente. Santiago de Chile, Chile: Cepal, 2004. Disponível em <http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/2/LCL2082PP/Serie82_P.pdf>. (último acesso em 29/7/2004).
- MARTINS, R. B. (S. d.) Desigualdades raciais no Brasil. [S.l: S.n, S.d]. Disponível em: <<http://www.desigualdade.inf.br/textos.htm>>. (último acesso em 08/08/2004).
- NOGUEIRA, O. "Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem". In Tanto preto quanto branco: estudos de relações raciais. São Paulo, T.A. Queiroz, 1954-1985.
- OLIVEIRA, F. (2003) Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; SEPPPIR.
- OLIVEIRA, F. (2004) Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud. Av.*, v. 18, n. 50, p. 57-60, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006&lng=en&nrm=iso>. (último acesso em 16/6/2004).

- OLIVEIRA, M. (2001) Sobre a Saúde da População Negra Brasileira. In: *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos* - São Paulo: MacArthur Foundation, 2001:8-12.
- OSÓRIO, R. G. (2003) O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE. Textos para Discussão, IPEA, Brasília, n. 996, 50 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0996.pdf>.
- PENA, S. D. J. (2002) Há uma base objetiva para definir o conceito de raça? Folha de São Paulo, Tendências e Debates, São Paulo, 21/12/2002. Disponível em: <http://publicacoes.gene.com.br/Imprensa_genealogia/Os%20%C3%BAltipos%20significados%20da%20palavras%20ora%C3%A7@Folha%de%20S%C3%20Paulo@21-1202002_arquivos/fz211220029.htm>. (último acesso em 11/7/2004).
- PENA, S. D. J.; BORTOLINI, M. C. (2004) Pode a genética definir quem deve se beneficiar das cotas universitárias e demais ações afirmativas? *Estud. Av.*, v. 18, n. 50, p. 31-50, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100004&lng=en&nrm=iso>. (último acesso em 16/6/2004).
- PETRUCCELLI, J. L. (2000) A cor denominada: um estudo do suplemento da pesquisa mensal de emprego de julho de 1998 (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro:IBGE, 2000.
- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. UMA QUESTÃO DE EQÜIDADE. Subsídios para um Debate. Documento resultante do Workshop Interagencial Saúde da População Negra, realizado nos dias 6 e 7 de dezembro de 2001. Brasília, PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM.
- RAWLS, J. (2000) Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- RELATÓRIO do Comitê Nacional I - II Conferência Mundial das Nações Unidas contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata: preparação da participação brasileira na III Conferência Mundial das Nações Unidas Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban: 31, ago. - 7, set. 2001) Brasília, agosto de 2001. Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/discrim/relatorio.htm>>. (último acesso em 4/7/2004).
- SANTOS, G.A. dos. 2002. A invenção do "ser negro": um percurso das idéias que naturalizaram a inferioridade dos negros. São Paulo: Educ/Fapesp, Rio de Janeiro: Pallas.
- SEYFERTH, G. 1996. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M.C. & SANTOS, R.V. 1996. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB; p: 41-58.
- SEN, A. (2000) Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SOUZA, J. (org.) 1977. Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil - Estados Unidos. Brasília: Paralelo 15.
- TAYLOR, Charles. (1997). Multiculturalisme: différence et démocratie. Paris: Flammarion.
- WERNECK, J., MENDONÇA, M. WHITE, E.C. 2002. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas/Criola.

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

Fernanda Lopes⁴³

*“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)

Apresentação

A proposta de realização do projeto **“Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade⁴⁴”** surge da parceria técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS) e o proponente do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil, o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID).

Formado por 2 componentes, um que focaliza a ação municipal e o outro que focaliza ações em saúde, o Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil visa apoiar o setor público, para combater e prevenir o racismo institucional, e as Organizações da Sociedade Civil, para participar e monitorar esse processo. No caso da saúde, o Programa se propõe a realizar um estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado dentro de um ministério setorial – Ministério da Saúde -, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal.

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 Brasileira;

2)Realização de estudos sobre diferenciais:

a)No acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial;

b)Na esperança de vida e de anos de vida perdidos;

c)Nos perfis e estimativas de mortalidade infantil;

d)Nas taxas de mortalidade apresentadas para a população adulta;

e)Nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna.

3)Elaboração de um artigo 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

⁴³ Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, atualmente coordenadora do Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma parceria entre o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Governo Brasileiro. Contato : < f-lobes@dfid.gov.uk>

⁴⁴ Ver anexo I.

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

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

O texto a seguir "***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, recomendações para ações, programas e projetos baseadas nos achados da pesquisa e nas diretrizes e metas descritas na versão preliminar do Plano Nacional de Saúde, apresentada para discussão em junho de 2004.

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 e as noções de saúde e 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 atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infundável 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 interseção 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.

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 agravos; todavia, para as coletividades, as situações sociais e programáticas, muitas vezes, extrapolam 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 equidade e dignidade humana.
- em termos sociais, àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços 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 e, neste sentido, a dimensão social da vulnerabilidade pode ser descrita 1. pelo acesso que as pessoas e os coletivos têm à formação e à informação aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais; 2. pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão; 3. pelos indicadores de saúde, educação e renda; 4. pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria; 5. pela participação dos grupos nas estruturas de governo; 6. pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raças, etnias, gênero e geração.

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, o grau de desigualdades de nossa sociedade é o mais elevado do mundo (Barros, 2000).

A pobreza no Brasil tem raça/cor. Esta afirmação, interpretada por alguns como esquizofrênica, pauta-se em números, tão cruéis quanto seu reflexo nos corpos e nas mentes de negros e negras (índios e índias⁴⁵).

De acordo com os dados do IPEA (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 -, entretanto, ao incluir a variável raça/cor na análise dos dados, 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, dado que a eles é oferecida uma cidadania abstrata, a qual 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.

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

1.1.2 Aqui se vive com muito pouco

Em 1999, a renda domiciliar *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 com chefia negra e com pouco mais que o dobro nos domicílios de chefia branca. 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 (IPEA, 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 trinta e dois milhões de negros com renda de até 1/2 salário mínimo eram potencialmente demandantes

⁴⁵ Neste texto não serão abordadas questões relativas às condições de vida e saúde da população indígena.

de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis⁴⁶ de habitação (IBGE, 2000; IPEA, 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 e ocupação

O fenômeno da pobreza torna-se algo crônico do Brasil, geralmente estuda-se menos e isso dificulta a inserção decente no mercado de trabalho formal. Em 1999, a taxa de alfabetização para a população negra foi de 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 (IPEA, 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 (2000), 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), ou seja, **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 mais restritas,

⁴⁶ 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.

dados que as novas gerações (geralmente mais escolarizadas) ainda não encontram uma rede social que lhes ofereça o suporte necessário para mudança.

A rejeição da liberdade de participar do mercado de trabalho é uma das maneiras de manter a sujeição e o cativo da mão-de-obra e esta situação degradante também é vivida mais por mulheres e homens negros que por brancos. **O desemprego não é uma mera deficiência de renda, é também uma fonte de efeitos debilitadores sobre a liberdade, a iniciativa e as habilidades pessoais. É um ativo contribuinte para a exclusão social, perda da autonomia, saúde física e psicológica e da autoconfiança.**

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 o conceito 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 conceito reiteram seu caráter mutável 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 conceito permite compreender e intervir em certas ações (inter)subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como intervir 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 e 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. É uma ideologia que atribui um significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e que imputa, ao grupo com padrões "desviantes", características negativas que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos; não é questão de opinião. Uma vez envolvidas nessa programação social, as pessoas reproduzem consciente ou inconscientemente, atitudes racistas 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 os indivíduos e os grupos em posições de competição por *status* e por recursos valorizados e tal fato ajuda a explicar como os atores sociais desenvolvem estratégias que têm por finalidade 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, inclusive 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 embranqueamento e 2. a concepção desenvolvida por elites políticas sobre a harmonia e a tolerância raciais e sobre a ausência de preconceito e discriminação baseados nas raças – 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 desapareção gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca. No passado, assim como agora, **os sistemas baseados no embranqueamento 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 de sua auto-imagem. Embora muitos pardos tendam a se identificar como brancos e alguns pretos classifiquem-se como pardos, eles 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 na proximidade geográfica, física e cultural e pelas relações afetuosas, quase familiares, as quais se estabeleceram 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, afetuosas, sensual, ancorada nas idéias 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 pelas condições políticas e socioeconômicas*. Neste, 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). 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 de nascer, viver, adoecer e morrer.**

Para ilustrar tais experiências destacamos algumas pesquisas cujos resultados foram publicados recentemente. De acordo com Perpétuo (2000) e Chacham (2000), 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, de receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê e, em contrapartida, apresentaram maiores chances de ter o primeiro filho com 16 anos ou menos, de engravidar ainda que não queiram, de não receber assistência médica durante todo o período gravídico e/ou de não ser examinadas adequadamente

Em 2000, 8,9% das mulheres que deram à luz na região Norte 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 do 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 e, em decorrência dessas premissas, o registro e a análise das desigualdades e iniquidades raciais em saúde só podem ser feitos 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, 2000).

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 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 preconceito⁴⁷ (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

⁴⁷ 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).

raça ou etnia (incompetência cultural) corroboram para a elaboração de estratégias menos evidentes, porém eficientes, de discriminação⁴⁸ racial ou étnica, 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, cotidianamente, mecanismos para a não percepção ou não aceitação de atitudes negativas por parte dos profissionais. Enquanto esses simulam tratamento igualitário, aqueles fingem não perceber que estão sendo maltratados ou fingem não saber que não têm suas necessidades contempladas de forma satisfatória.

Dados da pesquisa nacional sobre Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo e Instituto Rosa Luxemburgo Stufing em 2003, revelam que 3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% o foram no 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 consideram 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, recai sobre a instituição a responsabilidade de monitorar e neutralizar os atores, as ações e os procedimentos com potencial discriminatório.

⁴⁸ Discriminação é a atitude ou ação de distinguir tendo por base idéias preconceituosas. É a manifestação comportamental que perpetua privilégios e desigualdades histórica e culturalmente aceitos (Munanga, 1999).

No trabalho realizado por Leal e col (2004) com puérperas, as mulheres de cor preta e parda referiram menor grau de satisfação do 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, contudo, tanto nos níveis de instrução mais baixos, quanto nos mais elevados, as brancas mostraram mais satisfação que as pardas e pretas.

As crenças do profissional/instituição de saúde sobre os usuários são influenciadas pelo comportamento dos mesmos durante os encontros e o conteúdo desses encontros tem relação com 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], 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 CRM-RJ, resulta de 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 PNDS – 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 completas⁴⁹, a ausência de consultas de pré-natal ou 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.

⁴⁹ 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.

Na mesma pesquisa nacional, observou-se que, das 3.025 mulheres entrevistadas e que tiveram filho(s) nos 5 (cinco) anos anteriores à realização da Pesquisa, as negras apresentaram menores probabilidades de realizar a primeira consulta em período igual ou inferior ao 4º 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, filiação 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.

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 se apresenta 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 - 51% -, entretanto, é triste constatar que o diferencial racial se mantém e que, para os negros, a redução das taxas apresentou-se 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.

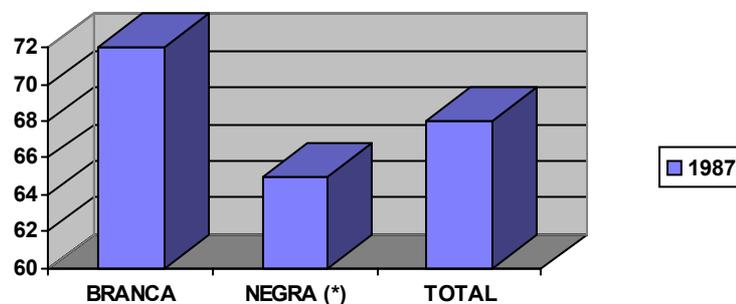
(b) Estimativas de Simões e Cardoso (1997).

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 de expectativa de vida da população. A estimativa da expectativa de vida para o total da população, derivada de técnicas indiretas, é apresentada no Gráfico 1. De acordo com Cunha (1997), na década de 80, a estimativa girava em torno de 68 anos de idade (gráfico 1) e, quando discriminadas por raça/cor, observava-se que os brancos atingiriam uma expectativa de vida de 72 anos, enquanto os negros alcançariam 65 anos. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra - de 7 anos - se manteve quase constante desde a década de 1940 (Wood e Carvalho, 1994), mesmo a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral.

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



Fonte: FIBGE. 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) (b)	Não Branca	
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

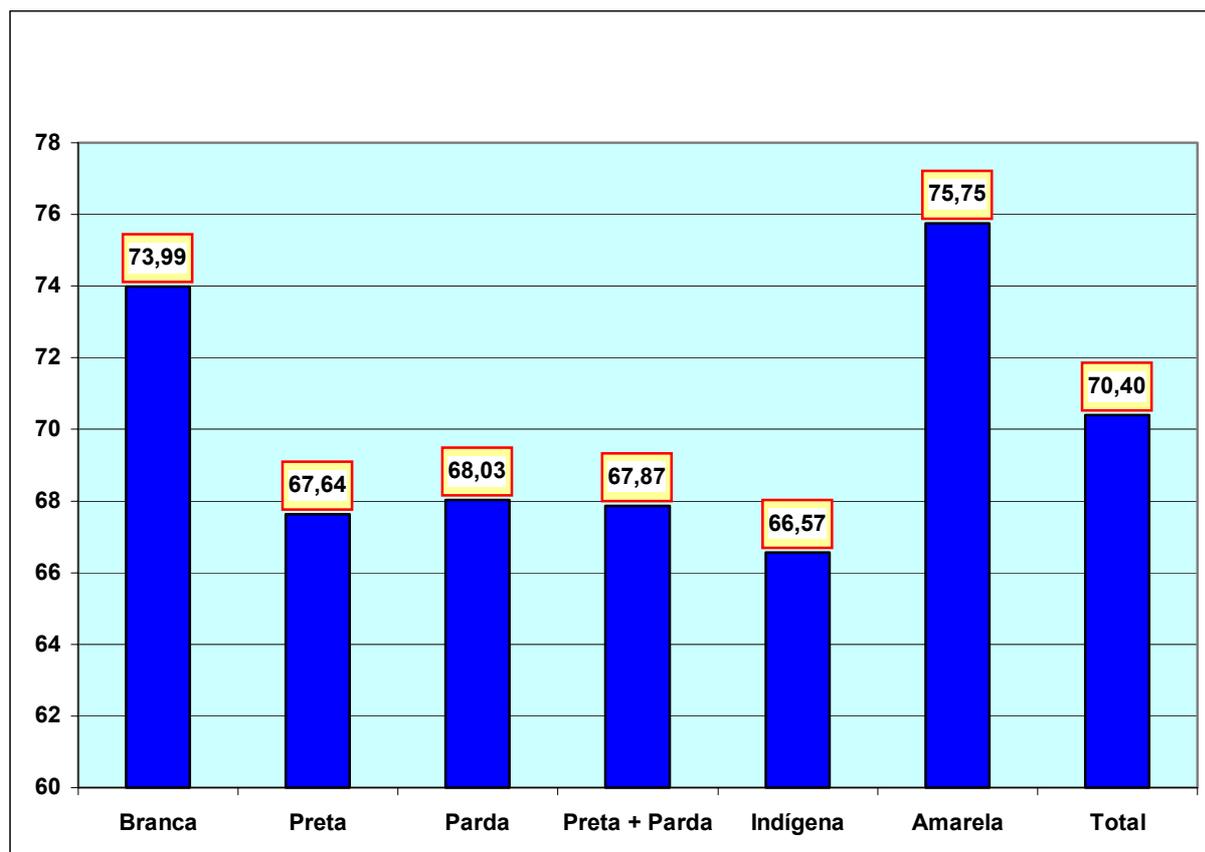
* Educação refere-se à escolaridade da mãe

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 racial ou 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 ao nascer 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 se reduziram muito timidamente (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, 2000⁵⁰.



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 homicídios⁵¹. As doenças infecciosas HIV/AIDS e tuberculose,

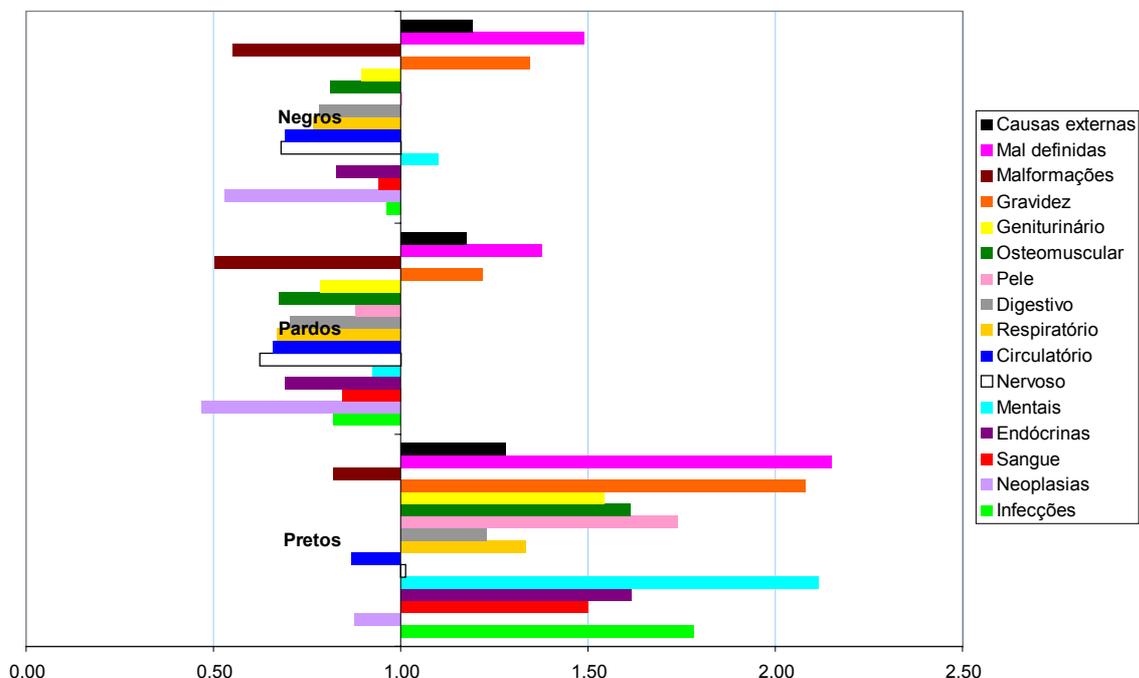
⁵⁰ Ver anexo II.

⁵¹ 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%. Os homicídios perfizeram um total de 12,3% para os homens negros e 5,5% para os brancos. O ataque com

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, especialmente 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 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), exceto para as Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório e Malformações Congênicas. As taxas de morte para os pretos aparecem 2 vezes mais que para os brancos nos óbitos determinados por Doenças Mentais⁵²; 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 2).

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) representam pouco mais de 2/3

arma de fogo ou instrumento perfurocortante também foi mais freqüente nas declarações de óbitos de homens negros.

⁵² 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.

dos óbitos do país. Os brancos constituem 50,71% da população e contribuem 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 cor ignorada representavam 2,47% da população masculina e 8,87 dos óbitos deste segmento em 2000.

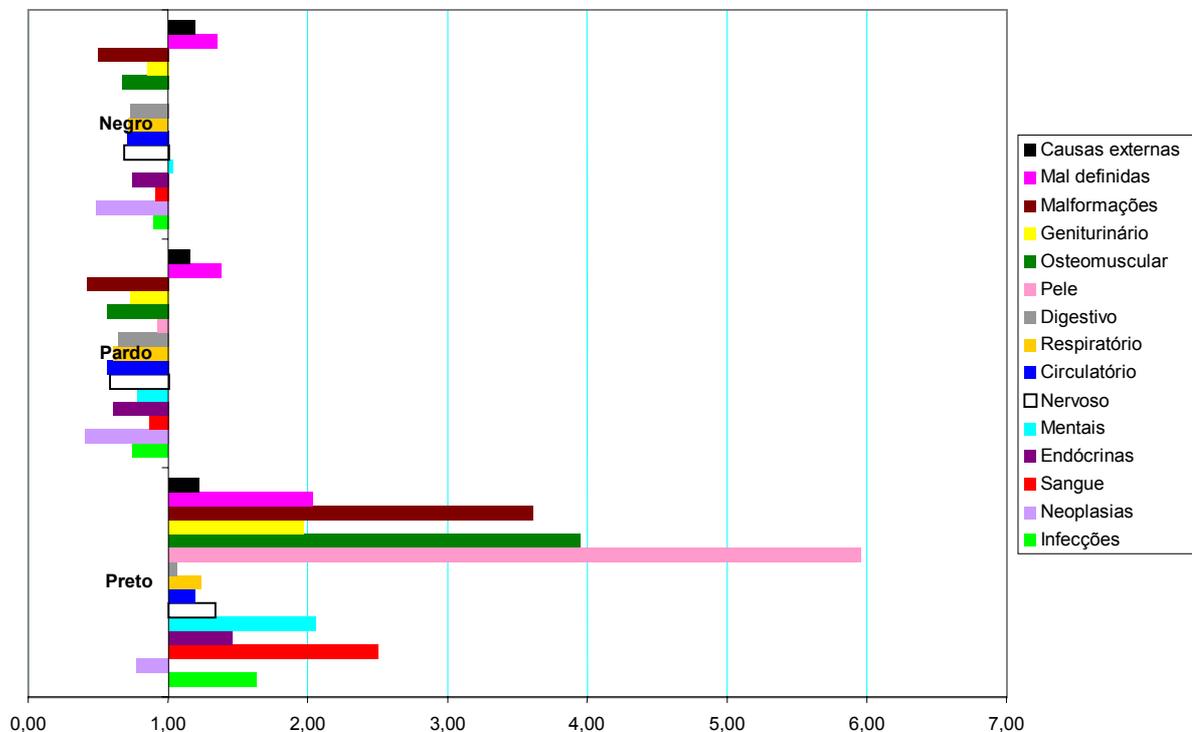
Em ordem decrescente as seis primeiras causas que figuravam os registros de óbito na população masculina eram:

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, por Causas Mal-definidas, Doenças Mentais e Doenças Geniturinárias é mais que o dobro da apresentada para os brancos (gráfico 3).

Fonte: SIM- Datasus/FSeade. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP.

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



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:

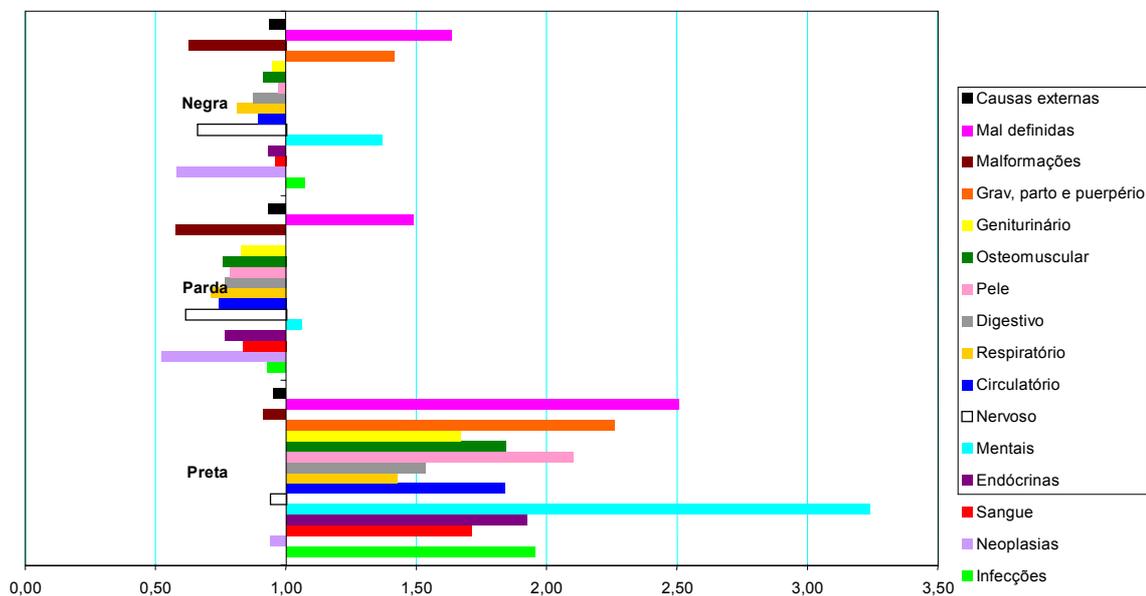
1. Doenças do Aparelho Circulatório - 56,99/100 mil
2. Neoplasias - 42,76/100 mil
3. Sintomas e Sinais Mal-definidos - 26,11/100 mil
4. Causas Externas - 19,59/100 mil
5. Doenças do Aparelho Respiratório - 14,22/100 mil
6. Infeciosas e Parasitárias - 12,70/100 mil

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 4).

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



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

Como afirmam Oliveira e Figueiredo (2004), a falta de utilização plena do recorte racial nas políticas e nas ações de saúde 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 reproduzidor de desigualdades raciais.

4. A importância da competência 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 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, além de apresentarem 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 maternas entre mulheres de 15 e 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 (IPEA, 2002).

4.2 HIV/Aids

Outro problema de saúde pública alarmante é a epidemia 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 (2001) 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 naquele país 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), embora a população jovem aparentemente esteja adotando práticas sexuais mais seguras, notam-se disparidades brutais no grupo das meninas: enquanto

42% das meninas 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 sexualmente ativa. 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) ou a falta de habilidades para utilizar ou negociar sua utilização, 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) observa 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, mulheres negras atendidas em 3 Centros de Referência apresentavam as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e rendimento familiar. Com maior frequência, elas figuravam como as principais responsáveis pelo orçamento familiar e cuidavam de uma quantidade maior de pessoas.

Em sua maioria, as negras tiveram seu diagnóstico realizado em virtude do próprio adoecimento, adoecimento ou morte do parceiro ou filho; deixaram de receber orientação anterior e posterior ao teste; e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, tiveram menos chances de receber informações corretas e adequadas sobre seu estado clínico, sobre 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 e solicitar orientação.

Em 2000, a taxa de mortalidade por Aids 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 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.

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 indivíduos 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 das vulnerabilidades, os profissionais 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 localização geográfica, a suas heranças culturais e étnicas, a sua 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 se confunde com a igualdade na mesma medida que a implementação do direito à igualdade impõe tanto o desafio de eliminar toda e qualquer forma de discriminação, quanto o desafio de 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 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 cultural deve ser visualizada como um dos objetivos continuamente aspirados, dado que 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, a qual 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 (define as bases para as transferências Fundo-a-Fundo) e no Decreto 1.651/95 (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 (SE) decidiu iniciar a construção do Plano Nacional de Saúde (PNS). A proposta é que o processo seja concluído no início do 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 Plano Nacional, 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, enquanto instrumento de gestão do SUS, tem como uma de suas bases à 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, os quais 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 PNSA 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 e 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.

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

A versão preliminar do PNS apresentada para discussão em junho 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 levam em consideração especificidades genéticas, especificidades derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes, aquelas derivadas da indisponibilidade de recursos socioeconômicos, da desnutrição, da pressão social. No instrumento de gestão também têm destaque a necessidade de assegurar a efetiva participação da população negra no planejamento das ações e no seu monitoramento; a necessidade da realização de estudos e pesquisas que subsidiem o aperfeiçoamento da promoção e da atenção à saúde, apresentando como medida relevante, para tanto, 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 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/cor⁵³, 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 ambientais⁵⁴.

⁵³ Ver anexo III.

4. Inclusão do quesito 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.
6. Investimentos em tecnologias de integração e compatibilização das diversas bases de dados existentes, na área social e da saúde.
7. Investimentos na criação de um sistema único de informação em saúde no qual figure o quesito raça/cor.
8. 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;
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

⁵⁴ 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 da RIPSAs, para além das categorias tradicionalmente utilizadas, tais como sexo, idade e escolaridade.

- 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 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 remanescentes de quilombos (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 materna⁵⁵.
2. 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.
3. Incentivo e fomento para a realização de conferências estaduais e municipais de saúde da população negra (conforme recomendações da 11ª e 12ª 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;

⁵⁵ 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 campo⁵⁶;
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 ou qualquer outra situação;
8. Investimentos na qualificação e humanização do cuidado e na instrumentalização para manejar questões relativas à raça/etnia, etnocentrismo e racismo, discriminação, estigmas e preconceitos.

Atenção básica, com ênfase na estratégia de saúde da família

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 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 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. Visita regular 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

⁵⁶ 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 remanescentes de quilombos em vilas e povoados e população que mora nas periferias das cidades e trabalha no campo.

- 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 beneficiados.
 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 atuam como tal.

Atenção Hospitalar

22. Ampliar o acesso de negros e negras aos serviços hospitalares de boa qualidade e resolutividade⁵⁷.
23. Implantação de novos serviços com base em critérios demográficos e epidemiológicos, na concentração de morbidade hospitalar derivada de violência⁵⁸ 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 maternidades⁵⁹.

⁵⁷ 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).

⁵⁸ 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.

⁵⁹ 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,

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.

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**.

para os adeptos das religiões afro-brasileiras, o corpo é a morada dos deuses/deusas, e por isso merece atenção especial no que diz respeito à saúde. 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 em questão.

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/condicao_devida/indicadores_minimos> [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]

[IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **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.jbAids.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.

VALONGUEIRO, S; CAMPINEIRO, D. Demand for health care in Brazil: a preliminary analysis by regions. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CDRom]** 2002 nov 4-8; Minas Gerais, Brasil. Ouro Preto: ABEP, 2002.

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.

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

Projeto 914BRA3002 - Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da EQÜIDADE

CONVÊNIO FUNASA/MS e UNESCO

Coordenação Geral

Fernanda Lopes – Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, atualmente coordenadora do Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma parceria entre o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Governo Brasileiro.

(f-lopes@dfid.gov.uk)

Componente 1: Diferenciais raciais no acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial

Isabel Cristina Fonseca da Cruz - Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, pesquisadora-coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra – NESEN - Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense – UFF. (isabelcruz@uol.com.br)

Componente 2: Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões

Marcelo Jorge de Paula Paixão – Economista, mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorando do curso de sociologia no Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Professor do Instituto de Economia da UFRJ. Coordenador do Observatório Afro-brasileiro. (paulapaixao@uol.com.br)

Luiz Marcelo Ferreira Carvano - Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestrando em Pesquisa Social e Estudos Populacionais na Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE). Pesquisador do Observatório Afro-brasileiro.

Juarez de Castro Oliveira – Bacharel em Estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE). Mestre em Demografia pelo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE/CEPAL). Gerente do Projeto Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica do IBGE.

Leila Regina Ervatti - Demógrafa. Tecnologista da Gerência de Análise da Dinâmica Demográfica da Coordenadoria de População e Indicadores Sociais do IBGE.

Componente 3: Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil

Estela María García de Pinto da Cunha - Socióloga, mestre em Demografia e Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (NEPO/UNICAMP). *Postdoctoral Fellow at the Population Research Center at the University of Texas at Austin-USA.* (maira@nepo.unicamp.br)

Alberto Augusto Eichman Jakob - Bacharel em Estatística, Especialista em Sistema de Informações Geográficas e Geoestatística. Doutor em Demografia, Mestre em Engenharia Agrícola. Coordenador de informática do Projeto, Pós-doutorando pelo CNPq no Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (NEPO/UNICAMP).

Componente 4: Mortalidade da População Adulta no Brasil e Grandes Regiões Segundo sexo e raça/cor.

Luís Eduardo Batista - Sociólogo, Mestre e Doutor em Sociologia pela Universidade Estadual de São Paulo (UNESP). Pesquisador Científico do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Membro do Núcleo Negro da UNESP para Pesquisas e Extensão – NUPE/UNESP. Membro do Conselho Estadual de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo. (matheusbatista@uol.com.br)

Anna Volochko - Médica, Mestre em Saúde Pública. Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira - Demógrafo, Doutor em Demografia, Pesquisador da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fseade/SP).

Vanessa Martins - Fisioterapeuta. Assistente Técnica de Pesquisa do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Componente 5: Diferenciais raciais nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna

Alaerte Leandro Martins - Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná - SESA/ISEP, mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Profª. Adjunta da Faculdade Evangélica do Paraná - FEPAR, membro e ex-presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. (alaerteleandro@terra.com.br)

Hélvio Bertolozzi Soares - Médico Ginecologista da SESA/ISEP, Prof. da Universidade Federal do Paraná - UFPR; membro e ex-presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná.

Mirian Santos Paiva - Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Profª. Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM/EEUFBA, membro do Comitê de Mortalidade Materna de Salvador.

Vânia Muniz Nequer Soares - Enfermeira Sanitarista da SESA/ISEP, Mestre em Enfermagem, membro e ex-presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná.

Componente 6: Iniquidades Raciais em Saúde e Políticas de Enfrentamento: as experiências de Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido (artigo de revisão bibliográfica)

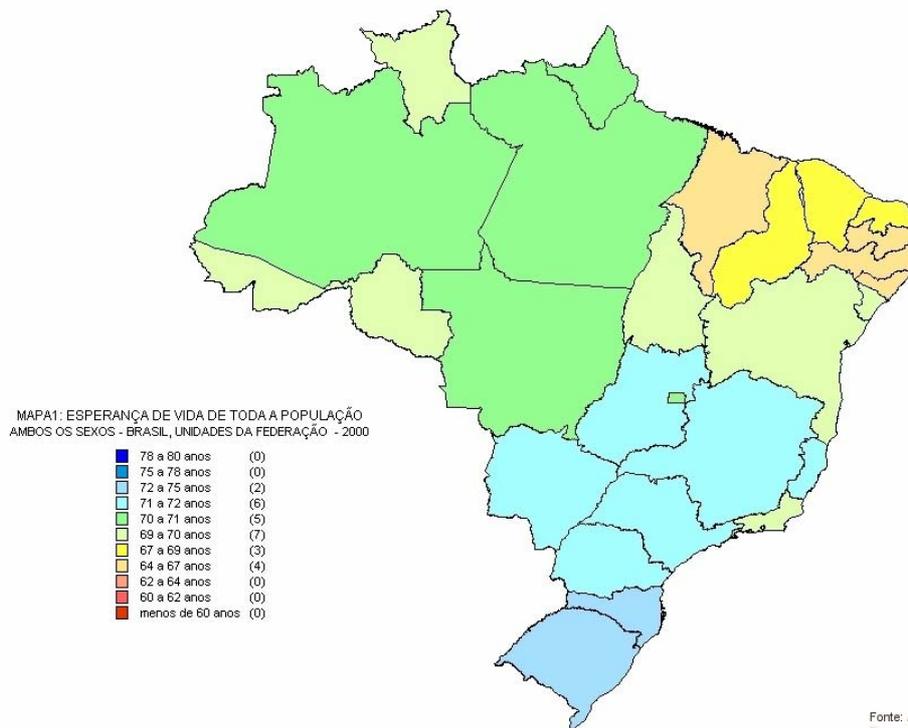
Jurema Werneck - Médica, Mestre em Ciências em Engenharia de Produção, Doutoranda em Comunicação e Cultura pela UFRJ. Secretária Executiva da Articulação Brasileira de Organizações de Mulheres Negras 2000-2001 e 2002-2004. Integrante do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Fundadora e Coordenadora Geral de CRIOLA- Organização de Mulheres Negras (RJ). (juremawerneck@uol.com.br)

Componente 7: Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil

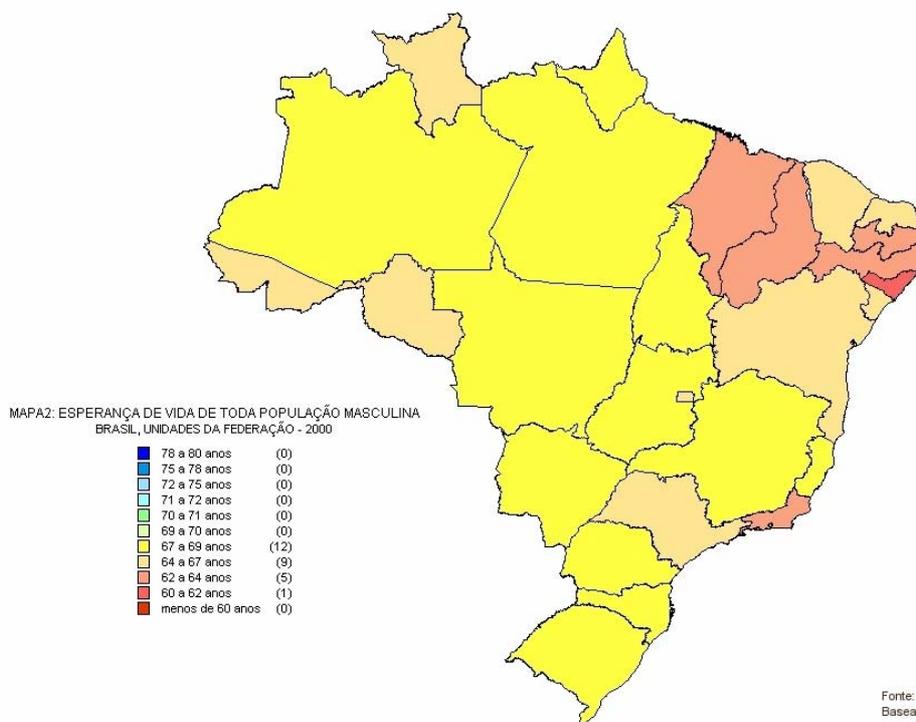
Marta de Oliveira da Silva - Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, Psicanalista, Especialista em Gestão de Saúde Materno Infantil - ENSP/FIOCRUZ, Técnica do Programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro. (martadeoliveira@terra.com.br)

Nataly Damasceno de Figueiredo - Nutricionista, Especialista em Saúde Pública - NESC/UFRJ, Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança - IFF/FIOCRUZ.

ANEXO II

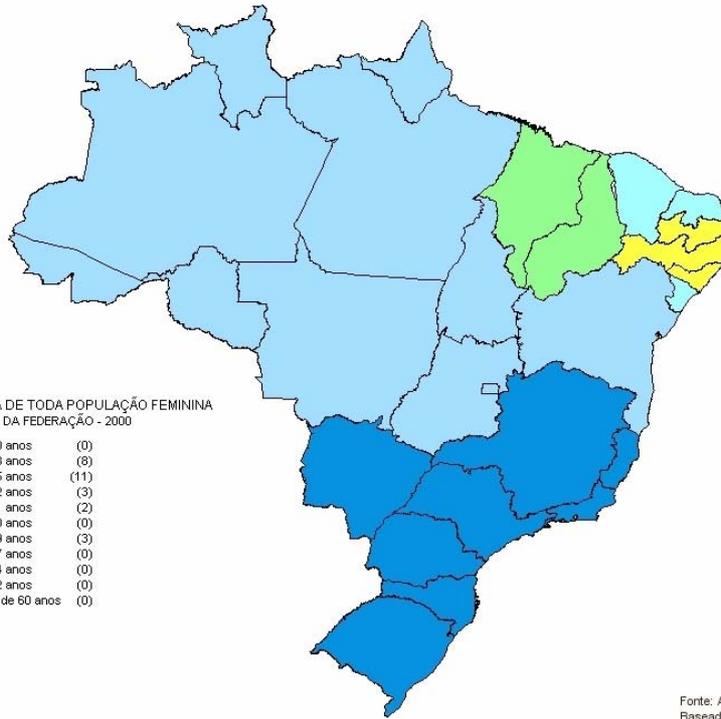


Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti



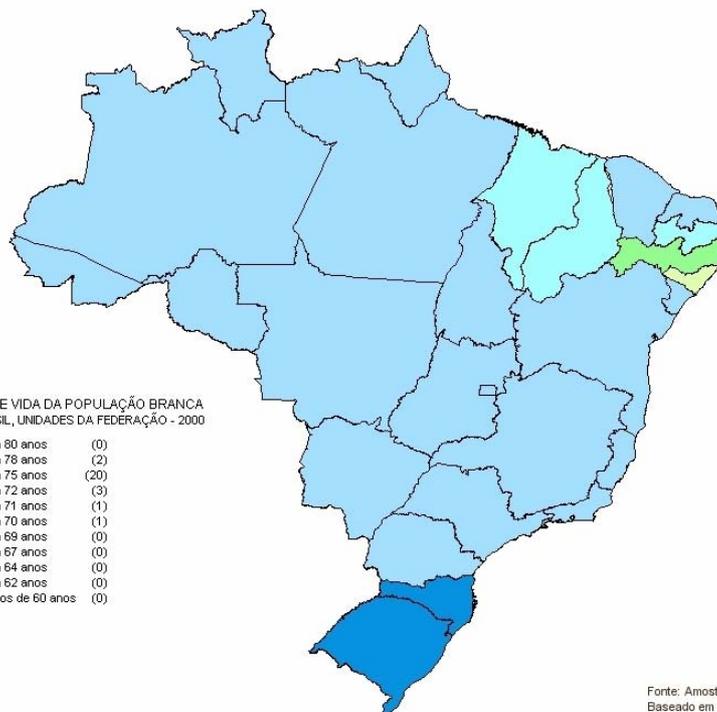
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti

MAPA3: ESPERANÇA DE VIDA DE TODA POPULAÇÃO FEMININA
BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000



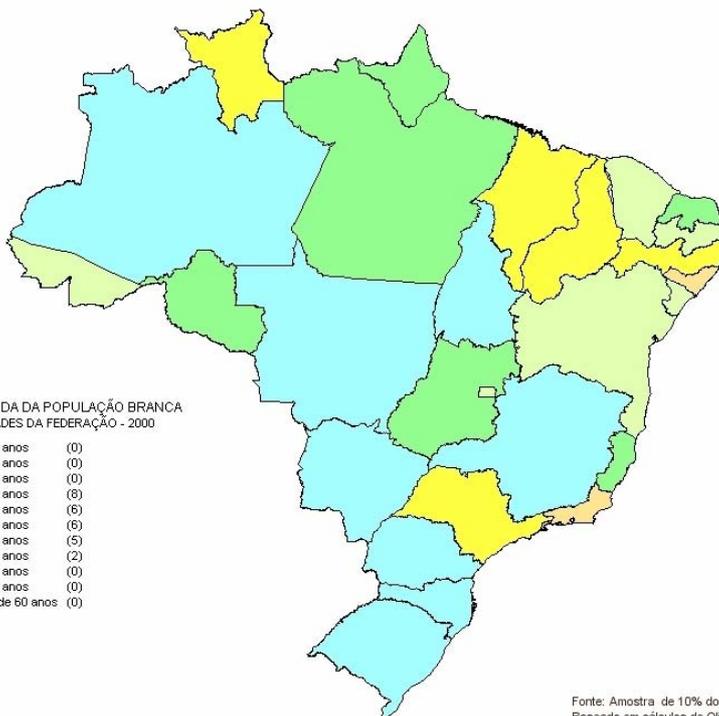
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Oliveira e Ervatti

MAPA4: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO BRANCA
AMBOS OS SEXOS - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000



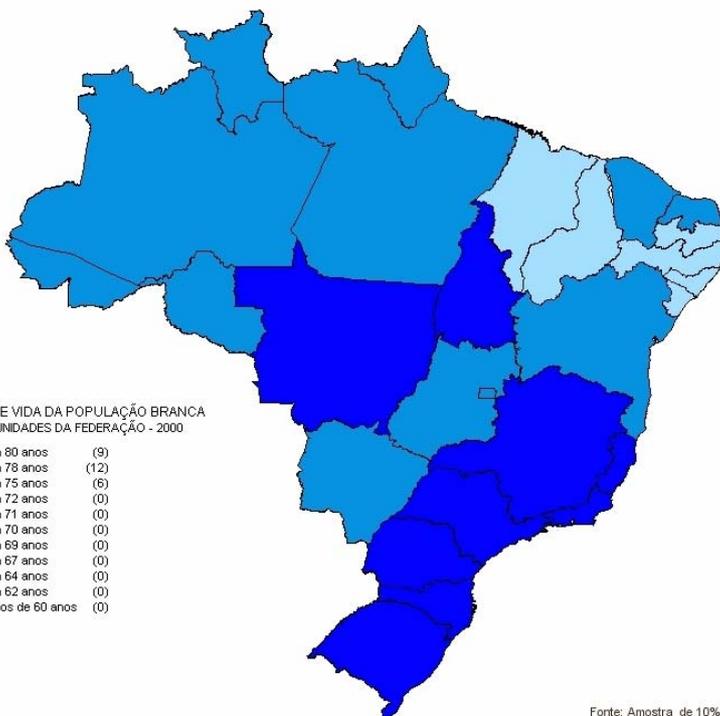
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Oliveira e Ervatti

MAPA5: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO BRANCA
HOMENS - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000

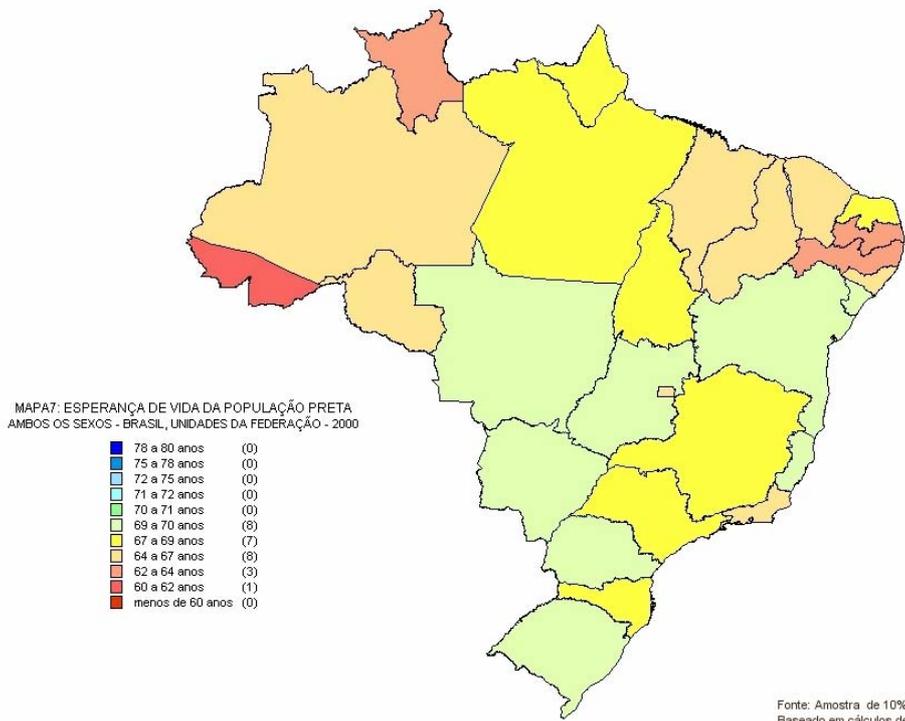


Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Oliveira e Ervatti

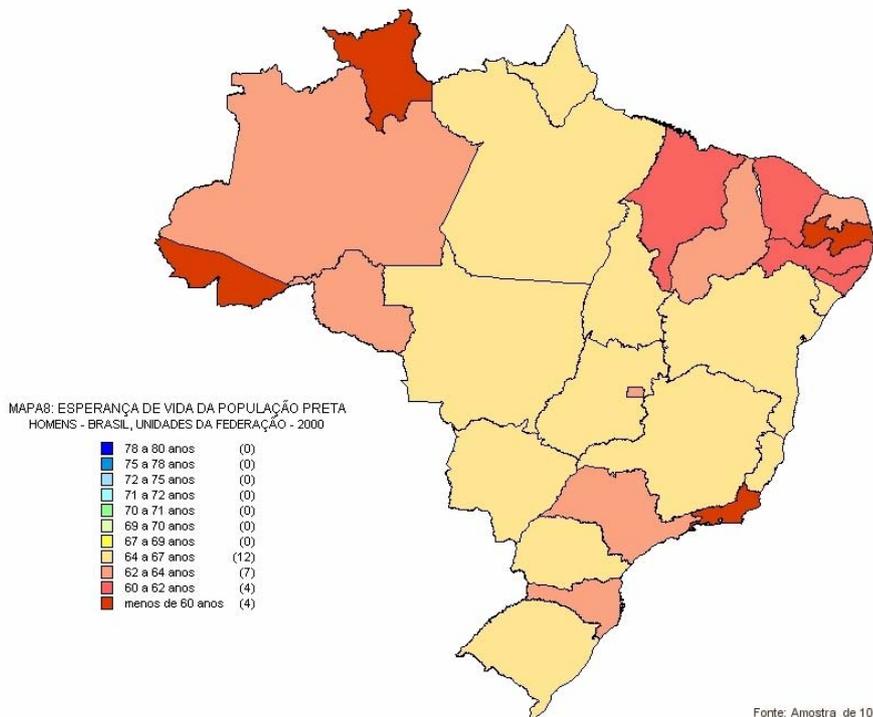
MAPA6: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO BRANCA
MULHERES - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000



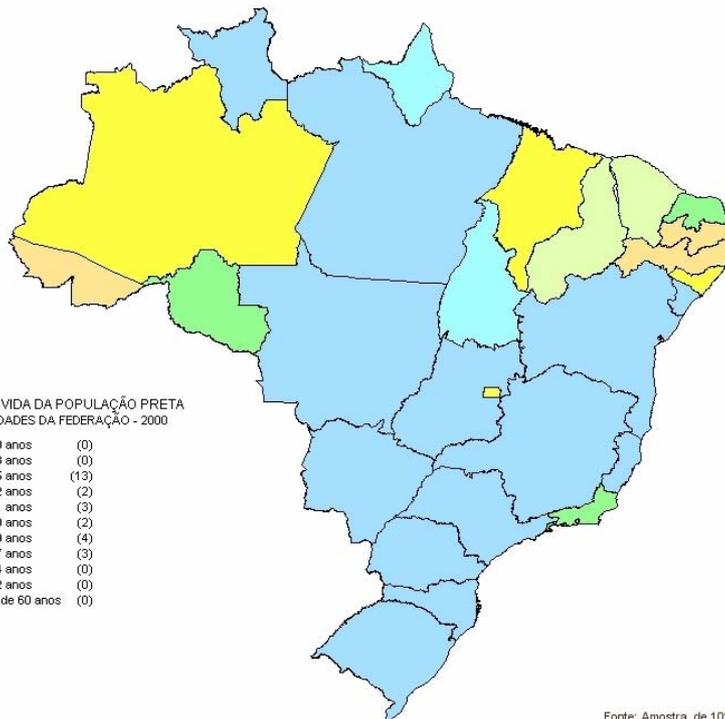
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Oliveira e Ervatti



Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti



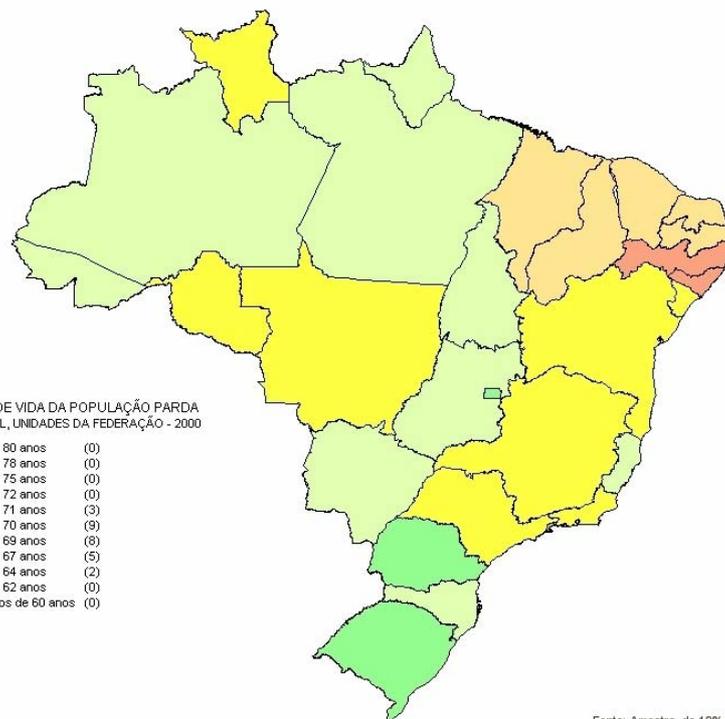
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti



MAPA9: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO PRETA
MULHERES - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000

78 a 80 anos	(0)
75 a 78 anos	(0)
72 a 75 anos	(13)
71 a 72 anos	(2)
70 a 71 anos	(3)
69 a 70 anos	(2)
67 a 69 anos	(4)
64 a 67 anos	(3)
62 a 64 anos	(0)
60 a 62 anos	(0)
menos de 60 anos	(0)

Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti

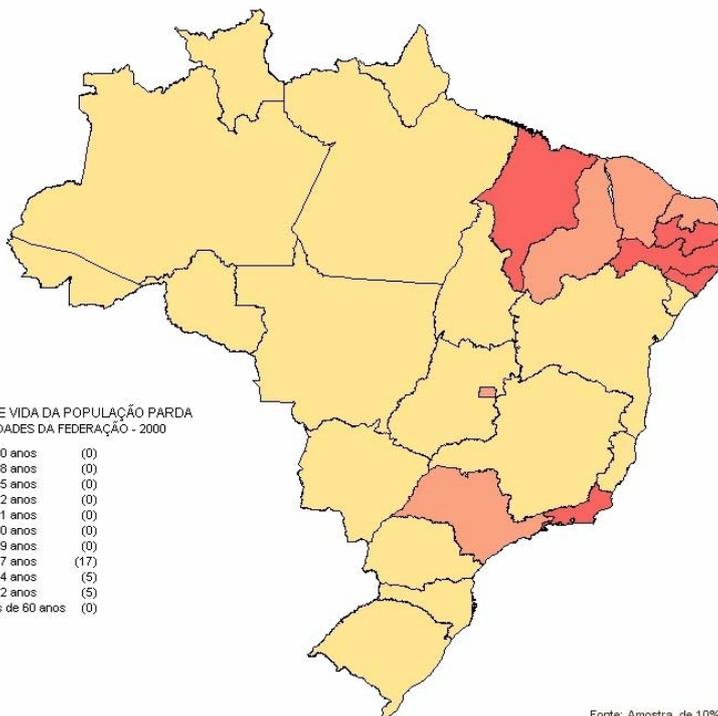


MAPA10: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO PARDA
AMBOS OS SEXOS - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000

78 a 80 anos	(0)
75 a 78 anos	(0)
72 a 75 anos	(0)
71 a 72 anos	(0)
70 a 71 anos	(3)
69 a 70 anos	(9)
67 a 69 anos	(8)
64 a 67 anos	(5)
62 a 64 anos	(2)
60 a 62 anos	(0)
menos de 60 anos	(0)

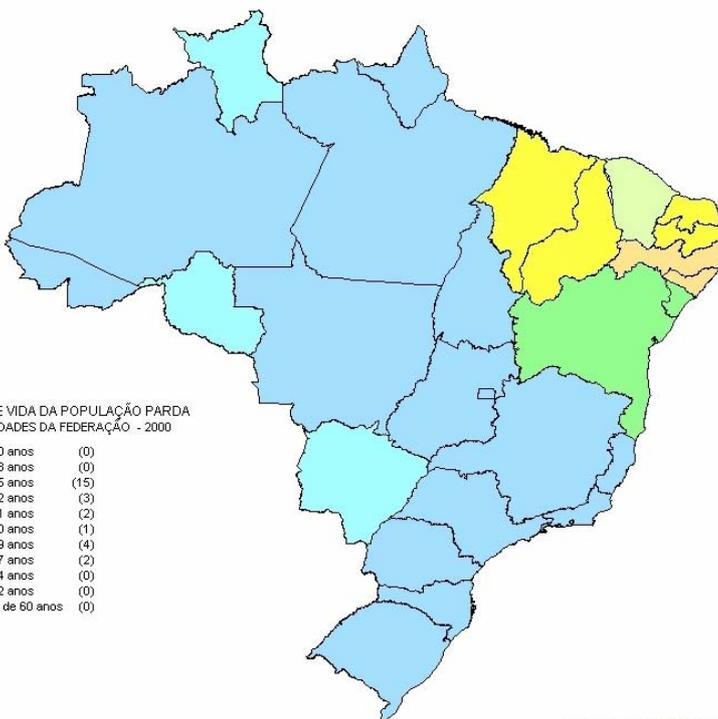
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti

MAPA11: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO PARDA
HOMENS - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000

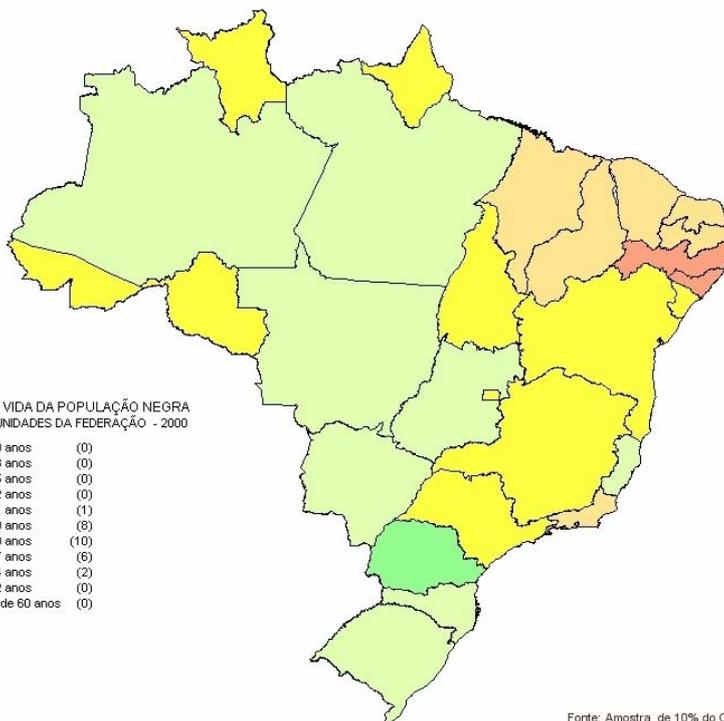


Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti

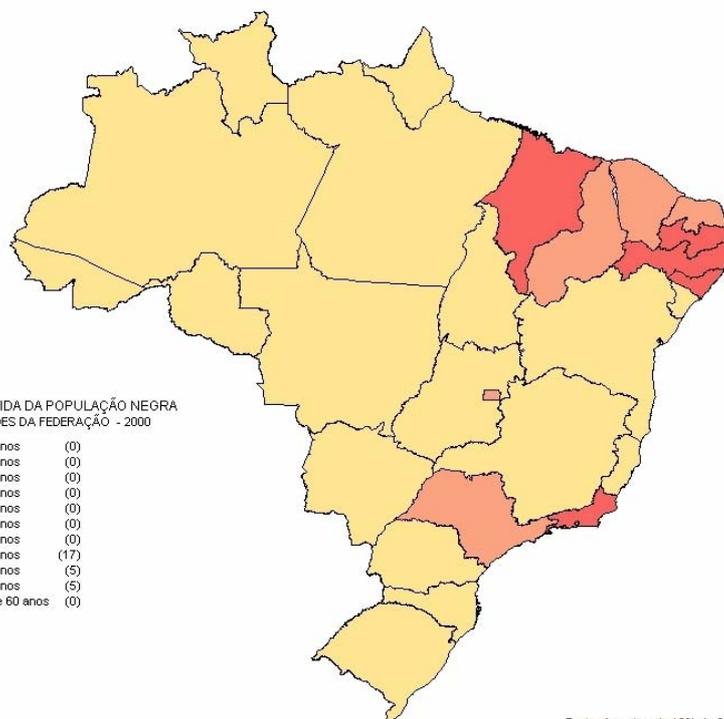
MAPA12: ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO PARDA
MULHERES - BRASIL, UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2000



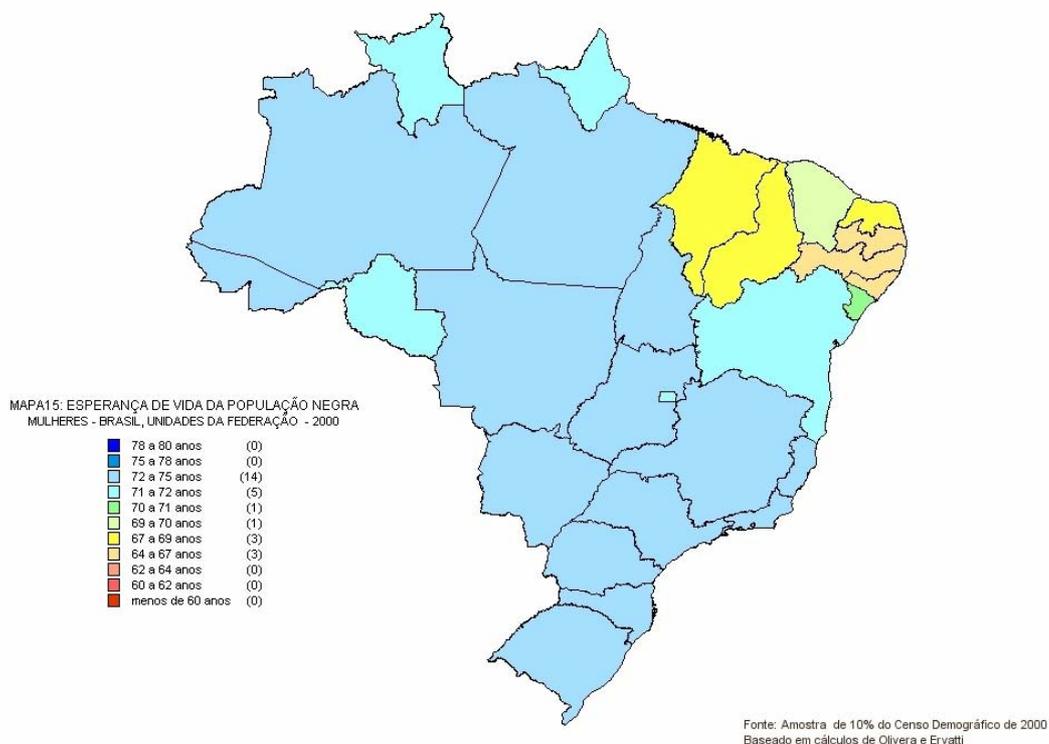
Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti



Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti



Fonte: Amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000
Baseado em cálculos de Olivera e Ervatti



Fonte:

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 (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

ANEXO III

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 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 cor/raça 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 cor/raça 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, esse autor observou uma participação relativamente maior das parcelas da população classificadas como de cor branca e de cor preta e um decréscimo na população de autoclassificada parda. Segundo ele, 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.

IV. TRECHOS DO RELATÓRIO PRELIMINAR DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Aspectos relacionados à população negra

Paulo Carvalho

APRESENTAÇÃO

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sergio Arouca), realizada de 7 a 11 de dezembro de 2003, trouxe inúmeras deliberações relacionadas às questões étnico-raciais, de gênero, orientação sexual e outras diferenciações existentes na população, propondo medidas dirigidas ao avanço da equidade no SUS

Em relação à saúde da população negra existem mais de 70 referências diretas, distribuídas nos 10 eixos temáticos da Conferência, dentre as quais cerca da metade falam da necessidade de se considerar o quesito cor na implementação das políticas públicas de saúde. Também é significativo o número de resoluções que propugnam por políticas afirmativas e de combate ao racismo, incentivando o controle social e a gestão participativa. Por fim, destacam-se dois agrupamentos também bastante presentes que se referem à Anemia Falciforme e à população remanescente de Quilombos.

O texto a seguir reproduz os parágrafos do Relatório que trazem referências à situação da população negra, aparecendo sublinhadas para facilitar a consulta. As duas resoluções que aparecem no interior de um quadro ainda não tinham sido aprovadas no momento em que foi feito este recorte para uso no Seminário Nacional de Saúde da População Negra (Brasília, agosto/2004).

EIXO TEMÁTICO I – DIREITO À SAÚDE

Introdução

(...)

A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Além disto no Brasil, os padrões de exclusão e a incidência da pobreza são também determinados pelas desigualdades de gênero, raça, etnia e geração. Neste sentido para efetivar o direito a saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão fruto da política macroeconômica. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, recursos materiais cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa respeitando as diferenças.

(...)

Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração e populações itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros.

Deliberações:

(...)

5. Defender a democratização das relações entre a sociedade e o Estado, promovendo o exercício da cidadania, com maior participação da população nos três esferas de governo mediante a criação de mais espaços públicos de participação política, com a garantia de respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiência e orientação religiosa.

(...)

15. Ampliar e implementar políticas públicas afirmativas, inclusivas e de combate a preconceitos, em particular as ações sociais do governo na área da saúde, com campanhas educacionais claras e objetivas nos meios de comunicação, que contemplem as questões de raça, étnicas, de gênero, orientação sexual, religião, as especificidades dos diversos ciclos de vida (idade) e de pessoas com deficiências, portadores de transtornos mentais e outras condições pessoais geradoras de exclusão, como adolescentes em conflito com a lei e presidiários.

(...)

17. Ampliar os Sistemas de Informação, incentivar a implantação de sistemas descentralizados de geoprocessamento em saúde, pesquisar, sistematizar e tornar público e acessível a todos, informações e dados estatísticos e epidemiológicos que concorram para a promoção da saúde, com identificação das diferentes etnias, sobre moradia, alimentação, educação, condições de vida, saúde e trabalho e com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias garantindo as ações de prevenção, tratamento e reabilitação.

(...)

26. Implementar a Política de Saúde do Idoso nas três esferas de governo, em consonância com os dispositivos do Estatuto do Idoso, com orientações preventivas aos agravos inerentes a terceira idade respeitando as questões étnicas, de gênero e de orientação sexual, e garantir o funcionamento efetivo do Conselho Nacional do Idoso.

(...)

33. Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva, assim como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens adultos e adolescentes, com ações dirigidas para a saúde da mulher que adote os enfoques de raça, etnia e de orientação sexual, bem como priorize as ações voltadas para as mulheres rurais, trabalhadoras domésticas e pessoas com deficiência, articulando as ações intersetoriais de combate à violência doméstica, sexual e racial contra as mulheres, conforme o Plano Nacional da Atenção à Saúde da Mulher.

34. Garantir o acesso à informação às mulheres em todos os níveis de atenção sobre os serviços que atendem às suas necessidades de saúde com qualidade e assistência integral, respondendo as especificidades de saúde das mulheres negras, indígenas, profissionais do sexo e derivadas de sua orientação sexual.

35. Instituir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra, a exemplo das já existentes para outros temas e grupos populacionais, e criar no Ministério de Saúde, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, comissões técnicas para estudo e avaliação da saúde da

população negra com participação da sociedade civil objetivando formular políticas e definir protocolos básicos de ação, conforme o Estatuto da Igualdade Racial.

(...)

42. Garantir a regionalização do programa de anemia falciforme (PAF) em todos os Estado e municípios, com teste do pezinho e da orelhinha, eletroforese de hemoglobina para crianças, gestantes e adultos, como também o acompanhamento às pessoas com diagnóstico comprovado por meio de equipes técnicas multiprofissionais, criando centros de referências para portadores de hemoglobinopatias.

(...)

44. Garantir à população que reside e/ou trabalha no campo acesso às ações e serviços de 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 remanescentes de quilombos em vilas e povoados, e população que mora nas periferias da cidades e trabalha no campo.

EIXO TEMÁTICO II – A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

Deliberações Gerais:

(...)

4. Construir, aprimorar e utilizar indicadores sociais e do setor da Saúde e que permitam avaliar as iniquidades existentes, para identificar regiões e grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, desprotegidos e expostos a riscos, considerando questões de gênero, raça e etnia, orientação e identidade sexual e necessidades especiais para que sejam priorizados nas ações de saúde e seguridade.
5. Garantir amplo sistema de controle social voltado para a seguridade social nas diferentes esferas de governo, respeitando as diversidades e especificidades e considerando aspectos de gênero, etnia e pessoas com deficiência e necessidades especiais, com representação composta por 25% de gestores e prestadores, 25% de trabalhadores e 50% de usuários.
6. Prover a reforma agrária, com base nacional, com a titulação e homologação das terras quilombolas, indígenas e ribeirinhas, e com participação e controle social, com assessoria e acompanhamento administrativos e financeiros garantindo a sobrevivência e o sucesso dos assentados, valorizando-se, também, as cooperativas de crédito, com ênfase no desenvolvimento sustentável.

Controle social:

(...)

22. Ampliar os repasses de incentivos financeiros federais aos municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, bem como ao Vale do Jequitinhonha, às comunidades indígenas, aos remanescentes de quilombos e às populações ribeirinhas, em todo o território nacional e com controle social, tendo em vista as peculiaridades regionais e conforme a densidade demográfica e considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para garantir o fortalecimento da seguridade social.

Previdência Social:

(...)

31. Garantir os direitos previdenciários a todos os trabalhadores, com prioridade para os que estão no mercado informal de trabalho, trabalhadores rurais e quilombolas, ou aqueles que, por qualquer motivo, estejam temporária ou permanentemente impedidos de trabalhar. Com este objetivo, devem ser "utilizados o superávit da própria Previdência Social, a taxação das grandes heranças e fortunas e outras fontes, combatendo-se a sonegação", com a devolução aos cofres públicos dos recursos fraudados recuperados.

(...)

39. Estender a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) às famílias com duas ou mais pessoas com deficiências, aos usuários de serviços de saúde mental, aos portadores de anemia falciforme de baixa renda, aos portadores de doenças crônicas e todas as pessoas com deficiências incapacitantes para vida laborativa e com filhos menores de 18 anos, independentemente da idade e contribuição suprimindo a exigência atual da incapacidade jurídica.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

Atendimento aos beneficiários da Previdência Social:

47. Implantar no Ministério da Previdência Social, em especial no INSS, uma política de humanização de combate ao racismo e a outras formas de discriminação no atendimento aos trabalhadores, com capacitação dos seus trabalhadores, visando ao tratamento dos indivíduos como pessoas (e não como se fossem patologias) respeitando suas diferenças de etnia, gênero, deficiência, opção sexual e outros pretextos para discriminação. Tornar mais rápidos os processos de liberação dos benefícios para os portadores de patologias de caráter degenerativo. Incluir as pneumopatias graves, artroses, hepatites e transtornos mentais, na lista de doenças graves, contagiosas ou incuráveis, constantes do Decreto nº 3.000/99, que dá direito a aposentadoria por invalidez e isenção de Imposto de Renda.

(...)

Assistência social:

(...)

53. Garantir, através de programas de Governo, a manutenção de renda e acesso à alimentação aos doentes de tuberculose, hanseníase, hepatite B, C e D, diabetes, doença de Chagas, epilepsias, HIV, HTLV I e II, hemofilias, anemias falciformes, renais crônicos, pessoas com deficiência, portadores de diabetes tipo 1, desde que comprovada a insuficiência de renda para fazer face ao tratamento.

EIXO TEMÁTICO III - A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

(...)

Deliberações sobre diretrizes gerais para as políticas públicas:

(...)

2. Assegurar que as políticas sociais e econômicas se orientem pela garantia de uma vida saudável mediante acesso à educação, emprego, renda,

alimentação, moradia, segurança, cultura, preservação das tradições, saneamento básico, meio ambiente saudável, transporte, lazer e esportes, assegurando uma política de infra-estrutura agrária e urbana que garanta o desenvolvimento socioeconômico e cultural das famílias:

- i. devendo ser planejadas e implementadas de forma articulada por meio de projetos intersetoriais, nas três esferas de governo;
- ii. incluindo a universalidade e a integralidade como princípios norteadores das políticas intersetoriais para o efetivo impacto de melhoria das condições de vida e de saúde da população;
- iii. reconhecendo as políticas de ação afirmativa como estratégicas para o alcance da universalidade.

4. Comprometer todas as esferas de governo com a redução de iniquidades sociais, garantindo o acesso universal ao trabalho e à renda digna, através de pactos sociais para o enfrentamento dos conflitos que são inerentes aos processos de mudança, fortalecendo situações favoráveis à vida e à superação das iniquidades, garantindo a melhoria da qualidade de vida com ambientes, alimentos e outros produtos de consumo saudáveis, promovendo e desenvolvendo articulações entre os programas sociais para potencializá-los nas diversas esferas de governo:

- i. desenvolvendo e aprimorando indicadores de desigualdades e exclusão social (originadas por fatores econômicos, de gênero, de raça, etnia, orientação sexual, idade, por tipo de necessidades especiais ou deficiências e por orientação religiosa), incluindo os relacionados com a educação e o meio ambiente, que sirvam de base para a formulação e o desenvolvimento das macro-políticas econômicas e sociais, fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde da população;

(...)

5. Intensificar e aperfeiçoar os programas sociais, com recursos específicos das respectivas áreas ou setores, para ampliar o acesso das famílias com maiores necessidades sociais e diminuir os riscos à saúde:

(...)

vi. considerando a diversidade de gênero, etnia, raça, orientação sexual, idade, presença de necessidades especiais ou deficiências, orientação religiosa e o impacto produzido pela introdução de novos processos de trabalho.

(...)

9. Planejar e organizar serviços para garantir a saúde da população, considerando os contextos e as especificidades culturais dos locais onde residem e trabalham as pessoas, onde se estabelecem as relações sociais e com o ambiente (natural ou construído), assim como a diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, idade, orientação religiosa, deficiência e necessidades específicas, com estratégias de articulações intersetoriais envolvendo instituições que prestam serviços à população, incentivando métodos e abordagens apropriados à diversidade e complexidade dos problemas vivenciados pela população, promovendo o processo de planejamento, execução, avaliação do impacto e dos efeitos dessas ações sobre a qualidade de vida e de saúde da população a partir de uma agenda intersetorial de ação mais global.

(...)

12. Incorporar, na formulação de políticas, a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde – agravos, doenças e acidentes do trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco

de contaminações químicas e dos alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação ambiental – fazendo com que nas três esferas de governo sejam realizadas ações de controle dessas situações de risco, atendendo as necessidades e demandas, com especial atenção àquelas identificadas pelas pessoas envolvidas:

(...)

iii. considerando na promoção da saúde que há uma modalidade de racismo, que se expressa pela exposição de pessoas da raça negra ou indígena a contextos ambientais que oferecem riscos à saúde, criando condições desfavoráveis de desenvolvimento humano.

(...)

14. Definir estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde que devem ser diferenciadas segundo as questões específicas de grupos populacionais vulneráveis, buscando a articulação interconselhos para fortalecer o controle social, e aprimorando legislações e normas capazes de garantir o direito desses grupos de forma integral, como as referentes aos povos indígenas, às mulheres, aos homens, aos negros, às crianças, aos adolescentes, aos idosos, às pessoas com patologias específicas e pessoas com deficiências, homossexuais, travestis e transgêneros, entre outros.

Deliberações sobre a articulação intersetorial das políticas públicas:

(...)

22. Implementar ações intergovernamentais, com recursos específicos das respectivas áreas, criando instrumentos normativos para garantir a perenidade das ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos problemas nacionais prioritários em defesa da vida, cujas soluções exigem a prática da intersetorialidade:

(...)

iv. na promoção da igualdade racial;

23. Desenvolver políticas intersetoriais, nas três esferas de governo, assegurando o controle social, voltadas a garantir a promoção da saúde e a qualidade de vida envolvendo prioritariamente os seguintes setores para o desenvolvimento de ações integradas: saúde, educação, seguridade social, cidades, meio ambiente, agricultura, trabalho, cultura, esportes, transporte, Ministério Público, justiça, segurança, assistência social, Secretaria da Promoção da Igualdade Racial (SEPIR) e Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), dentre outras:

i. no controle dos processos produtivos e dos produtos, das condições de trabalho e dos serviços prestados pelo poder público e pelo setor privado;

ii. na qualidade ambiental nos centros urbanos, na área rural, nas áreas indígenas e de florestas;

iii. na efetividade das ações de fiscalização e de vigilância em saúde ambiental, sanitária, do trabalhador e epidemiológica;

iv. na eficiência, segurança e acessibilidade do transporte coletivo.

24. Garantir a descentralização de recursos do governo para o desenvolvimento de ações integradas, sustentáveis e intersetoriais, orientadas pelas características sócio-culturais e geográficas e configuradas a partir dos contextos de risco apontados nos diferentes perfis epidemiológicos e sociais,

priorizando as áreas de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e educação.

(...)

30. Considerando os problemas sócio-ambientais identificados e visando a promoção da saúde, garantir que a agenda do governo seja de caráter intersetorial e que inclua a distribuição de responsabilidades entre todos os seus ministérios. No âmbito do SUS, organizar uma agenda para aprimorar e qualificar o trabalho intersetorial, nas estruturas das três esferas de governo, com a participação dos gestores, conselhos de saúde, prestadores de serviços e da sociedade civil organizada:

(...)

ii. estabelecendo entre os ministérios da Previdência, da Assistência Social, da Justiça e do Trabalho uma agenda intersetorial visando políticas de promoção da igualdade racial e de gênero, com a finalidade de combater preconceitos, discriminações e violências;

(...)

Deliberações sobre a intersetorialidade em políticas públicas específicas:

35. Garantir a implementação da política de reforma agrária que fixe o trabalhador rural no campo, comprometendo as três esferas de governo. No que concerne especificamente à saúde, desenvolvendo projetos relacionados com ações e serviços de saúde em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, INCRA e os movimentos sociais, para contribuírem com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acampados e assentados rurais, pequenos produtores rurais, indígenas e quilombolas, considerando:

(...)

vii. titulando as terras de remanescentes de quilombos e ribeirinhos;

(...)

36. Preservar a rica diversidade existente no Brasil nas suas dimensões étnicas, raciais, culturais, sociais e ambientais que, na visão holística, constitui elemento fundamental para a compreensão da saúde em seu significado mais amplo, garantindo o direito à demarcação, legitimação e preservação dos territórios indígenas e quilombolas, fundamental para a sobrevivência das populações tradicionais, entendendo o direito à terra como componente essencial da saúde e da qualidade de vida, com uma política efetiva de fiscalização em relação à degradação e invasão dessas áreas, defendendo a soberania nacional.

(...)

49. Fortalecer e priorizar uma política de saneamento básico pelo governo, compreendida como política pública essencial para a qualidade de vida, definindo recursos e responsabilidades de cada setor nas três esferas de governo, no sentido de garantir o saneamento básico, incluindo água potável com controle periódico da qualidade, definindo e disponibilizando recursos para ampliação da rede de distribuição das adutoras e perfuração de poços onde não exista fonte de água potável, com instalação de dessalinizadores, levando-se em consideração as prioridades em saúde, deposição do lixo e esgotamento sanitário:

(...)

iv. incluindo populações dos assentamentos rurais e aldeias indígenas, agricultores familiares e remanescentes de quilombos e ciganos, especialmente no abastecimento de água de qualidade;

(...)

58. Promover a articulação e parceria dos diversos setores envolvidos com o problema da fome e das carências nutricionais, visando a sua erradicação no país, agindo especialmente em populações vulneráveis e de risco (com déficit nutricional), implantando conselhos e comitês de segurança alimentar e nutricional, implementando a política nacional de alimentação e nutrição, com fortalecimento das ações de alimentação e nutrição de forma articulada às ações de segurança alimentar e nutricional, com sensibilização, informação e educação em saúde, com controle de qualidade e conservação pela Vigilância Sanitária de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, divulgando amplamente os resultados obtidos, ampliando e implementando o Programa do Leite, extensivo à área rural, indígena e quilombola, integrando-o às ações de combate às carências nutricionais nos grupos de risco (com déficit nutricional), garantindo sua entrega, conservação e fiscalização pelos conselhos de saúde, sob as normas da Vigilância Sanitária e fiscalizado pelos conselhos de saúde, inclusive quanto à aplicação dos recursos:

- i. incluindo as ações de assistência social, nas três esferas de governo;
- ii. fomentando e fortalecendo a criação das políticas estaduais de alimentação e nutrição;
- iii. fomentando a criação e ação das Comissões Interinstitucionais de Alimentação e Nutrição (CIAN), nos conselhos de segurança alimentar e nutricional;
- iv. estabelecendo convênios entre os Ministérios da Educação, Saúde e Extraordinário de Segurança Alimentar (Mesa) e os conselhos de saúde.

(...)

60. Integrar as unidades básicas de saúde às escolas, inclusive nas comunidades indígenas e quilombolas, implantando uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares e preservação ambiental, sob a orientação de nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais especializados, em parceria com as secretarias de agricultura, da educação, da assistência social e outros órgãos afins, das esferas estaduais e municipais.

61. Formular, implementar e articular a implantação de uma política de saúde nas escolas, envolvendo os setores de educação, saúde e outros afins, nas três esferas de governo, para a prevenção e promoção da saúde nas escolas, desenvolvendo uma política de educação popular e saúde nas escolas, transformando-as em 'escolas saudáveis e promotoras de saúde', abordando temas como:

- i. acidentes e violências;
- ii. educação alimentar e nutricional;
- (...)
- vii. combates às discriminações;
- (...)
- xviii. buscando parcerias e apoios com ONG, entidades religiosas, associações de moradores e consórcios intersetoriais regionais direcionados para os diferentes centros de referência;
- xix. capacitando professores, pais e alunos como agentes multiplicadores, com recursos para sua operacionalização, envolvendo também os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Educação, nas três esferas do governo;
- xx. educação sexual, prevenção da gravidez precoce;

xxi. prevenção de DST, incluindo HIV/AIDS, hepatites virais, anemia falciforme e outras doenças de interesse da saúde pública, tais como as doenças oftalmológicas, auditivas, infecciosas e não transmissíveis;

(...)

74. Formular política de geração de trabalho e renda para grupos populacionais vulneráveis, articulando ações intersetoriais que envolvam a Secretaria Nacional de Economia Solidária, Coordenação Nacional de Saúde Mental e demais órgãos federais afins, incluindo a regulamentação da lei das cooperativas sociais e fomento às incubadoras de cooperativas populares das universidades federais.

EIXO TEMÁTICO IV – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

Deliberações sobre mecanismos e instâncias de articulação e pactuação entre os gestores:

(...)

31. Estabelecer parcerias entre as três esferas de governo, sindicatos, associações de bairro e outras instituições públicas, visando à promoção da saúde, para garantir o saneamento ambiental a todos, especialmente nos assentamentos rurais, nas aldeias indígenas, nas terras remanescentes de quilombos, nas reservas extrativistas, com ênfase para o abastecimento de água, sustentabilidade e respeito à cultura local.

(...)

EIXO TEMÁTICO V – A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Introdução

(...)

Os pressupostos da organização dos serviços são o estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários; a responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população; a integralidade na atenção, considerando as diversidades de gênero, idade, raciais, étnicas e culturais; o aumento da resolutividade; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais.

(...)

Deliberações relativas à Atenção Básica e à Saúde da Família:

(...)

15. Organizar e ampliar a atenção básica, tendo a Saúde da Família como uma das portas de entrada e um programa rastreador de problemas de saúde da rede de serviços de saúde e a partir do qual sejam feitas as referências e contra-referências. Garantir acesso aos serviços de média e alta complexidade, englobando os aspectos de promoção e resolução dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com o planejamento local e regional, respeitando-se a diversidade de formas de organização dos serviços. A Saúde da Família deve respeitar os direitos e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de

mulheres e homens e, em sua ação dirigida para a saúde da mulher, adotará os enfoques de raça e etnia (mulheres negras e indígenas) e de orientação sexual. Dará prioridade às ações voltadas para as mulheres rurais, trabalhadoras domésticas e pessoas com deficiência, conforme as diretrizes do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

Deliberações relativas à Assistência Farmacêutica:

(...)

28. Garantir o suprimento pelas três esferas de governo, em quantidade suficiente, e o acesso por meio de cadastro, aos medicamentos de uso contínuo para as pessoas com doenças crônico-degenerativas (como tuberculose, diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, hanseníase, doenças mentais, de HTLV I e II, disfunção da tireóide, doença de Gaucher, lesão medular e cerebral, anemias hereditárias, onco-hematológicas e outras). Realizar avaliação periódica para a prescrição, conforme as características da patologia, baseada em protocolos clínicos elaborados a partir de estudos que comprovem a eficácia terapêutica.

Deliberações relativas a ações de média e alta complexidade:

(...)

53. Ampliar a rede de hemocentros ('hemorrede') para o atendimento de emergência e ambulatorial hematológico de doentes com anemias hereditárias, hemofilias e outras doenças hemorrágicas e onco-hematológicas. Priorizar e ampliar as campanhas de doação de sangue, realizando-as a partir de estratégias de comunicação e marketing em saúde pública.

Deliberações relativas a questões de gênero:

54. Avançar na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) no Brasil, garantindo as suas ações tradicionais, propostas em 1983, incorporando a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais e considerando especificidades tais como das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas. Entre outras, devem ser desenvolvidas políticas específicas para os seguintes aspectos:

(...)

ii. Garantir a interiorização da atenção ao pré-natal para assegurar o acesso às mulheres residentes na zona rural, inclusive para as mulheres que realizam o parto no domicílio, com parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas;

(...)

viii. A vacinação e avaliação clínica do recém-nato, o agendamento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a coleta de material para o "teste do pezinho" ampliado e o "teste da orelhinha" até o sétimo dia de nascimento;

(...)

Deliberações sobre questões étnicas e raciais:

61. Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços de saúde, em todas as áreas de abrangência do SUS, incluindo o atendimento aos casos de emergência e de rotina, decorrentes de suas condições específicas de saúde, com a divulgação de informações sobre a localização das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Aumentar a eficácia da atenção à saúde, incorporando à

prestação dos serviços o conhecimento sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra, de modo a permitir que:

i. Os espaços tradicionais de matriz africana sejam valorizados como equipamentos de difusão dos saberes e práticas de promoção da saúde da população negra;

ii. A elaboração de programas de informação, educação e comunicação, que levem em conta práticas populares de cuidados com a saúde.

62. Garantir a formulação e a implementação de políticas públicas para a atenção aos portadores de anemia falciforme e hemoglobinopatias, com ênfase no atendimento de crianças, que inclua a garantia de recursos financeiros adequados, o desenvolvimento de ações integrais englobando o diagnóstico precoce, a ampliação do serviço de hematologia na rede ambulatorial, o acompanhamento contínuo e regionalizado e a atenção tanto a familiares quanto aos portadores, por meio de aconselhamento genético, com a qualificação dos profissionais da saúde para a atenção apropriada, bem como para o registro adequado das ocorrências e óbitos por anemia falciforme.

63. (...) *(sobre saúde indígena)*

64. Criar uma comissão multidisciplinar de assessoria técnica em vigilância em saúde, ciências humanas e áreas afins para os distritos sanitários indígenas, com participação da comunidade indígena. Implantar e manter nas bases dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, equipes multiprofissionais, com apoio de transporte adequado para as ações de emergências nas aldeias indígenas e nos locais de difícil acesso.

Deliberações relativas à atenção nos diversos ciclos de vida:

(...)

69. Assegurar às crianças e adolescentes que apresentam neoplasias, anemias falciformes, hemoglobinopatias, distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e outras o encaminhamento para exames especializados e tratamentos necessários na rede de serviços próprios ou vinculados ao SUS.

(...)

Deliberações relativas à atenção aos portadores de deficiência e de doenças específicas:

(...)

90. Dar maior atenção à problemática da hanseníase (diagnóstico, controle e tratamento), capacitando os profissionais, descentralizando o diagnóstico e o tratamento em toda a rede de atenção básica de saúde, garantindo integralmente a distribuição dos medicamentos e proporcionando informação permanente à população por meio dos veículos de comunicação, empreendendo ações específicas de controle da hanseníase em grupos vulneráveis, como por exemplo, presídios, quilombos e populações ribeirinhas, visando à eliminação da doença, estruturando serviços e garantindo àqueles com complicações da doença ou pós-cura os medicamentos para tratamento das reações da hanseníase, fisioterapia, oftalmologia, terapia ocupacional, acompanhamento odontológico e cirurgia.

Deliberações relativas à alimentação e nutrição:

(...)

93. Estabelecer parcerias entre governo e entidades para que sejam realizadas oficinas sobre alimentação saudável e enriquecida. Que seja produzida

a multimistura e que as unidades básicas de saúde (UBS) saibam orientar e distribuí-la às crianças, adolescentes, gestantes, idosos e também para as entidades que trabalham com portadores e casos de imunodeficiências e/ou subnutrição, respeitando diversidades religiosas, culturais e étnicas, como estratégia de prevenção e recuperação mais rápida das pessoas com déficits de peso e nutricionais.

Deliberações relativas à saúde ambiental:

(...)

98. Elaborar programas de saúde ambiental auto-sustentáveis e de saúde do trabalhador, inclusive para trabalhadores rurais, áreas indígenas e as remanescentes de quilombos.

(...)

EIXO TEMÁTICO VI - CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

Deliberações sobre questões gerais do Controle Social:

(...)

2. Garantir o fortalecimento do Controle Social na formulação, regulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas equitativas para a criança, adolescente, mulher, idoso, trabalhador, orientação sexual, pessoas com deficiências, pessoas com patologias, população negra, população indígena, nas três esferas do governo, bem como da população carcerária.

(...)

7. Organizar reuniões e seminários, aproveitando os espaços existentes nas comunidades (escolas, igrejas, centros comunitários, comunidades indígenas e de quilombolas e de templos religiosos), com o objetivo de discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres.

(...)

Deliberações relativas aos Conselhos de Saúde:

(...)

18. Garantir que os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, tenham a sua composição de acordo com a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, anulando a Resolução nº 36 do CNS que recomenda a inclusão das entidades de empresários no segmento de usuários, garantindo a representação dos empresários no segmento dos prestadores de serviços e:

i. propiciando a participação de diferentes etnias e minorias de forma que, nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, a composição da representação de usuários eleita pelos movimentos sociais organizados respeite as especificidades raciais, étnicas, religiosas e demográficas do município e da região;

(...)

24. Definir como principais atribuições dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo:

(...)

xii. analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde da população, com oferta de ações de saúde para grupos específicos, considerando raça, geração, etnia, trabalho, orientação sexual e outras demandas;

(...)

31. Criar comissão permanente de atenção à saúde da população negra nos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo (municipal, estadual e nacional) visando o monitoramento dos agravos desse segmento populacional e a redução da mortalidade precoce por causas evitáveis, em consonância com a política nacional de promoção da igualdade racial.

EIXO TEMÁTICO VII - O TRABALHO NA SAÚDE

(...)

Deliberações sobre questões gerais para a gestão do trabalho em saúde:

(...)

8. Construir e gerenciar um banco de dados dos trabalhadores do SUS, de base territorial e âmbito nacional, que contemple mecanismos de esclarecimento sobre a situação dos trabalhadores, com vistas ao planejamento da gestão do trabalho e controle social. Informações sobre raça, etnia e cargos ocupados pelos profissionais de saúde devem estar incluídas no banco de dados.

(...)

40. Adotar mecanismos antidiscriminatórios para evitar abusos e posturas autoritárias de todos (chefias, coordenações e funcionários), incluindo o assédio moral, sexual e toda e qualquer forma de discriminação aos trabalhadores de saúde, aos portadores de patologias crônico-degenerativas, pessoas com deficiência e demais usuários nos serviços públicos e privados conveniados ao SUS.

(...)

Deliberações gerais sobre a gestão da educação em saúde:

(...)

74. Garantir a incorporação, nos currículos escolares em todos os níveis de ensino, de conteúdos didáticos que garantam o conhecimento sobre o SUS, a seguridade social, a educação em saúde, alimentação e nutrição, a prevenção de acidentes de trânsito, a sexualidade, o acesso e uso de preservativos e os direitos reprodutivos, a educação ambiental, a saúde individual e coletiva, das populações indígenas, dos grupos étnicos e raciais, as terapias naturais complementares e os demais temas relativos à saúde da população.

Deliberações sobre a formação dos profissionais de saúde:

(...)

82. Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS.

(...)

Deliberações sobre a educação permanente e educação em serviço:

94. Melhorar a qualidade das práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde que atuam diretamente com a população e, em especial,

com os ACS e agentes de controle de endemias, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia, contribuindo para ampliação do saber sobre saúde e o auto cuidado.

95. Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional e com ênfase na humanização das relações e do atendimento e destacando os seguintes conteúdos:

i. ações humanizadas e solidárias, abolindo todas as formas de discriminação por identidade de gênero, orientação sexual, etnia, diferença entre gerações, classe social ou religião;

ii. saúde da população, para melhor qualificar os serviços de saúde nas ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação considerando as especialidades epidemiológicas, sócio-culturais e de gênero;

iii. humanização do atendimento dos portadores de DST/Aids, com ênfase na não discriminação dos profissionais de sexo, usuários de drogas, gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e simpatizantes (GLBTS);

iv. qualificação para melhor diagnosticar especificidades e características genéticas, culturais e socioeconômicas, tais como anemia falciforme, miomatoses, hipertensão arterial, diabetes e outras;

(...)

99. Capacitar as equipes multidisciplinares e multiprofissionais de Saúde da Família, específicas ou de referência, para a atenção às comunidades indígenas, comunidades rurais quilombolas e comunidades negras urbanas utilizando as estruturas existentes, em especial da Funasa e do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), na capacitação de técnicos em saúde indígena e agentes locais de saúde para que respeitem e compreendam as diferenças culturais e étnicas, estendendo a capacitação aos povos indígenas brasileiros em todo território nacional.

EIXO TEMÁTICO VIII – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

(...)

Deliberações sobre gestão da Ciência e Tecnologia do Setor Saúde:

(...)

31. Viabilizar pesquisas com recursos do Ministério da Saúde, cujas linhas sejam definidas com base na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, considerando-se as necessidades regionais e os seguintes temas:

i. Promoção e prevenção na saúde conforme a biodiversidade nacional, respeitando as diferenciações étnicas;

ii. Pesquisa social na esfera da saúde;

iii. Determinantes e condicionantes intersetoriais dos problemas de saúde, subsidiando diagnósticos e intervenções sócio-ambientais;

iv. Gênero e etnias afro-descendentes e indígenas, incluindo a avaliação do estado de doenças prevalentes nas populações afro-descendentes e indígenas;

(...)

46. Proporcionar apoio técnico-científico e financeiro para que as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos de saúde da população negra e indígena. Estabelecer linhas de pesquisas em saúde da população negra e indígena por agências de fomento à pesquisa e pós-

graduação, tais como CNPq, CAPES, FINEP e fundações estaduais de pesquisa (FAP).

(...)

Deliberações sobre a incorporação tecnológica e as inovações no setor saúde:

(...)

67. Pesquisar os efeitos colaterais causados por medicamentos usados no tratamento de doenças graves e crônicas (HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, hepatites virais, entre outros), levando em consideração o recorte étnico/racial e de gênero.

EIXO TEMÁTICO IX – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

(...)

Deliberações sobre critérios e mecanismos para distribuição de recursos da saúde:

(...)

45. Garantir o incremento de recursos financeiros para os municípios em que existam acampamento e assentamento de trabalhadores rurais, população indígena, afro-descendentes, população ribeirinha e áreas de remanescentes de quilombo, com ou sem titulação de posse.

Deliberações Sobre Projetos, Programas e Ações Específicas:

(...)

- Questões Relativas à Saúde de Grupos Populacionais:

(...)

74. Garantir recursos financeiros específicos para a implementação da política de saúde da população negra, nas três esferas de governo.

Destaque:

- a) Manutenção do texto original.
- b) Supressão total da proposta.

(...)

EIXO TEMÁTICO X – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

(...)

Diretrizes em relação ao campo de interfaces da informação, da comunicação e da educação em saúde:

(...)

6. As iniciativas na área de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas, culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades e movimentos sociais, buscando a universalidade da comunicação, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, âmbito de distribuição e as formas de avaliação dos resultados.

9. Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Conselhos de Saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecer a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde. Deve ser garantida a ampla divulgação dos eventos e deliberações dos conselhos das três esferas e a realização de:

(...)

vi. divulgação de matérias específicas relacionadas à saúde, em especial as decisões e votações dos três poderes da federação, na mídia convencional e alternativa, nas comunidades étnicas e entre os gestores;

(...)

Deliberações sobre Informação e Informática em Saúde:

(...)

42. Divulgar informações e implantar banco de dados epidemiológicos/estatísticos socioeconômicos, por etnia, tais como moradia, condições de vida e saúde, com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, utilizando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desagregado por sexo e cor e os índices de exclusão social como parâmetros para monitorar as doenças prevalentes entre as populações negras e indígenas.

(...)

V – PLANO NACIONAL DE SAÚDE: UM PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL, AÇÕES AFIRMATIVAS PARA AVANÇAR NA EQUIDADE

Luiz Antônio Nolasco⁶⁰

A inserção do quesito raça/cor no Plano Nacional de Saúde – PNS – está fundamentada num elenco de iniciativas por parte do Governo Federal, compreendendo: o Plano Plurianual (PPA 2004-2007); os Compromissos Internacionais firmados pelo Estado Brasileiro; as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde; a articulação intersetorial com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (Termo de Compromisso MS/Seppir), a mobilização e colaboração de um grupo de pesquisadoras e pesquisadores negros, especialistas em saúde da população negra.

Para efeito de informação, abordamos, a seguir, (i) os principais aspectos relacionados às orientações e proposições gerais de Governo, expressas no PPA; (ii) a estrutura do recorte étnico/racial no PNS; e (iii) as perspectivas de desdobramento no processo de construção/pactuação requeridos pelo PNS.

A construção do Plano Plurianual/PPA 2004-2007, um dispositivo constitucional, foi promovida mediante ampla mobilização social, tendo como base os três megaobjetivos fixados pelo Governo para o período, a saber: (i) inclusão social e redução das desigualdades sociais; (ii) crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais; e (iii) promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia.

Para o alcance desses megaobjetivos, foram definidos diretrizes gerais e desafios a serem enfrentados. A grande maioria das propostas do Ministério da Saúde estão inseridas no megaobjetivo I, cujas diretrizes e desafios estão apresentados a seguir.

1. MEGAOBJETIVO I - Inclusão social e redução das desigualdades sociais

1.1 Diretrizes gerais para o alcance do megaobjetivo

1. Descentralização da gestão com participação e controle social, com ênfase em novas formas de articulação e na capacitação das equipes locais.
2. Informação da sociedade sobre os direitos e deveres, inclusive os previstos na Constituição Federal e nos instrumentos internacionais, bem como sobre os órgãos capazes de assegurá-los.
3. Otimização da utilização dos recursos disponíveis, redução de custos e a ampliação da capacidade de produção para a democratização do acesso aos serviços.
4. Disponibilização de bens e serviços públicos de forma equitativa e com justiça social.

⁶⁰ Subsecretário Adjunto da Secretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – SUBADJ/SPO/SE/MS

5. Articulação das políticas sociais, com a viabilização da intersetorialidade e transversalidade e com a formação de parcerias entre as três esferas de governo.
6. Desenvolvimento da co-gestão e de parcerias com as organizações da sociedade civil, na implementação das políticas sociais.
7. Direcionamento do investimento na área social para a promoção da equidade regional e microrregional.
8. Valorização das características regionais e das particularidades sócio-culturais na formulação e implementação das políticas sociais.
9. Viabilização da inclusão social, da equalização de oportunidades (gênero, raça, etnia, orientação sexual e pessoas portadoras de necessidades especiais) e da cidadania.
10. Democratização do acesso às informações e divulgação sobre a evolução dos indicadores de desigualdades sociais, com o recorte de gênero, raça, etnia, geração e orientação sexual.
11. Envolvimento da população, grupos vulneráveis e organizações na elaboração das políticas e implementação dos programas sociais.
12. Promoção da inclusão social com iniciativas estruturantes e não apenas emergenciais.
13. Transparência nos investimentos para a área social.
14. Garantia do recorte transversal de gênero, raça, etnia, geracional, pessoa portadora de necessidade especial e orientação sexual para formulação e implementação de políticas públicas.

1.2 Desafios a serem superados no alcance do megaobjetivo I.

Desafio nº 1 *Combater a fome visando a sua erradicação e promover a segurança alimentar e nutricional, garantindo o caráter de inserção e cidadania.*

Desafio nº 2

Ampliar a transferência de renda para as famílias em situação de pobreza e aprimorar os seus mecanismos.

Desafio nº 3

Promover o acesso universal, com qualidade e equidade à seguridade social (saúde, previdência e assistência).

Desafio nº 4

Ampliar o nível e a qualidade da escolarização da população, promovendo o acesso universal à educação.

Desafio nº 5

Promover o aumento da oferta e a redução dos preços de bens e serviços de consumo popular.

Desafio nº 6

Implementar o processo de reforma urbana, melhorar as condições de habitabilidade, acessibilidade e de mobilidade urbana, com ênfase na qualidade de vida e no meio-ambiente.

Desafio nº 7

Reduzir a vulnerabilidade das crianças e de adolescentes em relação a todas as formas de violência, aprimorando os mecanismos de efetivação dos seus direitos.

Desafio nº 8

Promover a redução das desigualdades raciais.

Desafio nº 9

Promover a redução das desigualdades de gênero.

Desafio nº 10

Ampliar o acesso à informação e ao conhecimento por meio das novas tecnologias, promovendo a inclusão digital.

A partir dessas orientações, o Ministério da Saúde estabeleceu então os seus **objetivos setoriais**, dos quais são destacados aqui aqueles mais diretamente relacionados à temática.

“Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis – em especial os povos indígenas – de portadores de patologias e deficiências, mediante a adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida”.

“Integrar a rede do SUS de forma intersetorial e transversal, aproveitando a capilaridade desta rede para apoiar o Fome Zero e outros programas do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e de outros Ministérios”.

Cabe ressaltar que o enunciado acima reflete um momento, em cuja estrutura governamental ainda aparecia o Mesa (Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar). Contudo, o Plano Plurianual, conforme amplamente divulgado, passa anualmente por um processo de revisão, oportunidade em que se procederá certamente aos ajustes necessários, sem prejuízo de seus princípios e intencionalidades.

Como instrumento de gestão capaz de responder às especificidades do papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o PNS estabelece um conjunto de diretrizes e metas que se apóiam nos objetivos setoriais do PPA – como os acima descritos –, entre os quais o definido como objetivo geral do Plano, qual seja:

2. Objetivo geral do Plano Nacional de Saúde

“Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados”.

Embora PPA e PNS sejam instrumentos de planejamento cujas lógicas estão baseadas nos objetivos setoriais do MS, o primeiro está pautado em

programas e ações enquanto o segundo define diretrizes e metas nacionais para o período 2004-2007. Nas diretrizes do PNS são definidas as linhas gerais de atuação para o alcance do respectivo objetivo setorial, ora indicando as estratégias básicas, ora as prioridades.

São diretrizes diretamente relacionadas ao tema saúde da população negra:

2.1 Promoção da equidade na atenção à saúde da população negra.

- 1) A atuação do SUS nesse âmbito buscará contribuir para a redução das desigualdades econômico-raciais que permeiam a sociedade brasileira, na conformidade da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela Seppir (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Para tanto, serão definidas as iniciativas de longo, médio e curto prazo, além do atendimento das demandas mais imediatas, mediante principalmente o estabelecimento de ações afirmativas em saúde. Nesse particular, especial atenção será dada para as mulheres e a juventude negras, garantindo o acesso e a permanência destes públicos na área da saúde.
- 2) A atenção à saúde da população negra irá requerer a capacitação dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado, tendo em conta as doenças e agravos que são decorrentes da raça negra ou que sobre ela incidem com maior severidade. Nesse contexto, destaca-se a anemia falciforme, cujo programa será revisto, visando o seu fortalecimento e implementação em todos os serviços do SUS, contemplando também a vacinação contra o Haemophilus influenza tipo B. Deverá ser aperfeiçoado o acesso das comunidades quilombolas ao conjunto das ações de saúde, em especial aquelas relacionadas às doenças imunopreveníveis.
- 3) Por outro lado, deverá ser assegurada a efetiva participação de representações dessa população no planejamento das ações e no seu monitoramento, consolidada a integração com outras áreas do governo que atuam nessa área e estabelecida articulação contínua com organizações não governamentais envolvidas com as questões da raça negra. Além disso, serão promovidos estudos que subsidiem o aperfeiçoamento da atenção à saúde ou forneçam respostas às questões relacionadas à saúde da população negra. Para tanto, uma medida relevante consistirá na inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

O PNS estabelece como metas nacionais para o alcance dessas diretrizes:

- 1. Implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias.**
- 2. Capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra.**

É oportuno esclarecer que o Plano Nacional de Saúde foi apresentado e debatido em oficinas macrorregionais, envolvendo gestores estaduais, municipais

e representantes dos Conselhos Estaduais de Saúde (segmento de usuários e trabalhadores).

Naquela ocasião o debate tinha por objetivo indicar e eleger as diretrizes regionalizadas, em ordem de prioridade, para tanto também foram discutidos o Plano Nacional Diretor de Investimentos e a Política de Regionalização – ambos integrantes da agenda estratégica da Secretaria Executiva do MS, cujos desdobramentos ocorrerão neste segundo semestre, por meio de processo em vias de negociação com estados e municípios. Acresce-se, ainda, que o PNS foi apreciado e aprovado em reunião do Conselho Nacional de Saúde, realizada no dia 4 de agosto p.p. . Durante a reunião do CNS foram apresentadas algumas novas proposições que também serão inseridas no Plano.