

Saúde da População **Negra**

Coleção Negras e Negros: **Pesquisas e Debates**

Saúde da População **Negra**

2º edição
Revista e ampliada
1ª reimpressão

Coleção Negras e Negros:
Pesquisas e Debates

REALIZAÇÃO:

Obpn
Associação Brasileira de Organizações de Negras

APOIO:

 **MDGIF**
FUNDO PARA O ALCANCE DOS ODM

 **GÊNERO
RAÇA
E ETNIA**

 **UNFPA**
Fundo de População
das Nações Unidas

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde da População **Negra**

2º edição

Revista e ampliada

1ª reimpressão

Coleção Negras e Negros:
Pesquisas e Debates

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saúde da população negra / Luís Eduardo Batista,
Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (orgs.). --
2. ed. rev. e ampl., 1. reimpr. -- Brasília, DF :
ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores
Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros :
pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara
Pedroso Müller)

Vários autores.
ISBN 978-85-61593-53-7

1. Brasil - Relações raciais 2. Direito a saúde -
Brasil 3. Negros - Brasil - Condições sociais
4. Negros - Cuidados médicos - Brasil 5. Negros -
Saúde e higiene - Brasil 6. Política de saúde -
Brasil 7. Racismo - Aspectos da saúde 8. Saúde
pública - Brasil I. Batista, Luís Eduardo.
II. Werneck, Jurema. III. Lopes, Fernanda.
IV. Müller, Tânia Mara Pedroso. V. Série.

12-07544

CDD-362.1081

Índices para catálogo sistemático:

1. Ações em saúde : População negra : Bem-estar
social 362.1081

Luís Eduardo Batista

Jurema Werneck

Fernanda Lopes

Saúde da População **Negra**

2º edição

Revista e ampliada

1ª reimpressão

Coleção Negras e Negros:
Pesquisas e Debates

Coordenação: Tânia Mara Pedroso Müller

© 2012 ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Este livro integra a Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates

Coordenação: Tânia Mara Pedroso Müller

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Luís Eduardo Batista; Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Orgs.)

1ª. Edição - 2012 - De Petrus et Alii Editora Ltda.

Realização: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros

Apoios: Oxfam e Fundação Ford

2ª Edição Revista e Ampliada, 1ª Reimpressão - 2012

Tiragem: 5 mil exemplares

Apoio:

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

Ministério da Saúde

Revisão dos originais:

Ponto Final Edição e Editoração

Edição de arte, diagramação e produção gráfica:

Duo Design

Tradução do Cap. 15: Ana Lucinda Tadei Laranjinha (Tradutora Pública e Intérprete Comercial Inglês - Português - JUCESP 596- ATPIESP 685 - Diretoria Social)

Apoio:

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA):

Fernanda Lopes - Oficial de Programa em Saúde Reprodutiva e Direitos

Ulisses Lacava - Oficial de Comunicação e Advocacy

Graziela Mello - Administradora Associada

Gabriela Borelli - Assistente de Mídia

Sarah Reis - Assistente de Programa em Gênero e Raça

Apoio:

Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde:

Júlia Maria Santos Roland - Diretora

Reginaldo Alves das Chagas - Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular em Saúde e Mobilização

Rui Leandro da S. Santos - Consultor Técnico

Eliane Almeida da Silva - Consultora Técnica

Daniela Marques - Consultora Técnica

Lia Maria dos Santos - Consultora Técnica

Sumário

Prefácio	9
Apresentação da Segunda Edição	10
Apresentação da Primeira Edição.....	12
PARTE I – Saúde como direito, políticas como caminho	20
Capítulo 1 - Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios – Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha.....	22
Capítulo 2- O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão – Adauto Martins Soares Filho.....	34
Capítulo 3 - O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro – Sandra Assis Brasil e Leny Alves Bomfim Trad	62
Capítulo 4 - A equidade racial nas políticas de saúde – Deivison Mendes Faustino.....	92
Capítulo 5 - Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra – Denize de Almeida Ribeiro.....	122
Capítulo 6 - Desafios da inclusão da temática étnico-racial na Educação Permanente em Saúde – Maria do Carmo Salles Monteiro	146
Capítulo 7 - Questão da violência na Atenção Primária à Saúde da População Negra – Dulce Maria Senna e Thais Fonseca Lima.....	160
Capítulo 8 - Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas – Leny Trad, Clarice Mota, Marcelo Castellanos, Virginia Nogueira Farias e Sandra Assis Brasil	182
Capítulo 9 - A Visão da Feminilidade sobre os cuidados em saúde dos Quilombos Contemporâneos – Eliana Costa Xavier	204

PARTE II - Raça, interseccionalidades e determinantes sociais da saúde da população negra	222
Capítulo 10 - Racismo: um mal-estar psíquico - <i>Marco Antonio Chagas Guimarães e Angela Baraf Podkameni</i>	224
Capítulo 11 - A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher - <i>Eliana Gesteira da Silva e Alexandre Brasil Carvalho da Fonseca</i>	240
Capítulo 12 - Ecos do silêncio: reflexões sobre uma vivência de racismo - <i>Adriana Soares Sampaio</i>	262
Capítulo 13 - Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, PNAD - 2008 - <i>Emanuelle F. Goes e Enilda R. Nascimento</i>	274
Capítulo 14 - Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/Aids e o recorte étnico-racial: revisão bibliográfica (1995-2009) - <i>Raquel Souza, Olívia Ferraz Pereira Marinho e Karla Loyse Oliveira Melo</i>	288
Capítulo 15 - Paralelos opostos: raça e <i>status</i> socioeconômico em pesquisas e políticas sobre HIV/Aids no Brasil e nos Estados Unidos - <i>Kia Lilly Caldwell e Lisa Bowleg</i>	314
Capítulo 16 - Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros - <i>Climene Laura de Camargo, Lucimeire Santos, Roberto dos Santos Lacerda e Yolanda Con-dorimay Tacsí</i>	338
Posfácio - Negras e negros: Pesquisas e debates - <i>Tânia Mara Pedroso Müller</i>	356
Sobre autoras, autores e organização	366

Prefácio

A construção de equidade racial em saúde para a população negra é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde na portaria 992/2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra, cuja marca é: *“reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”*.

O racismo secularmente praticado contra a população negra afeta a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, é fator estruturante na desumanização da atenção prestada à este contingente populacional na saúde. Esta publicação e as informações que ela nos traz resultam da consolidação do campo de pesquisa em saúde da população negra e reitera o nosso compromisso com a difusão de conhecimento científico para influenciar os processos decisórios e promover a equidade em saúde.

Encontramos, nesta publicação, o compromisso do MS somado ao protagonismo de pesquisadoras, pesquisadores e ativistas em saúde da população negra, do Movimento Negro, de centros de estudos, em parceria com organismos internacionais, que têm como meta aprimorar práticas humanitárias no Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, almejo que o **“Livro da Saúde da População Negra”** componha o referencial teórico da educação permanente em saúde, com recorte racial, entre gestores e profissionais de saúde do Brasil.

Alexandre Padilha
Ministro da Saúde

Apresentação da Segunda Edição

A publicação desta segunda edição do “**Livro da Saúde da População Negra**” é resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Para o UNFPA, melhorar as condições de vida e de saúde e trabalhar para a efetivação dos direitos dos afrodescendentes em sua integralidade são condições fundamentais para o alcance do desenvolvimento, com sustentabilidade e equidade.

Com vistas a contribuir na efetivação do direito humano à saúde para todas e todos, o UNFPA tem buscado colaborar com o Ministério da Saúde na formulação e implementação de estratégias para identificar, prevenir e enfrentar as desigualdades e discriminações no âmbito da saúde.

10

O Ministério da Saúde tem investido na consolidação da agenda de promoção da equidade racial em saúde: em 1995, após a Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, foi instalado no governo federal um Grupo de Trabalho Interministerial. Em 2001, com a criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional - fruto da parceria entre o governo Brasileiro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento (DFID) e com a supervisão da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE) - o MS passou a considerar a necessidade de ações afirmativas para promover a equidade e assim o fez: instituiu o Programa de Triagem Neonatal, incluindo o diagnóstico da doença falciforme; destacou no Plano Nacional de Saúde a importância do Quesito Cor como instrumento de gestão; instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra; realizou o I e o II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra; adotou a política de desagregação dos dados no Relatório Anual sobre as Condições de Saúde no Brasil (Atlas Saúde Brasil) e nos boletins Epidemiológicos de Aids, entre outros.

Estas iniciativas precederam a assinatura da Portaria 992 de 2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cujo

princípios são o enfrentamento ao racismo estrutural e institucional; atenção aos agravos prevalentes, promoção de saúde, proteção; recuperação e reabilitação da saúde; visibilização e valorização das contribuições da cultura afro-brasileira.

No processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e das políticas de promoção da igualdade racial, o Ministério da Saúde têm se empenhado, em parceria com o movimento social, a academia, o UNFPA e outros no enfrentamento ao racismo na saúde e na construção de equidade em saúde para a população negra, com garantia de cumprimento do princípio da gestão participativa e democrática e valorização da participação dos diversos atores políticos na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde

Harold Robinson

Representante do UNFPA no Brasil

Apresentação da Primeira Edição

Início a apresentação da publicação contando um pouco da história do CO-PENE desde a perspectiva da saúde. Em novembro de 2000, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros (I Copene) na Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Naquele ano o tema do Congresso foi “O Negro e a Produção do Conhecimento: dos 500 anos ao Século XXI”. Um dos encaminhamentos da assembleia final do evento foi o a criação áreas de especialidades. As pessoas responsáveis pelas áreas deveriam organizar mesas-redondas, conferências e selecionar trabalhos para os próximos congressos. Coube a mim e a Prof. Dra. Maria Inês da Silva Barbosa coordenar a área saúde e articular pesquisadores negros que atuavam na área dado que, dos 320 participantes do I Copene, não mais do que doze produziam neste campo de conhecimento. Para melhor articular a temática saúde na ABPN, foi estabelecida parceria com integrantes do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI - subtema Saúde), *criado pelo governo federal em resposta às reivindicações apresentadas pelo movimento negro durante a Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida* (novembro de 1995).

12

Em dezembro de 2001, após a realização da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, membros do GTI-saúde, pesquisadoras, pesquisadores e ativistas organizaram, com o apoio do Sistema das Nações Unidas, o Workshop Interagencial Saúde da População Negra, cujo resultado foi a publicação “Política Nacional de Saúde da População Negra, uma Questão de Equidade: subsídios para o debate” e a recomendação de uma consultoria para compilar e sistematizar informações sobre o tema, que resultou no livro “Saúde da População Negra no Brasil”, de autoria da médica Fátima Oliveira.

No II Copene realizado em agosto de 2002 na Universidade Federal de São Carlos (SP), a área de saúde ganhou corpo: organizamos um minicurso, duas seções temáticas e uma seção de estudos com a apresentação de cinco trabalhos. Naquele ano foi aprovado o estatuto da Associação Brasileira de Pesquisadoras e Pesquisadores Negras e Negros (ABPN), por indicação da assembleia, Profa. Dra. Maria Inês da Silva Barbosa, Profa. Dra. Fernanda Lopes e eu ficamos com a responsabilidade de coordenar a área de conhecimento Saúde na ABPN.

Em 2003 entre as nossas atribuições estava ainda o desafio de mapear e articular aquelas e aqueles que atuavam nesta área. Para nós a construção e consolidação da área de saúde da população negra enquanto campo de conhecimento estava centrada no reconhecimento dos diferentes atores e suas contribuições, assim buscávamos reunir pesquisadores e pesquisadoras e também ativistas cujo principal foco de ação era o enfrentamento do racismo na saúde e a defesa do direito à saúde da população negra, fazendo deste espaço um grande diferencial na ABPN. O apoio da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e do Programa de Combate ao Racismo Institucional¹ possibilitou convertermos as recomendações do II Copene em propostas para XII Conferência Nacional de Saúde (realizada em dezembro de 2003). E pela primeira vez na história das Conferências de Saúde a temática saúde da população negra foi incorporada ao relatório final.

Em setembro de 2004, na Universidade Federal do Maranhão, em São Luís, ocorreu o III Copene, com o tema Políticas Sociais e Políticas de Ações Afirmativas para Afrodescendentes. Pela primeira vez, o GT-Saúde da ABPN teve espaço no Congresso para realizar uma conferência e, além disso, estávamos vivenciando um novo momento político: na esteira do PCRI, em resposta

1 O Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil (PCRI) visava apoiar, de forma integrada, o setor público no combate e prevenção ao racismo institucional e a sociedade civil na avaliação e monitoramento desse processo.

O PCRI foi resultado de uma parceria estabelecida entre o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o governo brasileiro. O PCRI era formado por dois componentes: um que focaliza ações em saúde e o outro que focalizava a ação municipal. O Componente Saúde (PCRI-Saúde) constituía-se num estudo de caso sobre o impacto do racismo institucional no Ministério da Saúde, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal. O propósito desse componente era contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O Componente Municipal desenvolvia suas atividades, prioritariamente, em Pernambuco e Bahia, nas áreas de educação, trabalho, cultura, acesso à justiça e auditoria de contas públicas. O objetivo do PCRI era a consolidação do combate ao racismo dentro da cultura gerencial do setor público, valendo-se do conceito de racismo institucional.

ao desafio de contribuir para o alcance de um dos objetivos do governo federal que era a redução das desigualdades raciais e de gênero, à ação sistemática da SEPPIR, às deliberações da Conferência Nacional de Saúde e às reinvenções de ativistas e pesquisadoras e pesquisadores negros e aliados, o Ministério da Saúde incorpora o tema saúde da população no plano nacional de saúde; cria o Comitê Técnico de Saúde da População Negra cuja principal atribuição é assessorar o MS na formulação e implementação de políticas, ações e programas com uma perspectiva de equidade racial; realiza o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra e apoia, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a elaboração da publicação “Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para Promoção da Equidade”.

Em 2006, integrantes do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do MS foram convidados a participar da Oficina de Prioridades de Pesquisa em Saúde - Editais 2006. A oficina definiu os temas de pesquisa que deveriam ser priorizados no Edital Temático Saúde da População Negra, organizado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, e da elaboração do Edital Aids e Saúde da População Negra, lançado pelo então Programa Nacional de DST/Aids.

O Brasil Negro e suas Africanidades: Produção e Transmissão de Conhecimento foi o tema central do IV Copene, realizado na Universidade Estadual da Bahia, Salvador, em setembro de 2006. Nessa edição do Congresso a atuação do GT-Saúde foi menos articulada, mas, ainda assim, tivemos mesas-redondas e sessão de comunicação no eixo direitos humanos e saúde da população negra.

O ano de 2006 foi marcado por uma grande vitória no campo da saúde da população negra: em novembro, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política de Nacional de Saúde Integral da População Negra. Em sua 5ª edição (2008), o COPENE veio com o tema “Pensamento Negro e Antirracismo: Diferenciações e Percursos”, realizado na Universidade Federal de Goiás, o eixo Saúde promoveu cursos e oficinas pré-congresso, sessões de pôsteres e mesas-redondas.

Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN) tenha sido aprovada em 2006, ela foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008 e publicada por meio de portaria ministerial aos 13 de maio de 2009 (Portaria nº 992 do Ministério da Saúde). É importante destacar que uma das marcas da PNSIPN é “o reconhecimento do racismo, das

desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”, e o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte.

Em março de 2010, a Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (Aspers) de Salvador organizou o I Seminário Internacional de Saúde da População Negra e Indígena naquela capital. No mesmo ano, foi realizado o VI Copene, com o tema Afrodiáspora: Saberes Pós-coloniais, Poderes e Movimentos Sociais. Mais uma vez o Congresso foi organizado a partir dos eixos temáticos/GTs (grupos de trabalho). A realização do evento evidenciou o crescimento numérico, a diversidade e a excelente qualidade da produção dos trabalhos apresentados no GT-Saúde. Na avaliação realizada pelos participantes do GT, foram apresentadas as seguintes sugestões:

- necessidade de investir na sistematização e difusão do conhecimento científico sobre a temática saúde da população negra. Para isso, é fundamental contratar profissional para selecionar artigos, livros, filmes publicados sobre o tema, reproduzir em mídia digital, para dar ampla difusão do conhecimento da temática;
- publicação de livro sobre Saúde da População Negra;
- considerando que o Copene acontece a cada dois anos, os responsáveis pela área de conhecimento Saúde da ABPN deveria, todavia, promover reuniões anuais dos pesquisadores, o que possibilitaria: (1) maior troca entre os pesquisadores; (2) os pesquisadores se encontrariam anualmente e independentemente do Congresso; e (3) os encontros anuais formariam um corpo de pesquisadores em saúde da população negra e teriam a ABPN como locus deste grupo.

As considerações finais dos trabalhos do GT-Saúde evidenciaram o aumento de grupos de pesquisas e de centros de estudos que têm se dedicado a realizar estudos sobre a temática, impulsionado pelos grupos de pesquisa em saúde da população negra, pelo aumento da produção científica e pelas políticas de saúde. Dentre estas últimas, destacam-se a Política Nacional de Triagem Neonatal; a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; e a PNSIPN.

Foi nesse cenário que surgiu a proposta de publicar a produção científica de especialistas, grupos de pesquisas, resultados/produtos dos editais de pesquisa sobre saúde da população negra do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde produtos de consultoria elaborados para Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA - United Nations Population Fund), trabalhos apresentados no Seminário Internacional Saúde da População Negra e Indígena, no V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde e nos Congressos de Pesquisadoras e Pesquisadores Negras e Negros/ABPN.

Várias pessoas foram convidadas, nem todas conseguiram estar conosco. Entre as autoras e autores cuja contribuição integra esta publicação estão jovens pesquisadores, técnicos do Ministério da Saúde e de secretarias municipais e estaduais de saúde, integrantes de grupos de pesquisa de instituições de ensino superior. É com grande satisfação que passo a apresentá-los.

À professora-doutora Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha, do Núcleo de Estudos Populacionais (Nepe) da Unicamp, coube redigir o artigo que abre a coletânea. Há 25 anos, o Nepe vem desenvolvendo estudos e subsidiando o movimento negro e os gestores de saúde com informações sobre as desigualdades raciais.

A produção de informações com recorte racial nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil, a necessidade de continuar a reforçar e incluir o quesito raça/cor na análise dos dados para subsidiar a tomada de decisão foi o tema abordado por Aduino Martins Soares Filho, técnico do Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância à Saúde), que tem vários artigos publicados com recorte racial e aponta a importância de continuar investindo na melhoria da qualidade da informação em saúde.

Se a análise da produção da informação segundo raça/cor se coloca como uma necessidade para qualificar a atuação do movimento social e subsidiar a gestão, também se faz necessário historicizar a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Sandra Assis Brasil e Leny Alves Bomfim Trad respondem a esse desafio baseando-se na análise documental para descrever a construção da PNSIPN, a articulação do movimento negro com técnicos do governo e a difícil relação entre o governo e a temática étnico-racial no setor saúde.

Deivison Mendes Faustino, jovem pesquisador e militante do movimento negro do ABC paulista e que vem discutindo temas como hip-hop, masculinidades e violência contra os adolescentes, realizou, para este livro, uma análise da implementação da PNSIPN, indicando a necessidade/importância de pactuar metas diferenciadas para a redução das iniquidades raciais em saúde. O material foi originalmente preparado para o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

A gestão da PNSIPN é o tema do artigo de Denize de Almeida Ribeiro. Profissional de saúde, pesquisadora e militante do movimento de mulheres negras da Bahia, a autora relata aqui parte de sua experiência como gestora da política de saúde da população negra em Salvador. Mostra o desafio da política pública com recorte racial em tempos de “síndromes da Princesa Isabel”.

A reflexão sobre inclusão estrutural versus inclusão transversal de temas como racismo e as consequências da violação do direito na educação, a importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) para implementação da PNSIPN, a análise das diretrizes da PNEP, seus pressupostos teóricos e em que medida favorecem como estratégia para tratar de temas complexos como a questão étnico-racial é o que discute Maria do Carmo Salles Monteiro. A autora trabalha na Escola Municipal de Saúde (ETSUS-SP) – Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo e, nos últimos anos, se dedica a mostrar como inserir a questão racial na PNEP.

Saúde da população negra na atenção primária à saúde é o tema apresentado por Dulce Maria Senna e Thais Fonseca Lima, do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa – Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. A partir de dados obtidos de registros de situações de violência, as autoras expõem as potencialidades e dificuldades da incorporação de ações para a saúde da população negra na atenção primária à saúde. Dulce Maria Senna apresentou esta discussão na oficina Racismo como Determinante das Condições de Saúde: em Busca da Integralidade e Equidade em Saúde para a População Negra do Brasil, no VI Copene.

Na continuidade, são discutidos dados produzidos em um estudo qualitativo que investiga as condições de acessibilidade à rede básica de saúde por parte da população negra no bairro da Liberdade, em Salvador (BA). São destacados no texto dados relativos à percepção de profissionais de saúde,

usuários e outros membros da comunidade acerca da pertinência de uma política pública de saúde dirigida à população negra. O artigo “Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas”, publicado pelo grupo de pesquisa coordenado por Leny Trad no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA) cumpre esse desafio.

O olhar das mulheres quilombolas sobre a atenção básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos foi o tema desenvolvido por Eliana Costa Xavier; seu artigo encerra a primeira parte deste livro.

Se, na primeira parte, o tema foi a “Saúde como direito, a política como caminho”, a segunda parte do livro foi reservada ao tema “Raça, interseccionalidade e determinantes sociais da saúde da população negra”.

Desigualdades na saúde surgem das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Estas incluem experiências dos primeiros anos, educação, status econômico, emprego e trabalho digno, habitação e meio ambiente, e sistemas eficazes de prevenção e tratamento de problemas de saúde. Estamos convencidos de que a ação sobre esses determinantes, tanto para grupos vulneráveis e toda a população, é essencial para criar inclusiva, equitativa, sociedades economicamente produtiva e saudável (Declaração Política sobre Determinantes Sociais da Saúde do Rio de Janeiro).

O artigo “Racismo: um mal estar psíquico”, de Marco Antonio Chagas Guimarães e Angela Baraf Podkameni, do Grupo Psicossomática Psicanalítica Oriaperê, abre a segunda parte do livro. O texto aponta que o racismo e a negação de direitos que dele decorre é um diferencial recorrente a ser mais bem compreendido no processo de construção de mal-estar ou adoecimento psíquico de determinada população.

As estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher, o potencial que possuía em assimilar os preceitos de uma educação eugênica e que, principalmente, podia disseminá-lo em prol do melhoramento racial da nação, é o assunto abordado por Eliana Gesteira da Silva e Alexandre Brasil Carvalho da Fonseca. O artigo analisa as formas discursivas em torno das questões raciais e eugênicas apresentadas no periódico Brasil Médico.

Coube a Adriana Soares Sampaio, do Grupo Psicossomática Psicanalítica Oriaperê, discutir a invisibilidade do sofrimento psíquico provocado pelo racismo, tema do artigo “Ecos do silêncio: algumas reflexões sobre uma vivência de racismo”.

As desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde entre mulheres negras e brancas no Estado da Bahia foi o estudo realizado por Emanuele Goes e Enilda Nascimento, a partir da análise dos dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD).

Já Raquel Souza, Olivia Marinho e Karla Loyse Melo analisam o acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/Aids e o recorte racial na produção de conhecimento. O artigo foi originalmente elaborado para o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

As pesquisadoras Kia Lilly Cardwel e Lisa Bowleg examinam o desenvolvimento e impacto das pesquisas e políticas para HIV/Aids nas comunidades negras do Brasil e dos Estados Unidos. Comparam as iniciativas para a prevenção e tratamento de HIV/Aids, chamando a atenção para os pontos fortes e pontos fracos das pesquisas sobre as iniquidades em saúde e pesquisas e políticas para HIV/Aids em cada país.

A equipe do Grupo Crescer, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Climene Laura de Camargo, Lucimeire Santos, Roberto Lacerda e Yolanda Condorimay Tacsí foi responsável pelo artigo sobre as implicações da violência familiar vivenciada por crianças e adolescentes negros traz para o debate as concepções sobre violência; família e formação da identidade negra; e ser criança e adolescente negro em uma sociedade racista. Climene Laura apresentou essa discussão na oficina Racismo como Determinante das Condições de Saúde: em Busca da Integralidade e Equidade em Saúde para a População Negra do Brasil, no VI Copene.

E assim termino esta apresentação, desejando uma boa leitura a todas e todos. Espero que as informações aqui contidas possam ser utilizadas como referência e como subsídios para a tomada de decisões sejam elas ligadas à gestão, à educação em saúde, à produção de conhecimento científico, à prática de saúde, ao exercício de controle social de políticas públicas e defesa dos direitos. Queremos um SUS para todas e todos e seguiremos trabalhando para alcançar esta meta.

Luís Eduardo Batista

Parte I



**Saúde como
direito, políticas
como caminho**

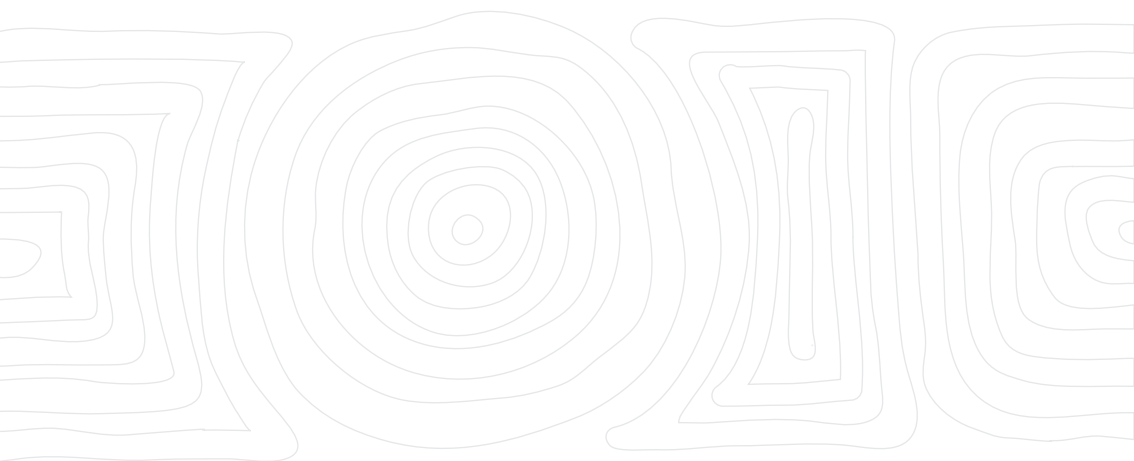


CAPÍTULO 1

Recorte étnico-racial:

Caminhos trilhados e novos desafios¹

Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha



Ao receber o convite para participar desta mesa-redonda – que me honrou e deixou feliz por saber que Abrasco (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) reconhece a importância de se ter um espaço para a discussão desta temática –, me foi solicitado abordar o estado atual da pesquisa em saúde da população negra.

Vislumbrei dois possíveis caminhos:

- ou fazer uma ampla busca e sistematização das informações, tabelas, mapas, gráficos que mostrassem os resultados das pesquisas destacando os achados que acredito tenham sido os mais relevantes, ou
- comentar os caminhos que fomos trilhando com o intuito de garantir a justiça racial no âmbito da saúde, mediante várias atividades como as de pesquisa, os atores que trilharam esses caminhos, as conquistas conseguidas e as lacunas que, acredito, ainda sejam nossos desafios.

É preciso começar salientando que a importância de focar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravatura até a atualidade.

Porém, apesar de ser amplamente conhecida essa constatação, a abordagem em pesquisas dessa dimensão enfrentou e enfrenta até hoje várias resistências. Acredito que isso seja devido tanto à crença da ausência de racismo na sociedade brasileira como em posições políticas abertamente contrárias a incorporá-la, fundamentadas na opinião de que se no Brasil se vive uma “democracia racial”, darem ênfase nesse recorte analítico, o que estaria fomentando um racismo inexistente.

Avalio que foi graças à integração de forças dos movimentos da sociedade civil em geral – mais especificamente do movimento de mu-

1 * Palestra proferida no V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, com o tema O Lugar das Ciências Sociais e Humanas no Campo da Saúde Coletiva, na mesa-redonda “A questão étnico-racial no campo da saúde: desafios no campo da pesquisa e das políticas públicas”, ocorrido em abril de 2011.

lheres negras – e de alguns representantes da academia o que permitiu iniciar, no país, um movimento político-ideológico cujo objetivo central consistiu em revelar o racismo mediante evidências empíricas dos diferenciais raciais nas condições socioeconômicas e demográficas da população. Como estratégia inicial, se ponderou que era primordial produzir informações básicas, inexistentes até aquele momento, que revelassem a existência de desigualdades raciais.

Diversos atores participaram ativamente desse processo histórico orientado a instrumentalizar a compreensão dos processos e mecanismos sociais, por meio dos quais se produzem e reproduzem as diferenças étnico-raciais.

Dentre eles, cabe salientar o compromisso assumido pelos gestores públicos de diversas áreas que se empenharam na conscientização da relevância desses estudos como contribuições para programar ações específicas destinadas a subsidiar iniciativas de reversão do processo de iniquidade racial.

24

Os funcionários e técnicos do governo – nas esferas federal, estadual e municipal –, responsáveis pela produção e disseminação da informação, cumpriram um importante papel. Mediante a cooperação articulada com diversos atores sociais, foram examinadas as várias formas de conceitualizar a variável, os diversos modos de captar as informações, a estruturação dos bancos de dados, a forma mais adequada, simples, acessível, democrática para a divulgação dessas informações, entre outros.

Os militantes dos movimentos sociais, em geral, especificamente os defensores dos direitos humanos, e mulheres negras, tiveram notória participação em dois processos que ocorreram de forma simultânea. Por um lado, se avocaram em entender, divulgar e conscientizar a sociedade civil sobre a importância de contar com informações sistemáticas e confiáveis e de análises científicas que deixassem evidente a existência das desigualdades raciais. Por outro, continuaram suas atuações no sentido de conscientizar a população da importância de persistir na construção da identidade racial, reforçando a valorização da condição de ser negro, reivindicando direitos, e da relevância de não só se reconhecer, mas também se autodeclarar negro quando indagado sobre a raça/cor a qual pertence.

Simultaneamente, aumentou o número de projetos de investigação acadêmica que contemplaram o recorte étnico-racial, permitindo a corroboração empírica das desigualdades socioeconômicas e demográficas da população segundo a raça-cor declarada. A sua relevância radicou em dar visibilidade a esse fenômeno social, contribuindo para a legitimação do discurso político, dando fundamento às reivindicações e ao atuar dos movimentos sociais.

Muitos desses projetos foram apoiados por agências financiadoras – nacionais e internacionais –, permitindo ampliar, cada vez mais, o panorama histórico e atual das condições desfavoráveis de viver, adoecer e morrer da população negra quando comparada com a branca.

É preciso salientar, também, a relevância da organização de cursos – e seus respectivos financiamentos – que discutiam as abordagens teóricas e metodológicas da investigação referente à saúde da população negra e/ou de cursos em saúde e direitos reprodutivos que deram ênfase na temática racial, além da formação e treinamento de novos investigadores que trabalharam especificamente nesse tema.

Entre as agências financiadoras, destacam-se a Fundação Ford, a Opas-OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde), Fundação MacArthur e CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Assim, todos os atores, em suas várias dimensões de atuação, foram retroalimentando-se num movimento sinérgico, promovendo o aumento do conhecimento sobre a saúde da população negra que, por sua vez, subsidiou vários projetos, programas e políticas públicas orientados a mitigar as desigualdades raciais.

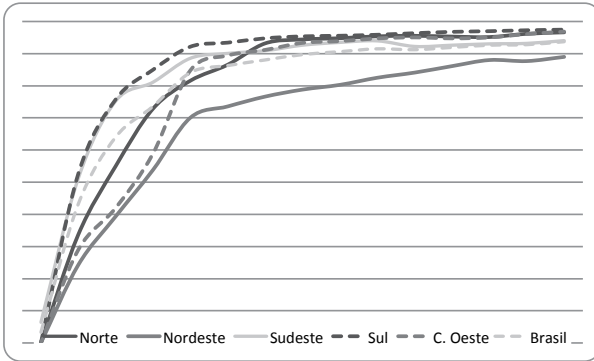
As evidências empíricas acumuladas nos últimos vinte e cinco anos nos fazem reconhecer as dificuldades no processo de conceituação, na coleta, no grau de cobertura e na qualidade da informação, ao se tratar do quesito cor.

Entretanto, alguns fatores propiciaram, na atualidade, significativo aumento na cobertura nacional da declaração desse quesito nas diversas fontes de dados. Foram eles:

- a *incorporação do quesito raça/cor* nos formulários básicos dos sistemas de informação em saúde, que, além de ter sido um ganho político por dar visibilidade e legitimidade à temática, permitiu ir aperfeiçoando e melhorando a qualidade dessa informação;
- a formação de um *comitê consultivo* permanente que atua no IBGE para acompanhar e avaliar a incorporação desse quesito nos Censos Demográficos, nas Pesquisas de Domicílios, nos atestados de óbitos e declarações de nascimentos;
- os *treinamentos dos agentes de saúde* encarregados do preenchimento dos documentos, da supervisão, codificação, digitação, que vem sendo desenvolvidos há décadas, desde 1991, quando se incorporou, experimentalmente, esse quesito no atestado de óbito.

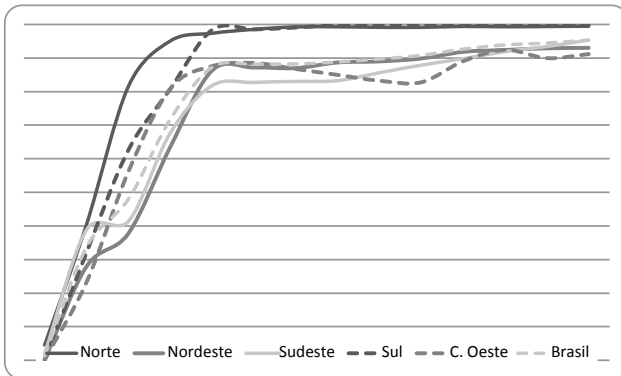
Como prova dessa evolução, apresentamos a seguir (Figuras 1 e 2) gráficos do grau de cobertura do quesito raça/cor nos bancos de mortalidade (SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade) e de nascimentos (Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), desde sua implementação. Neles se observa uma tendência crescente da cobertura, nos dois bancos de dados, com oscilações entre 90% e 100%, e variações regionais que devem ser superadas.

Figura 1
Percentagem de cobertura da declaração do quesito raça/cor
no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
Brasil e grandes regiões, 1996-2010



Fonte: Martins, A. SVS/Datasus. Ministério da Saúde, SIM, 1996-2010.

Figura 2
Percentagem de cobertura da declaração do quesito raça/cor
no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)
Brasil e grandes regiões, 1996-2009



Fonte: Martins, A. SVS/Datasus. Ministério da Saúde, SIM, 1996-2010.

Outros fatores que fazem parte desse processo foram:

- as *pesquisas* utilizando técnicas indiretas demográficas, que permitiram o cálculo da população estimada e a população declarada segundo raça-cor. Com elas, conseguimos ter uma dimensão da “migração” intracategorias de raça/cor nos censos demográficos através do tempo. Isso tornou possível avaliar a qualidade dessa informação e rebater os argumentos daqueles que recomendavam não usar a variável raça-cor pelas distorções que poderiam gerar;
- as *campanhas publicitárias* que levaram a uma mudança substancial na forma de preencher essa informação em pesquisas populacionais por autoclassificação. Exemplo mais significativo foi o aumento significativo de população autodeclarada como preta no Censo Demográfico de 2001, em função de uma campanha amplamente divulgada cujo *slogan* era “NÃO DEIXE SUA COR PASSAR EM BRANCO”;
- os cursos específicos sobre metodologia de pesquisa centrada nas especificidades da população negra para trabalhadores de saúde em diversas áreas.

Todo esse conjunto de ações nos faz concluir hoje que, igual a qualquer outro quesito a ser utilizado, seja nas pesquisas, seja na formulação de políticas públicas, e apesar de problemas conceituais e operacionais existentes, esse recorte analítico deve ser incorporado, analisado, explorado, melhorado, mas NUNCA descartado.

Em paralelo ao relatado anteriormente, centramos esforços em fazer acordos para se chegar a um consenso na melhor forma de categorizar a variável raça/cor nas bases oficiais: da FIBGE (Estatísticas do Registro Civil, Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, POF, PEM etc.), do SUS/MS (Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde), Inpe/ME (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação), do Ministério do Trabalho e Emprego etc.

Existe um consenso geral sobre a necessidade de trabalhar as categorias *separadamente*, já que todas as constatações empíricas apontam a existência de um gradiente nas condições de saúde da população declarada como branca (apresentando as melhores condições) até os pretos (piores condições),

ficando os pardos numa categoria intermediária. No entanto, esse tratamento conceitual nem sempre é passível de operacionalização.

Por isso, em várias oportunidades, nos vemos na necessidade de empregar as categorias da variável raça/cor agrupando-as: população branca e negra (esta última como somatório de pardos e pretos), sustentando-nos na bibliografia antropológica sobre origens comuns, rasgos culturais, modos e condições de vida.

As pesquisas desenvolvidas até então nos levam a constatar – e já não se pode ter dúvida alguma a respeito – de que existe no Brasil um diferencial assustador nas condições de viver, adoecer e morrer dependendo da raça/cor da população. A partir disso, foram-se tecendo hipóteses sobre o impacto desses diferenciais na saúde da população negra quando comparada com a branca.

Numa primeira fase, utilizamos marcos teóricos que apontavam a relação direta entre condições materiais de vida, raça/cor e os processos de morbimortalidade, para tentarmos explicar o porquê dos diferenciais encontrados nos níveis de mortalidade, no ritmo diferencial na tendência de descenso desses níveis, e na prevalência das causas de morte evitáveis.

Sabemos que variáveis utilizadas como indicadores das condições socioeconômicas da população (como educação, renda média familiar, ocupação, lugar de residência, condições do domicílio) determinam suas condições de viver e de morrer e, nessa linha analítica, fomos trabalhando as linhas explicativas.

Ao cruzar essas mesmas variáveis, também por raça/cor, os resultados reforçam o impacto das condições materiais de vida nos níveis de mortalidade infantil da população negra. Porém, ao aplicar modelos de regressão logística, observamos que, apesar de essas condições permitirem explicar a alta percentagem dos diferenciais nas mortes das crianças menores de um ano, ainda permanece um efeito atribuído à raça/cor, superando o uso só desses indicadores tradicionais. Ou seja, mesmo controlando educação, nível médio de renda familiar, ocupação do chefe da família, local e condições do município etc., persiste o diferencial racial, porém com um peso relativo menor.

Continuamos procurando evidências empíricas e constatamos maior proporção de óbitos de menores de um ano negros no período pós-neonatal. Fato

este que aponta maior nível das taxas de mortalidade, além de mortalidade proporcional por causas diferentes em relação às crianças declaradas como brancas.

Atualmente já contamos com respaldo científico consolidado para identificar algumas doenças consideradas mais prevalentes na população negra em virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuam conjuntamente com fatores ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na mortalidade: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial; diabetes mellitus.

Ao trabalhar as causas de morte agrupadas em evitáveis e não evitáveis (utilizando a classificação proposta por Ortiz), observamos maior percentagem, entre as causas evitáveis, nos óbitos de crianças negras. E dentre aquelas classificadas como evitáveis, majoritariamente, são as causas no período pré-natal, assim como aquelas do momento do parto como as mais prevalentes. Esses resultados indicam um diferencial racial no acesso aos serviços de saúde.

30

Diante de todas essas evidências, nos abocamos na exploração de informações provenientes de diversas fontes de dados, com a finalidade de encontrar outras possíveis explicações. Utilizando o Sinasc, observamos diferenças significativas entre a população branca e negra no número de consultas pré-natal, no peso ao nascer e no tempo de gestação. Esses resultados são indícios indiretos dos diferenciais raciais no acesso aos serviços das mulheres grávidas, das possibilidades de reverter problemas no período gravídico. Fato esse que nos leva a questionar sobre a existência de possíveis diferenciais na assistência médica na mortalidade infantil.

Aprofundamos conhecimentos sobre diferenciais raciais na cobertura de planos de saúde, no acesso aos serviços de saúde, na intensidade da utilização desses serviços, quais tipos de serviços são utilizados mais frequentemente etc. Todos esses temas, de uma perspectiva diacrônica, foram possíveis de ser estudados mediante a utilização das informações provenientes dos suplementos Saúde das PNADs (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) dos anos 1986, 2003 e 2008.

É preciso ressaltar que, a partir desses achados, fomos enumerando uma série de recomendações referentes às ações – detalhadas por áreas e/ou por programas – que acreditamos poderem reduzir os diferenciais raciais na saúde.

A essa altura, já temos acumulados conhecimentos, experiências, práticas, leis, normas, programas, projetos, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que foram produto de lutas do movimento negro e de quem se dedica, obstinadamente, a oferecer subsídios para essa luta. Porém, temos muito ainda o que fazer!

DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS

São vários os âmbitos em que podemos pensar os futuros desafios. Alguns estão listados a seguir.

- Fazer com que medidas mais estruturais sejam executadas de forma orgânica e coordenada entre as várias instâncias de governo. Já foi criado um canal institucional, a Seppir (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), que tem como missão coordenar e monitorar o impacto dessas ações. Cabe a nós apoiar, subsidiar e monitorar a sua atuação.
- Delinear e implementar as políticas, programas e ações da área de saúde. Nesse sentido, podemos atuar no Comitê Técnico Nacional de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, nos comitês estaduais e municipais, além dos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais).
- Incentivar medidas e/ou ações específicas da sociedade civil para cumprir seu papel fundamental de controle social.
- Aportar, no âmbito acadêmico, conhecimentos que subsidiem a tomada de decisões, a formulação e implementação de ações governamentais e da sociedade civil.
- Conscientizar a população em geral, e a negra em particular, sobre seus direitos como cidadãos, sejam eles gerais e/ou os específicos da área da saúde, para assim, torná-los sujeitos protagonistas das melhorias que possam ser alcançadas em seu nível e qualidade de vida.
- Auxiliar a pesquisa – ela pode e deve – no monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde e/ou programas que garantam uma vida digna a todos, reforçando a necessidade de políticas compensatórias dirigidas, especialmente, à população negra.

- Subsidiar a pesquisa, com dados empíricos, a formulação de políticas que respeitem as especificidades de saúde da população negra. Isso deve ser feito de forma orgânica e em ação conjunta com todas as instâncias de poder.
- Dar subsídios aos gestores que os levem a reconhecer a necessidade de ampliar o acesso à infraestrutura básica (abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo), que, sem dúvida, terá maior impacto sobre a população negra, que, comparativamente, tem menos acesso aos benefícios destas políticas públicas.
- Continuar produzindo evidências científicas sobre agravos, patologias ou causas de morbimortalidade que se apresentam com maior prevalência na população negra, e que deverão ser alvo de medidas específicas como:
 - a. atenção especial ao diagnóstico e tratamento multidisciplinar de hemoglobinopatias (especialmente anemia falciforme) desde o nascimento e, especialmente, durante a gravidez. Esse tipo de medida requer treinamento específico de todos os servidores da área de saúde, assim como campanhas de informação direcionadas à população que esclareçam sobre a temática e de seus direitos como pacientes. E devemos estar atentos à implementação da medida;
 - b. fomento de pesquisas que permitam conhecer com mais exatidão os tipos de agravos a que a população negra está exposta, a magnitude desses agravos, a identificação dos fatores de risco, o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e terapias; e
 - c. incidência de mortalidade materna, mortalidade por causas externas e DST-Aids.
- Insistir na necessidade de que todas as informações divulgadas pelos órgãos oficiais considerem o recorte étnico-racial. Vale ressaltar o papel fundamental da Ripsa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), que apoia satisfatoriamente esse propósito.
- Dar especial atenção a problemas de saúde que sejam condicionados direta ou indiretamente pelo estado nutricional da população, especialmente crianças e

gestantes. Ações destinadas à implementação de programas direcionados ao controle de carências nutricionais, especialmente à população anêmica e em áreas endêmicas com alta concentração de população negra.

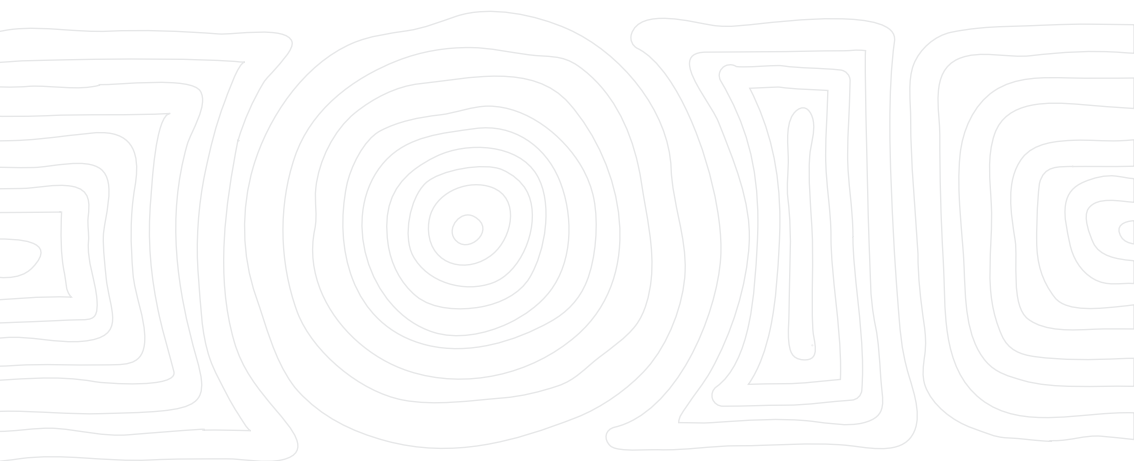
- Garantir à população negra, como direito básico, a atenção à saúde de forma integral, humanizada, igualitária e equitativa. Reconhecendo e respeitando especificidades culturais e sociais e necessidades.
- Promover capacitação específica, ao se tratar de crianças e gestantes negras, de todos os profissionais da saúde, para que haja atenção redobrada na hora de diagnosticar e tratar rapidamente possíveis agravos que poderiam ser resolvidos com um fácil acesso aos serviços de saúde de boa qualidade e alta resolutividade.
- Reconhecer, no momento da definição e hierarquização das prioridades de pesquisa e ações de saúde, a necessidade de considerar o recorte raça/cor, por possibilitar a identificação de grupos com riscos e agravos diferenciados, específicos e singulares.
- Utilizar o quesito cor de modo transversal nas análises empíricas, utilizando as cinco categorias separadamente (branca, preta, parda, amarela e indígena), acrescentando outra categoria denominada negra, resultante da somatória das categorias preta e parda.
- Conscientizar aos órgãos competentes sobre a importância de aumentar o número de editais de pesquisa que considerem como central os diferenciais raciais em saúde.
- Apoiar e organizar cursos ou oficinas de sensibilização e capacitação dos agentes encarregados da coleta dessa informação, ressaltando a relevância da auto-classificação por raça/cor e do uso das categorias oficiais dessa variável.
- Reforçar as ações já implementadas para incluir o quesito cor em todos os documentos referidos à saúde da população.
- Apoiar a elaboração/organização dos bancos de dados, analisar a qualidade, validar essas informações e manter um controle permanente deles.

CAPÍTULO 2

O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil:

Potencialidades para a tomada de decisão

Adauto Martins Soares Filho



INTRODUÇÃO

Por muito tempo, particularmente a informação estatística esteve envolta numa “cultura do silêncio”, que preferiu não perguntar a origem étnico-racial das pessoas por acreditar na premissa de que não evidenciaria desigualdades, pois se supunha que o Brasil vivenciava uma democracia racial e o contrário seriam fatos pontuais, individuais. Isso se nota também na formulação de políticas públicas de caráter universalista que parecem não ter sido sensíveis às necessidades específicas dos diferentes grupos (Torres-Parodi e Bolis, 2007), crendo-se que políticas gerais são capazes de dirimir iniquidades. No Brasil, apesar da tradição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em coletar dados estatísticos de raça/cor, é recente a experiência brasileira de coleta e análise de dados dos sistemas de informações em saúde com esse recorte analítico (Brasil, 2006, 2007). O movimento negro havia algum tempo, reivindicava a inclusão do quesito cor nas estatísticas oficiais de saúde no Brasil, fato que começou a se tornar realidade nos anos 1990 (Giovanetti *et al.*, 2007).

A identificação das diferenças permite distinguir as necessidades concretas dos beneficiários, orientando a formulação de políticas públicas mais sensíveis às suas particularidades, seja de saúde ou segurança, enfocando a equidade – entendida como a superação das diferenças injustas e evitáveis – no acesso aos serviços e inclusão dos grupos mais vulneráveis nos processos de participação, particularmente no de prevenção.

A omissão das instituições públicas em atender essas especificidades caracteriza o que se chama de discriminação institucional. Cabe diferenciá-lo do tipo de discriminação que ocorre na esfera interpessoal, distinguindo a discriminação que exercem os indivíduos, incluso quando prestam serviços, da omissão das instituições em adaptar a oferta de seus serviços às necessidades específicas dos beneficiários (Torres-Parodi e Bolis, 2007).

A incorporação do quesito cor nos sistemas de informações de saúde possibilita evidenciar, mediante constatações empíricas, diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença. Conhecer os perfis de morbimortalidade da população brasileira no que tange à autodeclaração

étnico-racial permite subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades de grupos específicos.

Este estudo tem por objetivo descrever o recorte étnico-racial nas diferentes fontes de dados secundários de saúde, exemplificando o seu potencial na análise das desigualdades em saúde e na definição de políticas públicas inclusivas.

MÉTODO

Descrição do elenco nacional de dados secundários em saúde que apresentam o recorte étnico-racial. Observada a completitude da variável raça/cor, em percentual, nas diferentes bases de dados ao longo dos anos. As potencialidades da informação desagregada pelo recorte raça/cor são apresentadas em proporções e taxas padronizadas pelo método direto de morbimortalidade, com a população padrão do censo de 2000.

CAPTAÇÃO DO RECORTE ÉTNICO-RACIAL NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

São variadas as fontes de dados secundários em saúde, gerenciadas nacionalmente pelo Ministério da Saúde, que informam o quesito cor, seja por meio de coleta contínua ou de inquéritos. Os dados vitais em saúde foram os primeiros a inserir essa variável nos formulários que captam nascimentos – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no país, em 1996. E mais recentemente, em 2009, em informações sobre a detecção precoce do câncer de mama – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama) (ver Quadro 1).

Gestores de outros sistemas de informações seguiram o exemplo. Em 2001, iniciou-se a captação do quesito na notificação compulsória de morbidades transmissíveis, como a tuberculose e a aids – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Em 2006, o mesmo ocorreu na notificação da violência doméstica e sexual em serviços de referência – Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (Viva – contínuo) e no inquérito de violência e acidentes em emergências hospitalares – Vigilância de Violência e Acidentes

(Viva - inquérito). Nesse mesmo ano, a implantação do monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel), incluiu no questionário uma pergunta sobre raça/cor (ver Quadro 1).

Em 2008, o campo raça/cor foi incorporado nos formulários das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), como quimioterapia e hemodiálise. O quesito consta ainda nos dados: da mortalidade de beneficiários de planos privados de saúde da Agência Nacional de Saúde (ANS), e da pesquisa populacional, suplemento saúde, realizada pelo IBGE, que traz informações de acesso e utilização de serviços, entre outros. As fontes de dados descritas podem ser facilmente acessadas no *site* do Datasus do Ministério da Saúde (ver Quadro 1).

Cabe destacar que os sistemas de informações que captam dados dos atendimentos da atenção primária estão entre os poucos que não coletam a variável raça/cor, como o atendimento ambulatorial e de atenção básica. Do mesmo modo, não coletam esse quesito o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHiperdia) e o Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero (Siscolo).

Dados sobre as hemoglobinopatias, que traz informações da triagem neonatal e de portadores da doença falciforme, são coletados em planilhas *Excel*, organizadas pelos serviços existentes em cada estado, sem compor um sistema e sem isso estar sistematizado nacionalmente. Esse cadastro está sob a responsabilidade da Coordenação do Sangue e Hemoderivados da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) que mostram o recorte étnico-racial em seus formulários seguem o padrão utilizado pelo IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena. Contudo, nem todos apresentaram orientação detalhada para o correto preenchimento das variáveis. Em boa parte dos manuais que orientam o preenchimento dos formulários dos sistemas, a autodeclaração foi explicitada como condição para o preenchimento da variável e/ou no seu impedimento a declaração da raça/cor deve ser do responsável,

as exceções são: Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que não abordam a questão. Para o SISmama, não foi possível encontrar qualquer tipo de orientação sobre o seu preenchimento.

COMPLETITUDE DA VARIÁVEL RAÇA/COR

Em geral, há relativa segurança no uso de dados no que se refere à completitude da variável raça/cor nas diferentes fontes de dados. Considera-se satisfatório um mínimo de 90% de preenchimento das variáveis que constem nos registros coletados pelos SIS. Contudo, a situação não é homogênea, observando-se variações entre as diferentes fontes de dados e as unidades federadas.

A completitude do campo raça/cor está em situação satisfatória nos registros de mortalidade e de nascidos vivos, que trazem também informação sobre a mãe. Implantada no SIM e Sinasc em 1996, inicialmente a variável era mal preenchida, mas essa condição evoluiu com sensível melhora, tornando-se razoável em 2000, com mais de 80% de informação. E, desde 2004, tem preenchimento satisfatório, com mais de 90% de preenchimento no país (Figura 1). Entre as regiões, apenas a região Nordeste apresenta completitude um pouco abaixo de 90% no SIM, apresentando valores abaixo da média nacional ao longo dos anos observados (Figuras 2 e 3). Em 2010, dos sete estados que apresentaram menos de 90% de completitude para essa variável no SIM, quatro são da região Nordeste. No Sinasc, quatro estados e o Distrito Federal apresentaram menos de 90% de captação do dado (Tabela 1).

A completitude do quesito raça/cor também é satisfatória nos registros do inquérito sobre violências e acidentes (Viva - inquérito), com mais de 97%, e de mortalidade de beneficiários de planos privados de saúde com valores que variam próximos a 94% para dados totais do país. O Viva - contínuo tem 78% de informação para a variável raça/cor em 2009, contudo apenas 45% dos municípios notificam as violências nesse sistema. A região Sul é a que possui mais municípios notificando casos (52%), enquanto a região Nordeste é a que tem menos municípios notificando (38%).

Os registros de notificação compulsória de doenças transmissíveis (Sinan) apresentaram completude da variável raça/cor em média abaixo de 80% ao longo do período (Figura 1). Observadas as notificações por agravos, identifica-se incremento do preenchimento do campo ao longo dos anos. A captação do quesito étnico-racial é considerada satisfatória (mais de 90%) nas notificações de aids, hanseníase, tuberculose, doença de chagas e sífilis em gestantes (Figura 4). Entre os estados, apenas três ou quatro apresentaram menos de 90% de preenchimento do quesito na notificação de tuberculose e hanseníase (Tabela 1).

Os registros de morbidade hospitalar (SIH) e sobre a detecção precoce do câncer de mama (SISmama) estão entre os sistemas que implantaram recentemente o quesito cor em seus formulários, fator que pode explicar em parte a baixa completude desse campo. O SIH apresentou preenchimento abaixo de 70% (Figura 1) e o SISmama 22,9% e 20,6% de preenchimento em 2009 e 2010, respectivamente.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – suplemento saúde tem 100% de informação para a variável raça/cor nos anos de realização da pesquisa (1998, 2003 e 2008).

INFORMAÇÕES EM SAÚDE COM O RECORTE ÉTNICO-RACIAL: RETRATOS DA DESIGUALDADE

Estudos brasileiros abordam as desigualdades raciais como um fator que pode estar associado à mortalidade (Batista, Escuder e Pereira, 2004; Brasil/Funasa, 2005; Cardoso, Santos e Coimbra, 2005; Chor e Lima, 2005). Análises destacam que há diferenças significativas de risco de morte entre negros e brancos, mesmo quando se controla a taxa pela escolaridade do indivíduo (Brasília, 2005; Soares Filho *et al.*, 2007). Outra publicação ressalva que nem todas as desigualdades observadas são frutos de processos discriminatórios (Pinheiro *et al.*, 2008). De fato parte delas pode ser explicada, também, por questões sociais relacionadas.

Desigualdades em saúde podem ser evidenciadas nos dados decorrentes dos diferentes sistemas de informações, desde a mortalidade por tuberculose e por homicídios; as morbidades de notificação compulsória

como a hanseníase; e o acesso a serviços de saúde, a exemplo das consultas de pré-natal. A título de exemplificação, informações em saúde foram selecionadas e são descritas em seguida.

Observadas as taxas de homicídios no Brasil, a ocorrência de vítimas negras segue padrão diferente das identificadas entre as brancas (Soares Filho, 2011). Entre negros, a tendência é de crescimento do risco de morte, enquanto diminui a taxa entre brancos, exacerbando as desigualdades na morte por homicídios. A possível associação da redução dos homicídios à implantação, em 2004, das medidas antiarmas no Brasil permite considerar que o conjunto dessas medidas repercutiu positivamente, diminuindo os homicídios na população branca, contudo mostrou-se insuficiente em reverter a tendência de crescimento dos homicídios na população negra (Figura 5). As maiores diferenças nos riscos de homicídio entre essas duas populações são verificadas na faixa etária jovem, de 15 a 39 anos (Figura 7). São fatores de proteção na ocorrência de homicídio ter maior escolaridade e ser branco (Figura 6).

Considerada a atenção materno-infantil (Brasil, 2005b), negras e indígenas apresentam maior proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (Tabela 2). Ainda é alta a proporção de mães indígenas que não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. Mães negras e indígenas que fazem sete ou mais consultas de pré-natal estão em desvantagem em relação às mães brancas (Tabela 3). Entre as causas diretas de óbito materno, as jovens negras apresentam maior proporção que as brancas, particularmente no óbito em decorrência de aborto e eclâmpsia (Tabela 6).

A população negra morre mais jovem que a população branca; homens negros de 10 a 29 anos apresentam risco de morrer 80% maior do que os jovens brancos. Mulheres negras da mesma idade, o risco é 30% maior do que o apresentado para as brancas (Tabela 4). O risco de morte é maior tanto nas causas transmissíveis como nas causas não transmissíveis entre a população negra de 10 a 29 anos. No primeiro grupo, a chance de morrer por aids (40%) ou tuberculose (130%) é maior entre a população jovem negra. O mesmo é observado no segundo grupo, particularmente nas doenças falciformes e hipertensivas (Tabela 5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços na disponibilidade de dados raciais, quantidade e qualidade foram muito grandes na última década. Diferentes fontes de dados secundários com base nacional são úteis e apresentam possibilidades de uso para a análise de diferenciais étnico-raciais em saúde no país. O conhecimento da informação por gestores, não somente da saúde, poder ser utilizada na tomada de decisões, na implementação e monitoramento de políticas e ações que atendam necessidades específicas de subgrupos populacionais, em particular da população negra.

Do ponto de vista quantitativo, caminha-se para a consolidação da captação da informação do quesito cor nos sistemas de informação em saúde. Alguns apresentam melhor condição de adequabilidade, como as estatísticas vitais, outros como os dados de morbidade hospitalar ainda precisam aperfeiçoar o preenchimento dessa variável. É importante destacar a ausência de uma base nacional de dados sistematizada sobre os portadores de doenças falciformes.

Quanto à qualificação da informação étnico-racial, ficam evidentes limitações que precisam ser transpostas, especialmente com relação ao entendimento conceitual do quesito, o que requer um processo de harmonização e padronização: da definição do quesito e da pergunta e instruções para a coleta. Tendo a autodeclaração como o meio mais eficaz para o preenchimento do campo étnico-racial (**Qual a sua cor ou raça?**).

A Lei nº 12.288 (Estatuto da Igualdade Racial¹), que imprime força de lei à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e ainda estimula a implementação de ações afirmativas em saúde para promover a equidade, aponta a importância da informação em um dos seus objetivos, que é de “melhoria dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero”. Em 2010, o Conselho Nacional de Saúde recomendou ao Ministério da Saúde a padronização dos sistemas com relação ao quesito cor e a capacitação de recursos humanos

1 Íntegra do estatuto aprovado no Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www.portal-daigualdade.gov.br/estatuto-da-igualdade-racial-redacao-final.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

na sua coleta, e mais a realização de um seminário interinstitucional sobre a questão (Recomendação nº 16, de 7/10/2010).

A informação qualificada oportuniza o monitoramento e o acompanhamento das políticas públicas que se propõem a atender as necessidades da população negra, como o plano (Brasil, 2008) que operacionaliza a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” (Brasil, 2009). A exemplificação de informações apresentadas nesse capítulo reforça as potencialidades que o dado coletado pode ofertar nas análises de desigualdades raciais, na identificação de grupos vulneráveis no processo saúde-doença, na descrição de situações de iniquidades no acesso a serviços de saúde e na avaliação de políticas públicas (Magalhães, 2007). É essa informação um recurso estratégico para colocar em prática o princípio da equidade do Sistema Único da Saúde, bem como para o fortalecimento do controle social (Moraes *et al.*, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L., PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. de Saúde Pública*, 38 (4): 630-636, 2004.

BRASIL. Funasa. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da morte violenta segundo raça/cor. In: *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2005a. p. 435-590.

_____. Saúde Reprodutiva. In: *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2005b. p. 47-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2010.

BRASIL. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/arquivo%20conass%20informa/ci_63a1_09.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2010.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad. Saúde Pública*, 21 (5): 1602-1608, 2005.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no

Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21 (5): 1586-94, 2005.

GIOVANETTI, Márcia Regina *et al.* A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 16, n. 2, maio-ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2011.

MAGALHAES, Rosana. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, maio-jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300016&lng=pt&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 18 maio 2012.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi *et al.* Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300023&lng=pt&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 18 maio 2012.

PINHEIRO L. *et al.* *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 3. ed. Brasília: Ipea/Unifem, 2008.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, 45 (4): 745-55, 2011.

SOARES FILHO, A. M. *et al.* Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol. e Serviços de Saúde*, 16 (1): 7-18, 2007.

TORRES-PARODI, C.; BOLIS, M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto em la formulación de políticas para la equidade. *Rev. Panam Salud Publica*, 22 (6): 405-16, 2007.

Quadro 1

Tipificação do quesito do raça/cor coletado pelos sistemas nacionais de informações de saúde

SIS	DESCRIPTIVO	QUESITO RAÇA/COR E ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO	ÁREA RESPONSÁVEL E ENDEREÇO ELETRÔNICO DE ACESSO AOS DADOS
Sinasc	<p>O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, consultas de pré-natal, entre outras. As Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Nascidos Vivos (DN) nos estabelecimentos de saúde e nos cartórios e entram no Sinasc. Os dados, coletados a partir de 1992, mas somente cobertura e representatividade nacional a partir de 1996. Por intermédio desses registros é possível subsidiar e priorizar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança. O Sistema tem 96,1% de cobertura nacional em 2009, mas há variações de volume captados entre as unidades federadas, particularmente na região Nordeste que tem cobertura insuficiente (84,3%).</p>	<p>Campo 22 - Raça/Cor da Mãe* - assinalar a quadrícula correspondente com um "X". A escolha de uma das opções será dada pela Mãe como resposta à pergunta "Qual a sua cor?". Ela deve ser informada das opções para o campo e deve escolher um dos cinco itens relacionados. Esta variável não admite a alternativa "ignorada". Ainda que a resposta não corresponda exatamente a nenhuma das alternativas do campo, é necessário observar as seguintes correspondências de cor para a categorização do campo: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa e coreana, entre outras); 4) Parada (inclui-se nesta categoria: morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (se aplica aos indígenas ou índios que vivem em aldeamento e aos que se declaram indígenas e vivem fora do aldeamento); 9) Se for Ignorado. Obs.: a Mãe é quem escolhe a opção que melhor define a sua cor. É uma autodeclaração. * Entre 1996 a 2009, a raça/cor era do recém-nascido.</p>	<p>Sistema gerido pela CGIAE/Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Dados disponíveis desde 1996 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=0205>.</p>

SIM	<p>O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. Os dados informados na Declaração de Óbito alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil, oferecendo aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. O Sistema tem 92,4% de cobertura nacional em 2009, mas há variações de volume captadas entre as unidades federadas, particularmente nas regiões Norte e Nordeste que têm cobertura insuficiente, respectivamente, 83,5% e 78,7%.</p>	<p>Campo 11- Raça/Cor - A cor do falecido deve ser perguntada ao responsável pelas informações do falecido, não devendo nunca ser decidida pelo médico com base na observação. O responsável pelas informações do falecido deve ser informado das opções para o campo e deve escolher um dos cinco itens relacionados. Ainda que a resposta não corresponda exatamente a nenhuma das alternativas, é necessário observar as seguintes correspondências de cor para a categorização do campo: 1) Branco; 2) Preta; 3) Amarela (pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa e coreana, entre outras); 4) Parda (inclui-se nesta categoria morena, mulata, cabocla, cafuza, ou qualquer outro mestiço de pessoa da cor preta com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (se aplica aos indígenas ou índios que vivem em aldeamento, como também aos que se declararam indígenas e vivem fora do aldeamento); 9) Se for ignorado. Obs.: é o responsável pelo falecido quem escolhe a opção que melhor define a cor do falecido.</p>	<p>Sistema gerido pela CGIAE/Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Dados disponíveis desde 1996 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=Q205>.</p>
-----	---	---	---

Sinan	<p>O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 2.325 de 08 de dezembro de 2003), tais como tuberculose, dengue, hanseníase, hepatites virais e DST/Aids. É facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (ex. a varicela em MG ou difilobotríase no município de SP). Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo para a tomada de decisões.</p>	<p>No Sinan-Tuberculose consta a seguinte orientação: preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreenda-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia); 9) Se for ignorado.</p>	<p>Sistema gerido pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Dados disponíveis desde 2001 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VOBJ=http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>.</p>
-------	---	--	---

<p>Vigitel</p>	<p>O inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel) tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis na população adulta. O inquérito é aplicado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade. Com a vigilância em saúde é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações na área de saúde.</p>	<p>“A sua cor ou raça é”. As opções são lidas: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela; 4) Parda; 5) Indígena; 777) Não sabe; 888) Não quis informar e o entrevistado se autoindica. Caso a resposta não corresponda às opções, o entrevistador lê novamente para que o entrevistado se enquadre em uma delas. Rer as opções quando necessário. Pode esclarecer apenas nas duas situações: amarelo (raça oriental, japonês, chinês) e indígena (nativo aldeado ou descendência indígena). A partir de 2011, a questão do Vigitel passou a seguir o padrão do IBGE.</p>	<p>Em 2006, teve início o Vigitel, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDANT/DASIS) do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa monitora a população adulta de todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. Dados disponíveis desde 2006 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207>.</p>
----------------	---	---	---

<p>Viva - contínuo (módulo do Sinan)</p>	<p>O módulo de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (Viva) - contínuo foi implantado em serviços de referência para vítimas de violência. Essa vigilância tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências. É compulsória a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Essa notificação foi incorporada ao Sinan em 2009.</p>	<p>Raça/Cor: preencher o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, raça ou etnia declarada pela pessoa atendida/vítima: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreenda-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia); 9) Ignorado quando não for possível obter tal informação. Atenção! Esta classificação deve seguir o padrão de autoattribution e classificação estabelecido pelo IBGE, ou seja, a pessoa atendida/vítima é quem declara a sua raça/cor/etnia. Quando se tratar de criança, considerar a informação da família, responsável ou acompanhante.</p>	<p>Sistema gerido pela CGDANT/Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Dados disponíveis desde 2006 em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php?saude=http%3A%2F%2Fsinanweb%2Findex.saude.gov.br%2Fsinanweb%2Findex.php&bootook=OK&obj=http%3A%2F%2Fdtr2004.saude.gov.br%2Fsinanweb%2Findex.php.</p>
--	---	--	--

<p>Viva - inquérito</p>	<p>Inquérito de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva) - inquérito ou sentinela é realizado por meio de pesquisas com base em informações coletadas no período de 30 dias nos hospitais de urgência e emergência selecionados, a partir de pactuação entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde. Essas pesquisas foram realizadas nos anos 2006 e 2007, passando a ser bianual; o último realizado em 2009.</p>	<p>Preencher com o código correspondente à cor da pele declarada pela pessoa atendida/vítima ou pelos seus pais: 1) Branca, 2) Preta, 3) Amarela (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar oriental), 4) Parda (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça), 5) Indígena (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar indígena ou índia), 9) Ignorado. Esta classificação segue o padrão estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quando a pessoa estiver inconsciente, o quesito raça/cor será 9) Ignorado. Quando se tratar de criança, vale a informação da família. Qual a sua raça ou cor de pele? (O entrevistador poderá listar as alternativas.)</p>	<p>Inquérito gerido pela CGDANT/Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Dados disponíveis desde 2006 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207>.</p>
-------------------------	--	---	--

<p>SIH/SUS</p>	<p>O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – SUS contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS através da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). O sistema dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações, a relação dos procedimentos realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital. Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica em âmbito nacional.</p>	<p>RAÇA/COR – Preencher com raça/cor do paciente: 1) Branca; 2) Preta; 3) Parda; 4) Amarela; 5) Indígena; 99) Sem Informação. Neste campo pode ser utilizada a pesquisa e é obrigatório. (aceita ignorado)</p>	<p>Sistema gerido pela Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI), Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Dados disponíveis desde 2008 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=0203>.</p>
<p>Apac/SIA/SUS</p>	<p>A Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac) criada em 1996, integra o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). O sistema tem como principal finalidade registrar a produção, a cobrança e o pagamento desses procedimentos no âmbito do SUS, tais como os de terapia de substituição renal, quimioterapia, radioterapia e medicamentos excepcionais.</p>	<p>Campo: Raça/Cor: campo numérico de preenchimento obrigatório. Preencher com o código de identificação da raça/cor do paciente, conforme tabela. 1) Branca; 2) Preta; 3) Parda; 4) Amarela; 5) Indígena; 99) Sem Informação. Portaria SAS/MS nº 719 de 28 de dezembro de 2007.</p>	<p>Sistema gerido pela Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI), Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Dados disponíveis desde 2008. Não há endereço eletrônico disponível.</p>

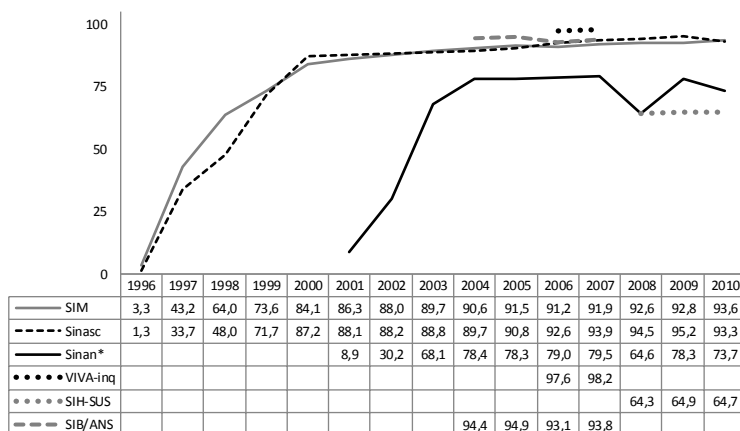
Saúde Suplementar/ANS	Mortalidade de beneficiários dos planos privados de saúde. Os dados de mortalidade disponíveis são oriundos do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS). Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) é o sistema pelo qual mensalmente as operadoras de planos privados de saúde enviam para a ANS dados de vínculos de beneficiários aos planos, incluindo a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento desses vínculos.	A raça/cor é a que consta na Declaração de Óbito do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Sistema gerido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados disponíveis de 2004 a 2007 em: < http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_M1.DEF >.
Sismama/SIA/SUS	Implantado nacionalmente em 2009, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) é um subsistema de informação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – SUS, instituído pelo Ministério da Saúde para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Fornece dados sobre a população examinada, resultados dos exames de mamografia e laboratoriais, seguimento dos casos alterados, qualidade dos serviços, dentre outras informações necessárias ao acompanhamento do programa.	Segue o seguinte padrão: Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena; e Seminformação.	Instituto Nacional de Câncer (Inca) – SAS/MS. Dados disponíveis de 2009 a 2011 em: < http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0402 >.

<p>Suplemento Saúde da PNAD</p>	<p>O suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é uma fonte de dados importante para o conhecimento e monitoramento de aspectos relevantes da situação de saúde da população brasileira e do acesso, utilização e financiamento de serviços de saúde: morbidade, cobertura por plano de saúde, acesso a serviços, utilização de serviços, limitação de atividades físicas para maiores de 13 anos e gastos privados com saúde.</p>	<p>Consideraram-se cinco categorias para a pessoa se classificar quanto à característica cor ou raça: branca, preta, amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) e indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).</p>	<p>IBGE convênio com o Ministério da Saúde. Dados disponíveis de 1998, 2003 e 2008 em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207>.</p>
---------------------------------	--	--	---

Obs.:

- 1) O Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), ambos da SAS/MS, não trazem o recorte raça/cor por não terem bases nominais. Do mesmo modo, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHiperdia) e o Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero (Siscolo) não coletam a variável raça/cor.
- 2) O cadastro das hemoglobinopatias que traz informações da triagem neonatal e de portadores da doença falciforme não compõe um sistema. São planilhas Excel sistematizadas de acordo com a organização dos serviços existentes em cada estado, inclusive com variáveis que cada unidade considerava conveniente. Esse cadastro está sob a responsabilidade da Coordenação do Sangue e Hemoderivados da SAS/MS.

Figura 1
Percentual de informados na variável raça/cor nos Sistemas de Informações em Saúde (SIS)
Brasil, 1996-2010

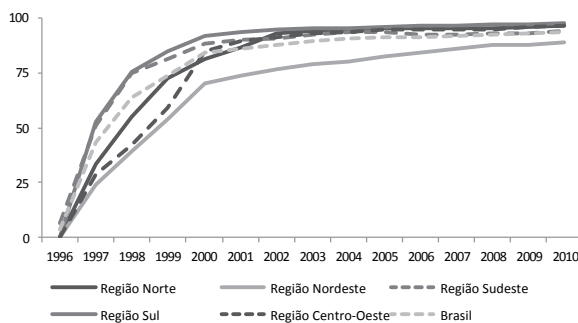


Fonte: SIM, Sinasc, Sinan, Viva/SVS/MS; SIH/MS; ANS/Datasus e IBGE/Datasus.

* média de informados no Sinan (tuberculose, hanseníase, aids, dengue, hepatites virais, doença de chagas, sífilis congênita).

Obs.: dados de 2010 são preliminares e estão sujeitos a retificação no SIM, Sinasc e Sinan.

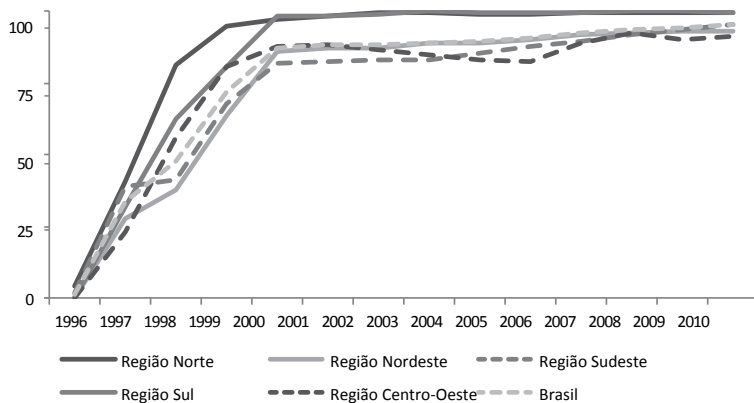
Figura 2
Percentual de informados na variável raça/cor no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), segundo a região
Brasil, 1996-2010



Fonte: SIM/SVS/MS

Obs.: dados de 2010 são preliminares e estão sujeitos a retificação.

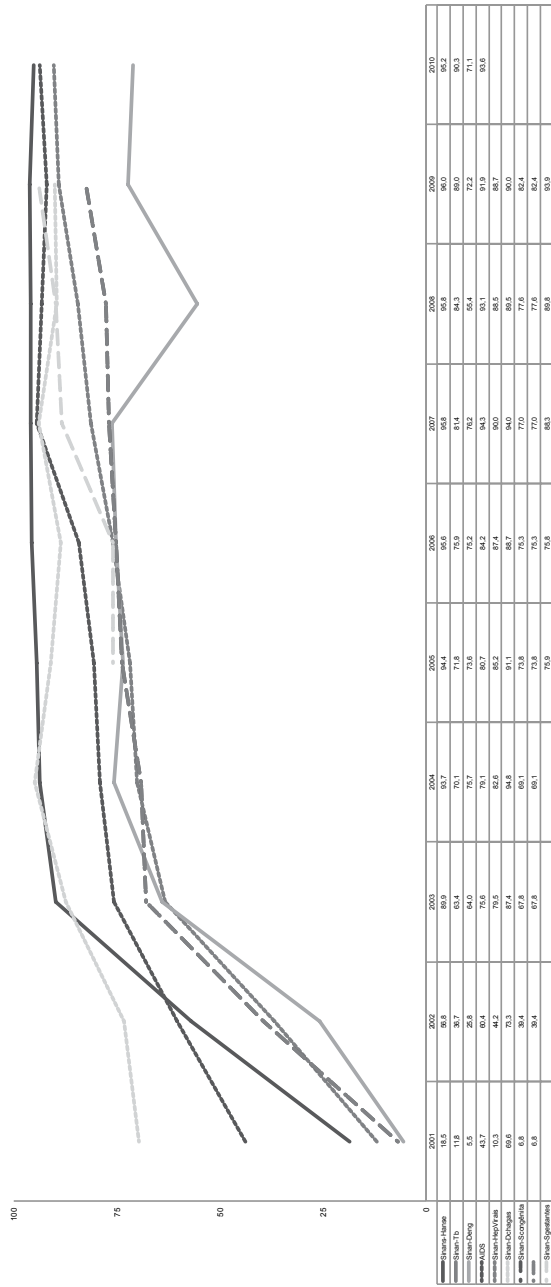
Figura 3
Percentual de informados na variável raça/cor no Sistema de Informações
sobre Nascidos Vivos (Sinasc), segundo a região
Brasil, 1996-2010



Fonte: Sinasc/SVS/MS.

Obs.: dados de 2010 são preliminares e estão sujeitos a retificação.

Figura 4
Percentual de informados na variável raça/cor no Sistema de Informação de
Agravos de Notificação (Sinan), segundo agravos específicos
Brasil, 2001-2010



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Obs.: dados de 2010 são preliminares e estão sujeitos a retificação.

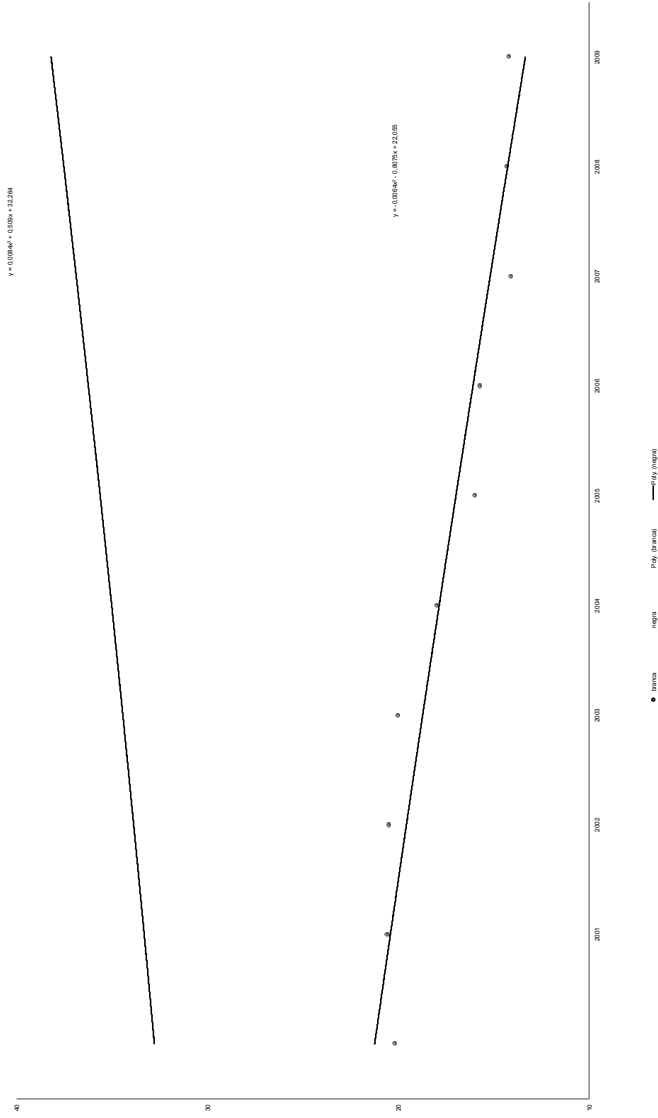
Tabela 1
Percentual de informados na variável raça/cor no SIM, Sinasc e Sinan, segundo a unidade federada e DF
Brasil, 2010*

	SIM	SINASC	SINAN	
			TUBERCULOSE	HANSENÍASE
Acre	82,7	88,5	99,4	99,3
Alagoas	75,1	92,4	85,0	95,4
Amapá	91,7	97,5	94,8	95,3
Amazonas	96,7	99,3	99,1	98,5
Bahia	86,2	91,2	93,3	95,9
Ceará	90,9	81,0	91,6	71,6
Distrito Federal	99,1	75,9	90,2	88,4
Espírito Santo	85,3	97,1	94,9	97,4
Goiás	94,1	88,6	93,5	97,0
Maranhão	95,7	91,3	97,7	97,4
Mato Grosso	98,8	92,9	98,7	99,3
Mato Grosso do Sul	98,7	99,9	94,4	97,8
Minas Gerais	88,9	90,2	87,6	92,3
Pará	98,6	98,1	95,4	97,3
Paraíba	92,6	90,1	96,9	97,6
Paraná	96,9	99,9	96,7	99,1
Pernambuco	92,0	97,9	85,4	89,1
Piauí	94,4	99,6	98,6	99,3
Rio de Janeiro	97,6	96,0	90,4	94,6
Rio Grande do Norte	82,8	98,8	95,0	98,7
Rio Grande do Sul	98,3	99,9	97,5	98,8
Rondônia	95,0	97,1	99,0	98,7
Roraima	95,0	99,8	100,0	99,0
Santa Catarina	96,9	99,7	97,8	99,2
São Paulo	95,2	98,5	79,8	97,7
Sergipe	89,9	77,0	93,1	92,2
Tocantins	96,7	99,7	97,8	99,5

Fonte: SIM; Sinasc e Sinan/SVS/MS.

* Dados preliminares

Figura 5
Taxas ajustadas de mortalidade por homicídios (100 mil hab.), segundo raça/cor e reta regressão de ajuste polinomial (grau 2)
Brasil, 2000-2009

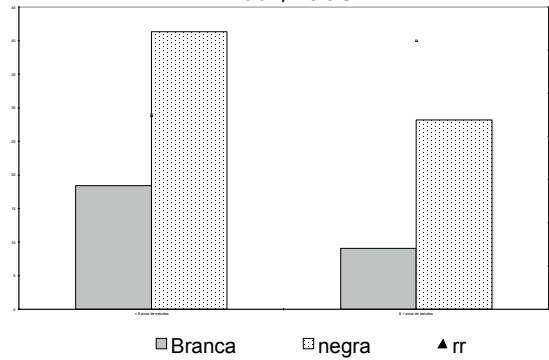


Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE.

Obs.: Os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10)¹ considerados como homicídios (X85-Y09; Y22-Y24).

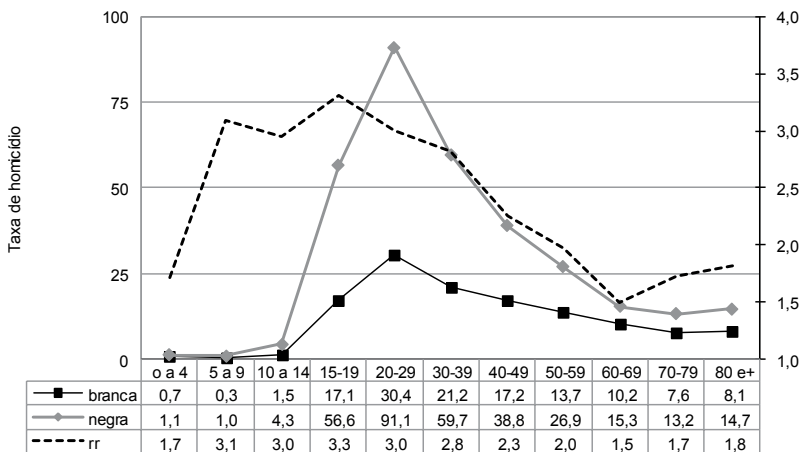
O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão

Figura 6
Taxas ajustadas de Mortalidade por homicídios (por 100 mil hab.),
segundo raça/cor e escolaridade
Brasil, 2008



Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

Figura 7
Taxa específica de homicídio (por 100 mil hab.), segundo
faixa etária e raça/cor e risco relativo,
Brasil, 2009



Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

1 Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1993.

Tabela 2
Distribuição percentual de nascidos vivos,
segundo a idade e a raça/cor da mãe, 2010

	<14	15-19	20-34	35 e+
Branca	0,6	15	72	12,4
Preta	1	18	69,4	11,6
Amarela	0,8	13,8	68	17,4
Parda	1,2	21,6	68,6	8,6
Indígena	3,8	26,3	59,9	10
Total	1	18,4	70,2	10,5

Fonte: Sinasc/SVS/MS.

Tabela 3
Distribuição percentual de nascidos vivos com mães com até 3 anos de estudos,
segundo a raça/cor da mãe e o número de consultas de pré-natal, 2010

	Nenhuma	1 a 6	7 e +
Branca	2,9	41,2	56
Preta	7,1	54,3	38,6
Amarela	3,9	49,4	46,6
Parda	4,9	59,5	35,5
Indígena	14,8	72,5	12,7
Total	4,8	55,2	40

Fonte: Sinasc/SVS/MS.

Tabela 4
Taxa de mortalidade 10 a 29 anos, segundo sexo e raça/cor, Brasil, 2008

	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Branco	119,6	38,1	77,8
Negro	210,3	51,2	133
Risco Relativo	1,8	1,3	1,7

Fonte: SIM/SVS/MS.

Tabela 5

Taxas de mortalidade (por 100 mil) para algumas causas em pessoas de 10 a 29 anos, Brasil, 2000-2002 e 2007-2009

	média 2000-2002				média 2007-2009				variação % do rr	
	branca		negra		branca		negra			risco relativo
	taxa	risco relativo	taxa	risco relativo	taxa	risco relativo	taxa	risco relativo		
Total de Transmissíveis	3,92	1,0	3,96	1,0	2,39	1,5	3,70	1,5	53,2	
Aids	3,24	0,8	2,72	0,8	1,90	1,4	2,60	1,4	63,1	
Tuberculose	0,42	2,0	0,82	2,0	0,30	2,3	0,68	2,3	14,8	
Hepatite	0,15	1,3	0,19	1,3	0,09	2,0	0,17	2,0	49,4	
Dengue	0,02	1,1	0,03	1,1	0,06	2,3	0,14	2,3	106,3	
Doença de Chagas	0,07	2,2	0,16	2,2	0,03	2,7	0,09	2,7	26,1	
Hanseníase	0,01	2,7	0,03	2,7	0,01	3,0	0,02	3,0	12,6	
Total de Não Transmissíveis	35,91	1,7	60,21	1,7	24,40	2,6	62,79	2,6	53,5	
Homicídios	28,51	1,7	48,67	1,7	18,72	2,8	53,24	2,8	66,6	
Mal Definidas	4,69	1,8	8,51	1,8	3,16	1,9	5,95	1,9	3,6	
Doenças Cerebrovasculares	1,18	1,1	1,28	1,1	1,02	1,3	1,33	1,3	20,2	
Infarto Agudo do Miocárdio	0,52	1,1	0,55	1,1	0,54	1,4	0,74	1,4	30,3	
Diabetes	0,59	0,9	0,54	0,9	0,55	1,2	0,64	1,2	29,6	
Doenças Hipertensivas	0,24	1,4	0,35	1,4	0,20	2,2	0,43	2,2	53,3	
Câncer de Colo do Útero	0,27	1,0	0,28	1,0	0,29	1,2	0,35	1,2	18,6	
Doença Falciforme	0,04	4,2	0,18	4,2	0,07	4,0	0,28	4,0	-4,2	

Fonte: SIM/SVS/M

Tabela 6
Proporção de óbitos maternos de 10 a 29 anos, segundo as principais causas diretas e raça/cor, Brasil, 2008

	BRANCA	NEGRA
eclâmpsia	15,4	18,3
pré-eclâmpsia	5,3	8,5
hemorragia pós-parto	3,6	4,7
infecção puerperal	8,5	6,9
anormalidades da contração uterina	4	4,2
descolamento prematuro da placenta	3,6	3,3
aborto	6,9	12,1

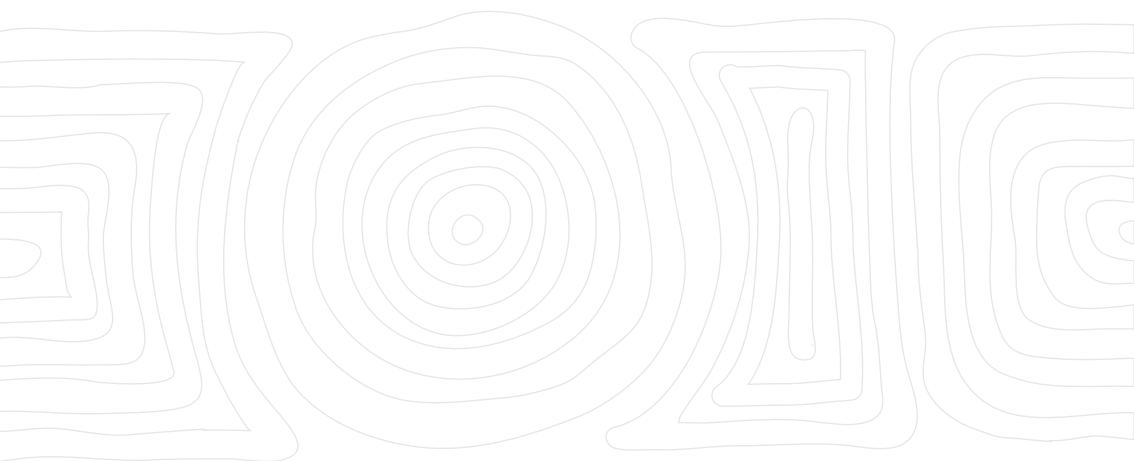
Fonte: SIM/SVS/MS

* Percentual calculado pelo total de todas as causas diretas

CAPÍTULO 3

O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro

Sandra Assis Brasil e Leny Alves Bomfim Trad



INTRODUÇÃO

Organizou-se no país, em fins do século XX e início do século XXI, uma agenda voltada à saúde da população negra. Incorporaram-se categorias de identificação da população, raça, cor e etnia que, aliadas aos dados censitários e epidemiológicos, confirmaram injustiças e iniquidades em saúde de uma parcela da população brasileira e forçaram o Estado a conceber uma política pública, em consonância com o SUS: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas à promoção da equidade racial em saúde.

Essa política advém de um processo histórico reforçado por atuações de diversas organizações e movimentos sociais, em especial o movimento negro. Tais ações, voltadas à valorização da população negra, reivindicaram a inclusão e abordagem das questões raciais na saúde. Os documentos lançados nesse processo contribuíram para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial na política de saúde do país e para o reconhecimento oficial, pelo Estado brasileiro, do racismo institucional nas instâncias do SUS.

Entretanto, os insistentes dados de desigualdade segundo raça/cor e a realidade social brasileira, alicerçada nas bases da ideologia da mestiçagem racial e da igualdade entre os povos fundantes da nação, constituem um momento político que, apesar de propício às lutas em prol dos direitos humanos, avança lentamente sobre os dilemas sociorraciais do país. O mito da democracia racial ainda vigora – mesmo tendo sido descortinado por pesquisadores e estudiosos desde meados do século XX, através dos estudos fomentados pelo projeto da Unesco para análise das relações raciais (Maio, 2005) –, e, juntamente ao racismo que permeia a sociedade brasileira, compõe o cenário de fundo das disputas entre os diversos atores que pensam tal política.

As ações públicas de saúde, tomando a dimensão da problemática das desigualdades raciais, se iniciam no Brasil na década de 1980, quando ativistas do movimento negro incluem essa temática nos âmbitos estadual e municipal. Tais ações se fortalecem a partir das reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares (1995), resultando na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, seguido de conferências e seminários nacionais para inclusão da problemática racial na saúde (Brasil, 2007; Batista e Kalckmann, 2005).

Os estudos sobre políticas públicas, além da diversidade de análises teóricas possíveis, está intimamente relacionado às leituras sobre o Estado Nacional, sua formação e o modo de produção predominante na sociedade. Assim, o estudo sobre a Política de Saúde da População Negra (SPN) constituiu-se como importante campo de produção de conhecimento em virtude das necessidades de pensar abordagens teóricas que deem conta dos aspectos da realidade social. Os processos de formulação de tal política em saúde conjugam elementos da estrutura social – sua lógica de produção econômica e, especialmente, de reorganização das instituições sociais – com os elementos da superestrutura, aspectos ideológicos e hegemônicos em torno da formação da identidade nacional brasileira.

É preciso lembrar a presença dos atores sociais que atuam na composição de uma política pública, ou mesmo em seu processo de reivindicação. Os atores políticos (pertencentes ao Estado ou à sociedade civil) demandam a construção de novas agendas políticas, atuam na sua formulação, implementação e mesmo avaliação. No momento em que identificamos a dimensão do poder e as disputas que se estabelecem em torno dele, pensamos na atuação dos atores sociais que concretizam essas disputas e demarcam o polêmico campo das relações raciais brasileiras. Assim, os movimentos negros brasileiros apresentam-se como protagonistas na mobilização de forças em distintos momentos da história brasileira.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado ao longo do mestrado em saúde coletiva, tomando por base uma investigação qualitativa acerca do processo de formulação de uma política pública de saúde, com vistas à identificação dos fatos, atores políticos e posicionamentos em torno das questões étnico-raciais na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Neste trabalho, acentuamos os aspectos apontados pelo Estado brasileiro e pelo movimento negro no país acerca desse processo, buscando, com base na análise documental e nos dados de entrevistas semiestruturadas, distintos posicionamentos e papéis assumidos por tais esferas político-ideológicas no âmbito dessa política pública.

A análise documental possibilitou o acesso ao registro oficial assumido pelo Estado brasileiro diante das questões étnico-raciais em saúde,

facilitando uma comunicação entre os dados do registro histórico escrito e os discursos dos atores políticos ainda em ação. O método da análise documental requer um exame detalhado de todo o material levantado na pesquisa gerando um processo de *garimpagem*: os documentos precisam “receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças como num quebra-cabeça” (Pimentel, 2001, p. 180).

Os documentos foram separados de acordo com os temas que apareciam nas leituras, tanto deles próprios, quanto de artigos que versavam sobre a saúde da população negra. Foram impressos e catalogados em quatro tomos de análise: (1) leis, decretos, portarias e cadernos do Ministério da Saúde (relativos a aprovações e vetos em torno da Igualdade Racial e Saúde da População Negra); (2) relatórios finais, cadernos de resoluções e cartas dos seminários nacionais de SPN; (3) publicações de agências internacionais e *Relatório final da Conferência de Durban*; e (4) relatórios finais das conferências nacionais de saúde. Os documentos se reportaram a um período, datado em suas publicações, demarcado entre os anos de 1995 – ano da realização da Marcha Zumbi dos Palmares no país – e 2010 – ano de aprovação do Estatuto da Igualdade Racial no Brasil.

A segunda técnica utilizada nesta pesquisa foram entrevistas semiestruturadas com seis informantes vinculados a distintas instituições e organismos sociais. As entrevistas permitiram localizar outros aspectos que escaparam à análise dos documentos, pois facilitaram uma aproximação com os diversos atores políticos envolvidos diretamente com a formulação da política de SPN, permitindo uma análise aprofundada das concepções teórico-conceituais subjacentes às questões étnico-raciais.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com questões previamente organizadas em torno de três eixos: (1) identificação do entrevistado – dados pessoais, aspectos socioeconômicos e culturais, posições político-ideológicas; (2) formulação da política de SPN e identificação dos atores políticos; (3) concepções sobre raça, cor e outras questões acerca das relações raciais e a saúde. Os entrevistados detinham distintos vínculos institucionais, desde ativistas do movimento negro até gestores ou técnicos em secretarias e no Ministério da Saúde.

Utilizou-se o método da análise de conteúdo de Bardin (1977) tanto para os documentos quanto para as entrevistas. A autora define a análise de conteúdo como um “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1977, p. 42). O projeto foi aprovado no comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, respeitando-se todos os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi aqui analisada com base no Ciclo da Política Pública (Kingdon, 1995 *apud* Pinto, 2004), levando-se em conta duas fases de construção e elaboração de uma política pública: a fase de pré-decisão de uma política específica em saúde, marcada pela introdução das especificidades étnico-raciais como elementos das desigualdades na agenda social, além da inclusão dessa temática na agenda governamental – etapa em que os embates se tornam mais acentuados e se observam dissensos e consensos nas opiniões sobre o tema das desigualdades raciais em saúde e do racismo como fenômeno sócio-histórico. Em seguida, a fase de decisão propriamente dita comporta a elaboração da proposta de uma política de saúde para a população negra pelos atores políticos e pode definir os princípios, as diretrizes e as estratégias para as ações em saúde. Nessa fase, toda a política deve ser pensada e definida em sua abrangência, em seus recursos humanos e no financiamento necessário para sua implementação.

Nesse processo, a dimensão do poder é evidenciada, trazendo à tona as disputas que ocorrem no âmbito das ações de planejamento em saúde. Tais processos sociopolíticos representam disputas ou posicionamentos em torno do direcionamento e da construção da política de SPN, com base na análise da acumulação de poder. As dimensões do poder que circundam esse caso referem-se ao poder societário – relacionado às esferas econômica e ideológica; ao poder setorial – no qual se observam as dimensões técnica, administrativa e política; e ao poder simbólico – como recurso, capacidade ou relação dentro da dinâmica de formulação de uma política pública (Testa, 1995).

Para uma análise detalhada do processo de formação de uma agenda de política governamental, Capella (2008) analisa dois modelos de ciclo da política pública; neste trabalho, optamos pela proposta do modelo dos Múltiplos Fluxos. O modelo dos Múltiplos Fluxos, oferecido por Kingdon (1995, *apud* Pinto, 2004) é capaz de demonstrar a progressão de uma questão para a agenda governamental até atingir o estágio de decisão. Essa abordagem leva em conta os participantes ativos (governamentais e não governamentais) e os processos pelos quais os itens da agenda e suas alternativas ganham destaque (Pinto, 2004).

A constituição ideológica e a marca institucional dos atores envolvidos no processo configuram seus atos políticos e, conseqüentemente, suas formas de poder organizadas e propiciadoras de relações já instituídas, ou tendentes a mudanças. Os atores políticos e sociais não agem apenas por interesses pessoais, suas identidades (vínculos institucionais) influenciam seus comportamentos nos processos de decisão política. Tais atores conformam grupos de interesses que podem pressionar pelo reconhecimento de problemas e pela construção de soluções. Nesse processo, há grupos e questões que atuam como forças impulsionadoras para o reconhecimento de problemas e soluções políticas, bem como elementos restritivos, atores que divergem e restringem a ocorrência de uma questão na agenda (Pinto, 2004; Frey, 2000).

No presente trabalho, damos destaque aos atores governamentais, vinculados às esferas de elaboração e aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e aos atores políticos pertencentes ao movimento negro brasileiro. A arena política configurou-se, desse modo, dinâmica e produtora de questões amplamente delicadas para a sociedade brasileira. Identificamos, nessa arena, consensos e dissensos nos espaços institucionais e entre os diversos atores da sociedade civil.

Resumidamente, poderíamos delinear um quadro político composto por organizações internacionais com interferências diretas no plano nacional, entidades e organizações não governamentais do movimento negro (diverso em sua inteireza), além das instituições do Estado brasileiro (secretarias de saúde, Ministério da Saúde etc.) e instituições de pesquisa e ensino no país. As principais disputas presentes no espaço político da saúde da população

negra envolveram o eixo constitutivo dessa política – o combate ostensivo ao racismo e os dilemas em torno de como admitir e enfrentar o racismo na sociedade brasileira.

O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE DIREITOS HUMANOS E AÇÕES AFIRMATIVAS

A consolidação das ações afirmativas no país se dá a partir dos dados sobre desigualdades raciais que começam a se tornar mais consistentes e fundamentais para justificativa dessas políticas públicas. Trata-se de um processo político longo, que parece mais visível no Governo Lula (2003-2010), muito embora tenha se iniciado antes desse governo, estabelecendo não uma agenda de governo, mas “uma agenda construída e demandada ao Estado brasileiro ao longo de pelo menos duas décadas” (Lima, 2010). Esse processo também conta com mudanças no modo como o Brasil se apresenta no cenário internacional, buscando mais autonomia, porém, parcerias com outros países e organismos internacionais.

68

Os direitos humanos no Brasil ganham projeção, de fato, a partir dos processos de transição democrática, no contexto de lutas contra a ditadura militar, inspirados pela Declaração Universal de 1948 e as consequências daí advindas (Adorno, 2010). Os direitos universais são expressos ao longo da história do país através de leis e atuações da sociedade civil, amplamente discutidas por diversos autores. Ratificam-se: a elaboração da Constituição Brasileira de 1988, conhecida por Constituição Cidadã, não apenas porque reconhece os direitos humanos na lei, mas também por indicar instrumentos para sua garantia e efetividade; a Reforma Sanitária, responsável pela democratização da saúde, entendida como um direito inerente à cidadania, aos direitos sociais e ao Estado; a construção dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (em sua terceira versão) e a formulação e execução de políticas afirmativas que, posteriormente, passam a buscar a Igualdade Racial – assim expressa, inclusive pela criação de uma Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial no governo Lula (Lima, 2010).

Para atingir o objetivo de entendimento sobre a condução dessas políticas sociais, é preciso apontar que elas se relacionam não apenas à seguridade social, tal qual elaborada no período de redemocratização do país, tampouco apenas ampliam-se para além das ações que garantam moradia e educação;

as políticas sociais podem ser vistas como políticas voltadas ao reconhecimento dos direitos, concedidos seja por mérito, seja por cidadania. Ainda assim, fato marcante é que tais políticas são desenhadas dentro de determinados governos, com características próprias, tomando por base sua lógica de desenvolvimento econômico e sua relação com a tão almejada democracia. As análises sobre os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luiz Inácio Lula da Silva apontam processos de continuidade relacionada à política socioeconômica e repercussões nas políticas sociais, muito mais que posicionamentos que pudessem demarcar rupturas ou descontinuidades (Lima, 2010; Martins, 2007; Mendes e Marques, 2007).

Porém, os dois governos de FHC (1994-2002) são identificados, nitidamente, por uma política neoliberal com sérias repercussões para as políticas públicas. Esse governo foi marcado por crescimento da dívida externa, expansão acelerada da dívida pública, déficits em conta corrente, elevadas taxas de juros, privatizações, desmonte dos valores agregados das indústrias, desregulamentação do mercado de trabalho e abertura comercial e financeira acelerada através de políticas de valorização cambial (Martins, 2007). Entretanto, as políticas afirmativas têm seu início nesse governo, pois, apesar da análise acima descrita, o país se encontrava numa conjuntura internacional favorável (em 1993, ocorria a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, de Viena, cujas recomendações levaram o Governo FHC à proposição de um plano de ação para os direitos humanos) e possuía lideranças políticas importantes no governo que podiam pautar essas ações, tendo identificação com a temática dos direitos humanos, como os ministros José Gregori e Paulo Sérgio Pinheiro (Adorno, 2010).

Adorno destaca, porém, que a composição de forças e alianças de sustentação do Governo FHC não eram inteiramente simpáticas à agenda de direitos humanos, pois muitas eram as críticas quando se discutia a possibilidade de controle civil sobre os policiais militares ou a reparação pelas violações aos direitos humanos, ocorridas ao longo da ditadura militar. Tais resistências continuam ainda hoje, com as inflamadas reações diante da campanha pela Memória e Liberdade, uma proposição do terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos em prol da abertura dos arquivos da Ditadura Militar.

Lima (2010) argumenta que o Governo de FHC consistiu na demarcação do debate sobre políticas afirmativas, momento inicial e necessário para

evidenciar a situação social dos negros e implantar políticas valorativas. Foi no Governo FHC que se cunhou a ideia de “valorização da população negra”, cujas propostas para essa população foram gestadas no âmbito de alguns programas e ministérios. As ações mais concretas dessa gestão foram tímidas. Posteriormente à Conferência de Durban, houve avanço para as “reivindicações de caráter valorativo”, que tratavam da nacionalidade, da valorização dos símbolos negros e do sincretismo das raças fundadoras da nação brasileira, pois interessavam aos governantes. Todavia, pouco se investiu em políticas de redistribuição de renda e serviços públicos em saúde, educação, trabalho etc.

No âmbito da gestão de sua política neoliberal, FHC formulou dois Planos Nacionais de Direitos Humanos. O primeiro deles, o PNDH 1, formulado em 1996, teve como foco o combate às injustiças, ao arbítrio e à impunidade dos aplicadores das leis. Buscou enfatizar os direitos humanos para todos, garantindo proteção do direito à vida, à liberdade e ao tratamento igualitário das leis. Também enfatizou os direitos de crianças, mulheres, adolescentes, da população negra, de indígenas, estrangeiros e migrantes e ratificou convenções internacionais de que o Brasil é signatário. Os principais resultados foram observados no campo da segurança pública, com novas regulamentações para o julgamento de policiais militares e tipificação dos crimes de tortura (Adorno, 2010). No que tange às ações afirmativas para afrodescendentes, priorizou o combate às desigualdades raciais através de políticas específicas para a população negra, definindo ações de curto, médio e longo prazo que sustentassem o apoio aos diversos grupos de trabalho temáticos, a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação e o registro sobre a população negra, além da alteração do conteúdo de livros didáticos para crianças e jovens.

O PNDH 2 foi pensado e concretizado no momento em que o primeiro plano ainda estava em curso. Esse segundo plano, aprovado em 2002, deu continuidade a muitos aspectos do primeiro plano, porém, incorporou novos direitos a serem protegidos, relacionados especialmente à livre orientação sexual e identidade de gênero, ao combate à violência intrafamiliar, ao combate ao trabalho infantil e trabalho forçado e inclusão de portadores de deficiência e a necessidade de cuidados especiais. Entretanto, de acordo com Adorno, esse segundo plano de direitos humanos foi reconhecido pela incorporação dos direitos econômicos, sociais e culturais que haviam sido apagados do primeiro plano e pelo reconhecimento dos direitos de afrodescendentes. Esses

episódios sobre os direitos humanos e as ações afirmativas no país são fundamentais, pois, quando da demarcação da linha do tempo da saúde da população negra, veremos que os anos e marcos aqui pontuados são cruciais para o entendimento dos processos que ocorrem no âmbito da saúde.

O segundo plano de direitos humanos é efetivado após a Conferência de Durban, fato que permite um amadurecimento sobre as questões raciais. O PNDH 2 reconhece a escravidão e o tráfico de escravos como violações graves aos direitos humanos, reconhece também a marginalização econômica, social e política a que fora submetida a população afrodescendente no país e amplia as buscas por fundos para o financiamento de políticas afirmativas. Trata-se de um momento fundamental para o posicionamento do Brasil perante as outras nações do globo. Ora, como um país, até bem pouco tempo reconhecido por outros países como miscigenado e racialmente democrático detém em seu interior uma série de casos de racismo e desigualdades raciais? A nação brasileira teve de se reparar e admitir mundialmente a existência de tais desigualdades e, além de admiti-las, agir de modo a reduzi-las e saná-las. Assim, esse se torna um período decisivo no qual o Brasil responde aos questionamentos e demandas internacionais sobre tais questões, não podendo silenciar perante as denúncias do movimento negro, projetadas além-mar.

Alguns autores enfatizam que o governo do sucessor de FHC, Lula, pode ser lido como um governo de terceira via, respondendo a um padrão que tenta conciliar uma política econômica conservadora e uma política social progressista, contemplando políticas tradicionalmente vistas como de direita e de esquerda ao mesmo tempo. Outros autores ainda duvidam desse posicionamento, enfatizando o fato de que o Governo Lula mantém muitos nexos com a política neoliberal de seu antecessor (Martins, 2007; Marques e Mendes, 2007). Para um governo do PT, partido nascido no âmago dos movimentos sociais e trabalhistas, no auge da reorganização da sociedade civil na década de 1980, os dois mandatos de Lula deixaram muito a desejar em diversos aspectos, especialmente relacionados às políticas sociais.

Partindo dessas questões, verifica-se que a política socioeconômica de Lula atuou na contenção dos desequilíbrios macro e microeconômicos gerados no governo anterior, optou por uma substituição da agenda de políticas públicas, buscando novas formatações em relação aos governos de FHC – em

bora tenha se equivocado ao tornar tais políticas condicionadas à liberação de excedentes econômicos, prejudicando recursos em saúde e educação. Os ajustes na economia buscaram geração de amplos superávits comerciais e fiscais que pudessem limitar a demanda agregada e conter a espiral do endividamento externo e interno. A opção pela terceira via na condução do governo demarcou a busca por uma estabilidade macroeconômica através da construção de políticas sociais, do combate à pobreza, da recuperação do setor industrial e do desenvolvimento e ativismo da política externa (Martins, 2007). Cabe-nos enfatizar que a política fiscal restritiva do Governo Lula, ancorada na manutenção do superávit primário, saldo positivo das contas públicas, trouxe reflexos para a previdência e o Sistema Único de Saúde (SUS), com diminuição ou corte de recursos financeiros.

Muitas leituras, sob distintos referenciais ideológicos, podem ser feitas não apenas do Governo Lula, como também de toda a formação sociopolítica brasileira. Vianna (1998) é contundente em afirmar que a sociedade brasileira não teve em sua história um processo capaz de conformar uma real transformação social, transformação de base que levasse em conta as demandas da classe trabalhadora/oprimida. Longe de adentrar nesse ponto da análise, na possibilidade ou não de a política de saúde da população negra conformar transformações profundas e revolucionárias para a sociedade brasileira, no tocante às relações raciais historicamente estabelecidas, não podemos deixar de pontuar o grau de avanço da democracia no país, fruto da saída dos governos autoritários.

Ademais, percebemos um avanço considerável no último Governo Lula, na sua relação com os movimentos sociais. Esse avanço não pode ser medido na concretização das demandas por eles exigidas, antes, porém, pode-se pensar que o Governo Lula soube abrir mais espaços para a efetivação das políticas que já vinham sendo pensadas para a pauta dos direitos humanos no país. A relação com o movimento negro se amplia e se transforma, levando tais representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social, além de se efetivarem atores envolvidos na formulação de políticas. Lima (2010) confirma a tese de que essa relação nos outros governos era de “exterioridade”, na qual o movimento negro apenas assumia a condição de demandante, com pouca inserção no aparato governamental. A esse respeito, a autora nos diz, com base em outros autores, que,

[...] embora a questão racial nunca tenha tido uma forte adesão por parte do Partido dos Trabalhadores, o governo Lula representa o cume dessa mudança ao incorporar em seus quadros representantes do movimento negro, dando maior visibilidade às suas reivindicações, que são fortemente atreladas às ideologias negras de circulação internacional – pan-africanismo, a negritude e o afrocentrismo – somadas aos elementos tradicionais da identidade afro-brasileira (Lima, 2010, p. 82).

A propósito da primeira gestão de Lula, observamos um processo de efervescência política, do qual o movimento negro soube aproveitar, particularmente no primeiro momento, a discussão sobre os desafios e as diretrizes daquele governo, que trouxe muita esperança a toda a sociedade brasileira. O Ministério do Planejamento redefiniu os macro-objetivos de governo no Plano Plurianual 2004-2007, cujos eixos norteadores enfatizavam três aspectos: desenvolvimento, participação e inclusão. A despeito do foco, já sinalizado acima, na manutenção da estabilidade econômica e no equilíbrio fiscal, esses macro-objetivos despertavam para o desenvolvimento social e a geração de trabalho e renda, facilitando a inclusão da temática racial e das ações afirmativas para a população negra diante da possibilidade que se abriu para uma participação mais popular e democrática. Ressalte-se o fato de não constituir, entretanto, a consolidação da vontade coletiva em sua inteireza. Nosso entrevistado nos diz:

A partir desse macro-objetivo, a gente destrinchou em desafios, eram discussões de grupos de trabalho e essa coisa [questão racial] apareceu em mais de um grupo, tanto o pessoal da Seppir, que estava lá, e também poucas pessoas de alguns outros ministérios, tipo o próprio Ministério da Saúde, que, de novo, não dá pra negar, no caso do Ministério da Saúde, eu tava lá, né, e eu acabei colocando também essa discussão de alguma forma, ela foi permanecendo, ela permaneceu nas grandes diretrizes de governo, mas ela, na verdade, ela perdeu força, eu diria, no macroprojeto de governo, ela, num primeiro momento perdeu força, apesar da criação da Seppir, apesar das discussões das cotas, que era uma discussão muito forte lá naquele primeiro momento [primeira gestão de Lula], e, perdeu força do ponto de vista de visibilidade dessa macro... (entrevistado O6).

As propostas do governo Lula, sob efeito de muitos representantes do movimento negro, ou gestores sensíveis às causas da população negra, possibilitaram ampliações nas políticas afirmativas do país, principalmente tornando as discussões mais sérias e bem-fundamentadas pela participação ativa desses atores políticos. O tema da igualdade racial vai se afirmando, a despeito das críticas observadas na mídia e na sociedade de modo geral, expressas, por exemplo, na proposta de cotas para negros nas universidades públicas. Ao longo dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva foram realizadas a I e a II Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, contando com grande mobilização e presença da sociedade civil, tanto nos eventos em si, quanto nas etapas preparatórias, a fim de que se consolidasse o tema da igualdade racial.

As conferências possibilitaram a formulação do I Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, aprovado pelo Decreto nº 6872, em 2009, e responsável pela construção de um caminho mais concreto para a institucionalização das questões raciais do país, expressas em leis, decretos, programas e ações. O plano contém doze eixos de atuação de modo a definir as principais ações para os grupos sobre os quais se detém.

Ao final desse mesmo ano, destacamos a elaboração do 3º Plano Nacional de Direitos Humanos. O PNDH 3 aprofundou e ampliou uma série de direitos, contando com a participação da sociedade civil na sua elaboração, através das conferências locais e nacional, preparatórias para a formulação desse plano. Ele está orientado sob seis eixos, assim denominados: (1) Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; (2) Desenvolvimento e Direitos Humanos; (3) Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; (4) Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; (5) Educação e Cultura em Direitos Humanos; (6) Direito à Memória e à Verdade.

Depreende-se, a partir desse histórico, que as ações afirmativas no país vêm se constituindo num crescente movimento, atingindo diversas áreas, com grande ênfase em saúde e educação, setores da vida social nos quais se observam mais leis e decretos aprovados ou em execução. No âmbito da educação, podemos apontar quatro aspectos importantes efetivados no Governo Lula. O primeiro deles diz respeito à aprovação da Lei nº 10.639/2003, que institui o ensino da História e Cultura Afro-brasileiras nas escolas do Brasil; em seguida, destacamos a implementação do Prouni (Programa Universidade

para Todos), que pôde garantir a entrada de muitos estudantes nas universidades particulares do país; o terceiro aspecto refere-se às ações afirmativas dentro das universidades e as políticas de cotas. O quarto ponto está na criação da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad) responsável pela execução de diversos programas (Lima, 2010).

Também é preciso salientar que o fomento a políticas de caráter redistributivo no país, como tentam ser as políticas de ação afirmativa, sofreu o impacto e o cruzamento de olhares e ações de distintos atores políticos locais, nacionais e internacionais. Hochman (2008) demonstra que esses diálogos que se estabeleceram na política internacional fomentaram a produção de arenas políticas dinâmicas, capazes de modelar e remodelar os atores e as agências ali envolvidas. O campo da saúde da população negra sofreu uma série de influências e demandas de atores internacionais para a sua organização no Brasil. Tome-se como exemplo os principais cadernos lançados em prol das discussões sobre saúde da população negra e racismo no país; muitos desses materiais foram financiados e elaborados por atores como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) ou o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID). Essas e outras organizações e fundações filantrópicas internacionais – Fundação Ford, MacArthur, Fundação Rockefeller, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), foram responsáveis pelo fomento de idéias, concepções e valores sobre as iniquidades no mundo, especialmente as iniquidades raciais.

O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO NEGRO

Gohn (2000) analisa a participação dos atores sociais na construção de novas concepções sobre a sociedade civil e sua atuação nas lutas políticas do país. Sua teoria sobre os movimentos sociais aponta transformações na composição de determinados atores políticos, deslocando-se de ações dos sindicatos trabalhistas, fortemente atuantes até a década de 1970, e ampliando a participação de grandes movimentos sociais e de organizações não governamentais nas décadas seguintes. As mudanças socioeconômicas ocorridas em fins do século XX no Brasil (globalização, crise econômica, aumento da economia informal, crescimento de ONGs e elevação da violência urbana) modificam sobremaneira a dinâmica dos movimentos sociais e abrem espaço

para a construção de uma nova esfera pública que possa atuar contra os mecanismos de exclusão presentes na sociedade brasileira.

Enquanto grupos organizados sob determinadas lideranças e com princípios, objetivos e ideologia comuns, os movimentos sociais visam a um fim específico ou a uma mudança social (Scherer-Warren, 1987 *apud* Domingues, 2007). Grandes e populares movimentos sociais surgem na década de 1980, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra, e, na década seguinte, as ONGs vão ocupando cada vez mais espaço no cenário de luta por direitos e cidadania. Esses novos movimentos sociais contribuíram enormemente para o processo de redemocratização do país, pois os atores políticos em cena passaram a dialogar diretamente com a sociedade e o Estado, formando, nos dizeres de Francisco de Oliveira (1994 *apud* Gohn, 2000) uma nova sociedade política.

76

A análise de Gohn, a partir dos anos 1990, debruça-se sobre o recrudescimento dos grandes movimentos sociais e a ampliação das organizações não estatais, fundadoras de uma nova esfera pública não estatal. A autora aponta alguns elementos que podem explicar o suposto refluxo dos movimentos sociais, mas também, e especialmente, direciona o olhar para o novo formato que tais organizações sociais (em alguns casos presente também nos movimentos populares de luta) empreendem diante das relações com o Estado. Pode-se afirmar que há, de fato, maior interlocução com o Estado, pois os movimentos políticos passam a se organizar em grupos menores e cada vez mais institucionalizados, transformando o poder público estatal em mero repassador de recursos financeiros para as ações coletivas.

A proposta teórica de Gohn auxilia no entendimento sobre a dinâmica de movimentação política dos atores e organizações sociais da saúde pública no Brasil, pois a possibilidade de maior interlocução com a administração pública e a passagem sistemática de atores políticos dos movimentos sociais para o Estado marcam o dinamismo das relações nesse campo. Além disso, o movimento negro brasileiro vem se organizando ao longo de sua história sob diferentes modos e objetivos, envolto atualmente por uma configuração muito próxima das organizações mais institucionalizadas, especialmente ONGs e centros culturais e de resistência.

Pode-se entender o movimento negro de modo mais abrangente, abrangendo desde as manifestações religiosas do tempo das irmandades negras, passando por grupos artísticos e culturais até as manifestações políticas de protestos contra a discriminação e o preconceito racial. De todo modo, a definição apresentada por Domingues (2007, p. 101-102) destaca-se como a mais pertinente para os propósitos deste trabalho:

Movimento negro é a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural. Para o movimento negro, a “raça”, e, por conseguinte, a identidade racial, é utilizada não só como elemento de mobilização, mas também de mediação das reivindicações políticas.

O movimento negro destaca-se, portanto, em distintas fases ao longo da história brasileira, sempre destinado ao combate das discriminações raciais, ora mais influenciado por ideais nacionalistas ou mesmo fascistas, ora mais próximos de ações da esquerda brasileira (Nascimento, 2008; Risério, 2007; Domingues, 2007; Alberti e Pereira, 2004; Guimarães, 2001). A história do movimento negro remonta a lutas desde o período colonial. Porém, a organização política pós-abolição, já ao longo do século XX, é merecedora de destaque, pois compreende não apenas as ações em defesa dos direitos de cidadania e de participação competitiva dos negros no mercado de trabalho, mas também possibilita melhor interpretação das ações atuais no campo da saúde, através da identificação de seus principais atores políticos. Deve-se salientar de antemão que a busca pelos direitos à saúde só vai acontecer muito recentemente. As lutas por políticas afirmativas conjugam movimento negro, organizações não governamentais pró-ações afirmativas e acadêmicos negros engajados para a construção desse novo campo de reflexões chamado Saúde da População Negra.

Pode-se identificar, com base nos trabalhos de Nascimento (2008), Domingues (2007) e Risério (2007) três ou quatro momentos diferentes de atuação do movimento negro no Brasil, especialmente correlacionando-os às conjunturas políticas a que estava submetida a população brasileira ao longo de todo o século XX. O período compreendido entre a Primeira República e o

Estado Novo (1889-1937) foi ainda marcado por influências das teorias raciais do século XIX e pela ideologia do branqueamento, submetendo a população negra recém-liberta a péssimas condições de vida. Desse modo, algumas agremiações, clubes e associações de negros passaram a atuar em uma espécie de mobilização racial negra, de modo a contestar a imagem pejorativa do negro, ainda relacionada à sua condição anterior de escravo e alimentada por sua suposta inferioridade traduzida pelas teses eugênicas – presente inclusive na Constituição Brasileira de 1934 (Nascimento, 2008). Em geral, tais clubes e agremiações, além de uma imprensa negra que surgia à época, atuavam de modo assistencialista e recreativo, inspirados em um papel educativo que pudesse incentivar a comunidade negra a se unir contra o complexo de inferioridade que se lhes impunha.

Risério (2007) enfatiza que, por volta da década de 1920, com atuações em torno de reivindicações trabalhistas – em nome das transformações urbano-industriais por que passava a sociedade brasileira e, especialmente, a paulistana – forma-se o embrião da organização negro-mestiça para a fundação posterior de um novo patamar do movimento negro: a Frente Negra Brasileira (FNB), na década seguinte. A FNB conseguiu se converter em um grande movimento de massa, capaz de mobilizar mais de 20 mil associados e obter notável organização sociopolítica (Domingues, 2007). Com boa organização, a FNB realizava desfiles, conferências e atos públicos para protestar contra a discriminação racial. Seu lema: “congregar, educar e orientar” foi incorporado por seus membros de tal modo que não lhe faltaram entidades que se dispusessem a se filiar à Frente Negra. Um dado interessante é que houve presença marcante da participação feminina na construção da FNB, ficando as mulheres responsáveis por todo movimento da entidade (Nascimento, 2008).

A década de 1930 potencializa a exploração da temática das relações raciais brasileiras, com a projeção do candomblé, discussões sobre a suposta superioridade racial e aprofundamento dos estudos sobre negros e mestiços no país. Nesse contexto, a FNB encontra espaço para expor seus objetivos e deveres políticos: cria-se uma *união política e social da Gente Negra Nacional* para reivindicação de seus direitos sociais e elevação intelectual e profissional da Gente Negra (Risério, 2007). Surge, assim, uma força política organizada que se expande nacionalmente. Guimaráes (2001) salienta a perspectiva política da FNB no cenário nacional: de corte nacionalista-fascista, a Frente

Negra era majoritariamente de direita, apoiando diretamente os governos nazi-fascistas que ocorriam na Europa e tendo declarado apoio à ditadura de Vargas em 1937, governo que atendeu algumas de suas reivindicações.

De todo modo, a Frente Negra Brasileira não impôs uma posição contrária à ordem social, política e econômica estabelecida no país. Antes, porém, a FNB pretendia a integração do negro através da “conquista das oportunidades e garantias sociais legalmente consagradas pelo regime vigente. E essa conquista se daria pela imitação dos exemplos fornecidos pelos próprios brancos” (Bacelar, 2001, p. 149). Essa foi a tônica da atuação da FNB em todo o país, diferenciando-se apenas na composição de seus quadros militantes. Na Bahia, por exemplo, a Frente Negra assumiu contornos distintos da sua formação nacional. Seu quadro foi composto por trabalhadores e categorias subalternas de negros da cidade de Salvador, pois os negros ascendentes, as “elites mestiças e pretas” da capital, já sofriam os efeitos do branqueamento e deixavam clara a impossibilidade de somar forças nesse movimento (*idem, ibidem*).

O período da Segunda República Brasileira até a Ditadura Militar (1945-1964) foi marcado por pouca mobilização política, pois tivera diminuído seu poder de aglutinação presente na fase anterior. Contudo, como demonstrou Guimarães (2001; 2002), o protesto negro não retrocedeu e se justificava cada vez mais diante da discriminação racial que mais se destacava por causa da ampliação dos mercados e do cenário competitivo no trabalho, diante também dos preconceitos e estereótipos negativos do negro e da marginalização de grande parcela da população negra em favelas e alagados. Nesse período, surgiram dois grupos ícones de luta pelas questões do negro na sociedade brasileira: a UHC (União dos Homens de Cor), que atuava em favor da ascensão econômica e intelectual das pessoas de cor em todo o território nacional, promovendo debates, publicação de jornais e assistência jurídica e médica (Domingues, 2007), e o TEN (Teatro Experimental do Negro), de cunho eminentemente cultural, que foi a principal organização negra do país nesse momento. Seu projeto inicial de constituir um grupo de atores negros se expandiu e se transformou num projeto de formação profissional, “de psicodrama coletivo da população negra e de recuperação da imagem e da autoestima dos negros brasileiros” (Guimarães, 2001, p. 131). Encabeçado por Abdias do Nascimento, o TEN foi a primeira organização, nos dizeres de Nascimento (2008), que articulou, na teoria e na prática, a participação política com a valorização

da cultura afro-brasileira. Sua atuação se estendia de ações educativas, como cursos de alfabetização, a concursos de artes plásticas e de beleza, que valorizavam a estética negra.

O mais importante a ser destacado nessa fase da história do movimento negro no Brasil é o fato de que muitos negros em ascensão social foram responsáveis por tomar as rédeas das manifestações e, incorporados, como já se via muitos deles, à sociedade de classes, puderam expressar de modo mais enfático os problemas de discriminação, preconceito e desigualdade que a população negra sofria. Muito embora, como alerta Guimarães (2001), a ideologia de muitos intelectuais desse período se aproximava de um projeto de nação voltado para uma política nacionalista e populista, embasada pelos ideais da mestiçagem, sob os quais não fazia sentido falar em questões negras, já que o povo negro era o povo brasileiro.

O terceiro período identificado pelos autores refere-se ao momento de redemocratização do Brasil, pós-ditadura militar, até a chamada República Nova. A ditadura militar fizera recuar ou mesmo desaparecer boa parte dos movimentos sociais e o movimento negro também sofrera refluxo. Assim, o pós-ditadura foi um período de difícil rearticulação dos ativistas negros brasileiros, pois estes passaram a ser alvo de três problemas fundamentais: (1) isolamento político; (2) estigma construído pelos militares de que tais ativistas criavam o problema do racismo, inexistente no país; e (3) esvaziamento dos movimentos passados (Domingues, 2007).

Contudo, as décadas de 1970 e 80 permitiram uma rearticulação do movimento negro, possibilitando inclusive maior aproximação com orientações políticas marxistas. Nesse momento, raça e classe convergiram nas ações concretas desses militantes que viam a necessidade de lutar por uma sociedade igualitária, pois o sistema capitalista se alimentava do racismo presente nas relações sociais. Assim é que, em 1978, o Movimento Negro Unificado (MNU) funda-se com bases ideológicas bastante diferentes dos movimentos que o antecederam. As principais influências sobre o MNU provêm de contextos nacionais e internacionais: externamente, o movimento dos negros americanos pelos direitos civis e o desenvolvimento de um nacionalismo negro nos Estados Unidos, além dos movimentos internacionais pela libertação de países africanos (Guiné Bissau, Moçambique e Angola) e o movimento

feminista internacional; internamente, as críticas de Florestan Fernandes ao mito da democracia racial, o novo sindicalismo brasileiro, a emergência de novos movimentos sociais urbanos e a Convergência Socialista – embrião do MNU (Domingues, 2007; Guimarães, 2001).

A atuação do MNU voltou-se contra a discriminação racial, a violência e o desemprego, procurou fazer do termo “negro” uma designação positiva, referente aos descendentes de africanos e buscou resgatar a identidade étnica específica do negro a partir do que se poderia denominar “africanização”. O MNU tornou-se um movimento de vanguarda que buscou igualdade na diferença e a valorização de símbolos relacionados à cultura negra. O movimento negro desse período teceu críticas ao ideal de mestiçagem do Brasil, afirmando se tratar de “uma armadilha ideológica alienadora” que impedia a real identidade do negro no país. Portanto, as marcas desse período referem-se a reivindicações antirracistas mais diretas, com discursos mais contundentes, ações mais voltadas à política e à dimensão do poder e à construção de uma real identidade racial e cultural para o negro (Domingues, 2007).

Ainda nos anos 1980, o movimento negro forjou uma doutrina importante para o período: o quilombismo – que aliava radicalismo cultural a radicalismo político e encabeçado por Abdias do Nascimento – teve suas bases sustentadas em duas influências: o afrocentrismo, dedicado a filiar os negros brasileiros a uma nação negra transnacional; e o marxismo, através de uma vertente ligada ao nacionalismo brasileiro.

O movimento negro na conjuntura política atual conseguiu expandir-se em entidades negras independentes que têm se debruçado sobre ações em educação, saúde e direitos humanos, porém fundadas sobre diferentes bases ideológicas e políticas, expressas em entidades culturais, políticas e jurídicas, todas voltadas às lutas comuns contra o racismo. Nascimento (2008) aponta também a abertura de espaços no parlamento e nos partidos políticos, fornecendo as bases para a construção de políticas públicas para a população negra brasileira.

De fato, o movimento negro recente trouxe para a cena brasileira uma agenda que alia política de reconhecimento (de diferenças raciais e culturais), política de identidade (racialismo e voto étnico), política

de cidadania (combate à discriminação racial e afirmação dos direitos civis dos negros) e política redistributiva (ações afirmativas ou compensatórias) (Guimarães, 2001, p. 135).

Voltando-se para o campo da saúde, Maio e Monteiro (2005, 2008) salientam que as ações do movimento negro nesse campo só aparecerão, de fato, a partir do início do século XXI, em contextos de combates diretos ao racismo e abertura do campo da saúde para a temática racial. Porém, os autores apontam a atuação de determinados grupos e movimentos sociais negros desde a década de 1980 do século XX, com ações específicas do movimento feminista no âmbito da saúde reprodutiva e saúde da mulher. Apoiados por instituições acadêmicas e filantrópicas, o feminismo negro torna-se protagonista em pesquisas e intervenção social no campo da saúde da mulher.

As ações atuais de entidades e grupos políticos negros têm se aproximado bastante do espaço público estatal no campo da saúde. Observam-se cada vez mais ações conjuntas entre diversas organizações da sociedade civil e os representantes de governo, independentemente de suas posições político-partidárias. Essa aliança tem se debruçado sobre o enfrentamento ao racismo e racismo institucional nas instâncias do SUS e à promoção da equidade em saúde a partir da atenção à prevenção e tratamento aos problemas e necessidades de saúde da população negra, bem como tem atuado na capacitação de profissionais da saúde para inclusão do quesito cor nos formulários dos serviços do SUS.

DIÁLOGOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

No processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra um fluxo de problemas é identificado, compondo dados sobre desigualdades em saúde e impacto do racismo na qualidade de vida dos negros no país. A Conferência Mundial contra o Racismo e os Seminários Nacionais de Saúde da População Negra ajudam a corroborar e difundir tais dados e a conseqüente necessidade de ações públicas para a resolução desses problemas.

Esse também é um período marcado por uma produção de pesquisas inovadoras no Brasil, responsáveis pela análise das categorias raça/cor no âmbito

de produção de teses e dissertações que descortinam a condição do negro no país, especialmente em estudos sobre violência, saúde e reprodução e HIV/Aids, além dos estudos demográficos. Dois atores importantes são aqui convocados: o Cebrap (Centro Brasileiro de Pesquisa) e o Nepo (Núcleo de Estudo Populacional da Unicamp). Representados especialmente pela pesquisadora Elza Berquó, atuaram de modo fundamental na abertura de um novo olhar para as especificidades sociorraciais e na entrada de pesquisadores negros em grupos nacionalmente importantes.

À cena política emergem novos intelectuais que também estarão na disputa pela condução dos processos de formulação de políticas e poderão acelerar a construção de políticas afirmativas. Esses novos intelectuais – ativistas do movimento negro e acadêmicos bem formados nos grandes núcleos de pesquisa do país – podem ser considerados intelectuais orgânicos, dispostos a “traduzir” diretamente as demandas do povo negro brasileiro. Um informante nos diz:

[...] porque o movimento social viu que aquele material que tínhamos era o que o movimento negro precisava para denunciar o impacto do racismo na saúde; os técnicos nunca tinham visto aqueles dados desagregados por raça/cor e eram dados epidemiológicos, eram dados do jeito que eles também faziam as análises. Então, o estudo epidemiológico é um instrumento da gestão, mas para o movimento social é uma arma. A epidemiologia foi uma arma para se discutir a questão racial (entrevistado 03).

A dimensão do poder é mais uma vez apontada no processo de planejamento de uma política, posta a necessidade de considerar o poder técnico – visto aqui como uso de conhecimentos e tecnologias, manuseio de informações teóricas, técnicas, administrativas, clínicas e epidemiológicas, quando o entrevistado se reporta ao uso da epidemiologia para dialogar com o poder público na construção de ações em saúde da população negra. A epidemiologia pôde, enfim, estabelecer as bases para a elaboração da política de SPN.

Os problemas já apontados acerca da saúde da população negra – exclusão e vulnerabilidades sociais a que está submetida (*corrente de problemas*), as propostas apresentadas desde os documentos lançados em 1995, pós-Marcha Zumbi dos Palmares, até novas soluções em aspectos distin-

tos e pontuais, como anemia falciforme, por exemplo (*corrente de soluções*), e os embates políticos que a questão racial trouxe para o setor saúde, para o governo e a sociedade brasileira (*corrente política*) foram entrelaçados em um momento bastante significativo para o país: a Conferência de Durban e a posterior criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).

O casamento entre o Ministério da Saúde e a Seppir promoveu uma articulação fundamental para que a política de SPN começasse a ser pensada. Esse é um dos momentos mais profícuos de ideias e sugestões acerca das necessidades em saúde da população negra brasileira. Entre os anos de 2003 e 2006, foram realizados seminários, encontros, reuniões técnicas, de modo que se institucionalizassem ações afirmativas no setor saúde. A primeira ação concreta foi a criação de um grupo de especialistas no assunto, no âmbito do Ministério da Saúde, para que as questões sobre as desigualdades raciais fossem polemizadas no período de construção do Plano Plurianual de desenvolvimento do Governo Lula.

E dali eu fiz uma, aí eu posso dizer que fui eu mesmo, fiz uma proposta de criação de um grupo de trabalho que reunisse pesquisadores, é... pra gente poder formular uma proposta de ação. Aí a ideia foi essa, eu falei, não, então, já que vocês tão colocando isso, eu proponho que ao nível da subsecretaria [do Ministério da Saúde], que é onde eu tinha controle, né, a gente formatasse um grupo que pudesse fazer uma proposta de ação para esta área, né. [...] E aí, esse grupo acabou virando um grupo permanente de formulação e desse grupo permanente é que surgiu toda essa ideia de fazer seminário, de estabelecer uma política, dali é que foi surgindo tudo. A gente passou a fazer encontros rotineiros e a ideia era a gente fazer uma formulação para o Plano Nacional de Saúde, entendeu, era uma coisa casada, não era um negócio solto, tinha um plano e a proposta minha foi essa, né, então tá legal, eu tô formulando um plano [Plano Nacional de Saúde], então a gente tem que botar essa proposta [saúde da população negra] no plano, porque o plano seria discutido no Conselho Nacional de Saúde, então, eu diria que o protagonismo da gente, lá na subsecretaria, foi esse, né, de ser meio enzimático, um catalisador de interesses (entrevistado O6).

Essa confluência de correntes de pensamentos e atores políticos debruçados sobre as desigualdades raciais permite a entrada da temática da

saúde da população negra na agenda governamental. A partir daí, as ações foram se afunilando para recaírem na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esse é o momento em que o problema se impõe na agenda política e conta com atores políticos cruciais para o andamento das questões. Uma de nossas entrevistadas comenta sobre a presença de atores do Estado – atores governamentais – que se sensibilizaram com os dados de desigualdade em saúde apresentados pelo movimento negro e facilitaram a entrada da polêmica questão da saúde da população negra no Ministério da Saúde.

Dentro do Ministério da Saúde foi fundamental ter um grupo negro, né, um grupo negro que se deu conta, a partir das interlocuções do movimento, eles não eram do movimento negro, mas, do confronto, das conferências, das demandas do movimento negro pra eles, eles mesmo falam, um dia eles olharam e viram: “nós somos negros e estamos aqui nesta posição, a gente tem que fazer alguma coisa...” (entrevistado O2).

O grupo constituído pelo Ministério da Saúde juntamente com outros técnicos da Seppir e representantes do movimento negro, alocados na subsecretaria executiva do Ministério da Saúde, foi formalmente reconhecido e institucionalizado para tratar das necessidades em saúde da população negra. Desse modo, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, através da Portaria nº 1678/2004, para que subsidiasse as ações em torno da equidade em saúde. O Comitê Técnico foi alocado inicialmente na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e composto por muitos e diversificados atores políticos do cenário nacional, incluindo especialistas no tema da saúde da população negra, oriundos de diversas organizações negras, especialmente o movimento negro feminista.

Em 2006, o SUS foi discutido, tendo sido repactuado entre seus gestores através dos Pactos em Defesa do SUS, numa tentativa de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Esse processo de repolitização da saúde recai sobre a construção da política de saúde da população negra, apontando, especialmente sob a responsabilidade dos representantes do SUS, a necessidade da PNSIPN se coadunar ao formato do SUS, especialmente aos ideais da tão propalada Reforma Sanitária:

[...] e esse setor, essa secretaria [SGEP], ela tem um sentido maior de retomar o debate e procurar aplicar uma reflexão, uma inteligência sobre os grandes impasses, as grandes lacunas relacionadas com o processo da reforma sanitária no Brasil [...] é um aprofundamento da qualificação do próprio Sistema Único de Saúde e uma retomada da base conceitual da Reforma Sanitária, atrelada à determinação mundial de saúde. [...] E o nosso convencimento envolvia levar ao debate com eles [movimento negro] o sentido e a concepção do SUS, [...] nosso papel foi trazer saúde, foi trazer o debate sanitário, foi introduzir conceitos de saúde pública a essa demanda do movimento que era uma demanda instintiva e politicamente forte, potente, mas desprovida de uma qualificação adequada ao Sistema Único de Saúde (entrevistado 01).

As agitações e comoções do período de reorganização do SUS permitiram aos atores mais diretamente envolvidos com tais discussões retomar os conceitos de cidadania e diálogo com a sociedade civil. Assim, é que a afirmação dos Pactos de Saúde também constitui ponto-chave para pensar a elaboração e reformulação da saúde no Brasil no tocante à Saúde da População Negra, pois a PNSIPN já era vislumbrada como uma política de inovação em saúde dentro do SUS. Essa também parece ser uma janela de oportunidade para que a PNSIPN ganhe forças, uma vez que a reafirmação dos princípios do SUS impele a atenção completa e integral à população brasileira e amplia e fortalece as relações com os movimentos sociais.

Desse modo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi gestada, elaborada, escrita dentro do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e levada à apreciação no Conselho Nacional de Saúde. Lá, a política foi aprovada por unanimidade, impactando-nos pela força que deteve nesse processo de formulação. Nossa informante nos diz: *"[...] a política foi aprovada, negociada por Fernanda, foi aprovada por unanimidade. Se você pensar que outras políticas completamente urgentes sequer foram votadas, tem a ver com o Ministério da Saúde também, né, mas, apresentada e aprovada por unanimidade"* (entrevistado 02).

Os atores políticos são protagonistas das ações de negociação para o exercício de compatibilização dos diversos interesses setoriais dentro dos aparelhos de Estado, tendo também a capacidade de exercer pressão para

obter a instrumentalização de determinadas políticas (Coelho e Paim, 2005). Nessa perspectiva, esses autores afirmam que o processo de institucionalização e mudança das políticas depende, não apenas da “correlação de forças políticas que dirigem e pressionam o Estado e seus aparatos, mas também da distribuição do poder no interior do aparelho estatal e das formas concretas de organização do trabalho nas instituições” (*idem, ibidem*, p. 1.375). Dentro da realidade do SUS e sua proposta de participação popular e controle social, destaca-se mais um espaço de interlocução entre sociedade civil e Estado quando da ocupação de uma cadeira do Conselho Nacional de Saúde por um representante do movimento negro.

Assim, Pinto (2004) e Frey (2000) são enfáticos em demonstrar que o destaque de uma questão na agenda depende do ambiente de governo e da receptividade daquela ideia, combinados com a presença dos atores-chave para decisão, elaboração e implementação de uma política pública. É preciso garantir o crescimento da ideia na agenda governamental, a despeito do enfrentamento das questões étnico-raciais brasileiras. Uma vez nesse processo, deve-se levar em conta a avaliação de custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, a real chance de o problema se impor na agenda política e o envolvimento de relevantes atores políticos.

Foi buscando uma ação estatal na saúde da população negra, porque nós não tínhamos no começo uma visão de que era uma política, mas como fazer o sistema de saúde, não só o sistema de saúde, porque era intersetorial também, né? Mas como garantir a promoção de saúde da população negra. A construção, o movimento que foi construindo aos poucos foi afinando pra ideia de ter uma política nacional, mas não era assim no começo. Então a gente começou isso, também junto com outras organizações. E muito fncado nessa visão da agenda de Durban como estratégica. Então a gente conseguiu uma interlocução, naquele mesmo momento da agenda de Durban: uma pessoa do movimento negro, do movimento de mulheres negras vai pra trabalhar nas Nações Unidas, o que não tinha acontecido antes, que é a Luiza Bairos, ela vai trabalhar no PNUD em Brasília e ali, através dela, né, a gente consegue estruturar um grupo de pensamento [grifo nosso], foi tudo junto, a trajetória de Criola, da política e a trajetória nacional das outras organizações [...] consegue articular grupos de pensamento em torno de quais são as soluções que o Estado brasileiro tem que dar pro racismo na saúde, na educação... (entrevistado 02).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de SPN, enquanto política transversal, está intimamente relacionada com os princípios e diretrizes do SUS. Seu desafio é garantir a transversalidade das questões étnico-raciais no setor da saúde, bem como combater o racismo institucional nas instâncias do SUS. O combate ao racismo no seio de uma política pública pareceu-nos uma grande provocação para a sociedade brasileira, centrada na visão de que ou o racismo não existe, ou não é um problema de todos. Assim, analisamos um processo em que se conjugaram elementos de governo, orientações de Estado, mas, sobretudo, um processo que se conformou na contramão da ideologia do racismo e da democracia racial, dentro de um ambiente político.

As questões raciais vêm sendo debatidas há muito, por diversos estudiosos das relações raciais brasileiras. Porém, observamos que, no âmbito das políticas públicas, o processo de discussão e assunção dessas temáticas pelo Estado brasileiro demanda um tempo maior de confronto e convencimento sobre a pertinência dessas questões na elaboração de soluções em políticas públicas. É preciso avaliar a efetividade e a aderência das ações e políticas voltadas à população negra.

Entretanto, há que se pensar sobre os limites da atuação das políticas públicas e do Estado brasileiro não apenas com a temática das relações raciais, mas também os limites institucionais dessas esferas de atuação. Os dilemas em torno do racismo e dos outros problemas que afetam a população negra brasileira serão resolvidos meramente dentro da esfera institucional? Outros espaços e instâncias podem e devem ser acionados. Embora, seja o Estado o responsável direto pela garantia da lei e dos direitos humanos inalienáveis, a presença da lei e do papel é apenas o início da luta.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se encontra em um momento delicado de mudanças no governo e alterações nos modos de concebê-la dentro do próprio Ministério da Saúde. O contexto nacional aponta um processo de esvaziamento da Seppir, tornando-a pouco atuante e o Comitê Técnico de Saúde da População Negra com pouca força política. Os entrevistados assinalaram retrocessos nas discussões raciais por causa da aprovação de uma versão do Estatuto da Igualdade Racial cheio de vetos

em muitos pontos, inclusive relacionados à saúde e uma perda significativa de lideranças do movimento negro para a composição dos quadros de gestão.

São muitos os desafios para uma efetiva implementação da PNSIPN. O primeiro deles corresponde ao modo como deverá atingir o cotidiano das unidades de saúde, já que o enfrentamento ao racismo precisa ser realizado junto aos profissionais, gestores e sociedade civil de uma nação “racialmente democrática”. Além disso, é preciso que a política de SPN ganhe os espaços das ruas, das praças, que ela esteja além dos meandros restritos da dimensão do poder político estatal, ou não seja apenas uma questão de negros, da militância negra, necessitando se expandir entre outros movimentos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. História e desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Novos Estudos Cebrap*, n. 86, mar. 2010.

ALBERTI, Verena; PEREIRA, Almicar Araújo. *História do movimento negro no Brasil: constituição de acervo de entrevistas de história oral*. Rio de Janeiro: CPDOC, 2004.

BACELAR, Jeferson. A frente negra brasileira na Bahia. In: *A hierarquia das raças: negros e brancos em Salvador*. Rio de Janeiro: Pallas, 2001. p. 143-157.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (orgs.). Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde. In: *Seminário Saúde da População Negra do Estado de São Paulo*, Instituto de Saúde, São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, Distrito Federal, 2007.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 87-122.

COELHO, Thereza Christina Bahia; PAIM, Jairnilson Silva. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (5): 1373-1382, set.-out. 2005.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07.pdf>> Acesso em: 20 maio 2012.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 21, jun. 2000.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais e ONGs no Brasil na era da globalização. In: *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 2000. p. 295-325.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, 13 (2): 121-142, nov. 2001.

HOCHMAN, Gilberto. Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 369-397.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 87, jul. 2010.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da "saúde da população negra" no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12 (2): 419-446, maio-ago. 2005.

_____. Cor/raça, saúde e política no Brasil. In: SANSONE, L.; PINHO, O. A. (orgs.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2. ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia; Edufba, 2008.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katálysis*, v. 10, n. 1, jan.-jun. 2007.

MARTINS, Carlos Eduardo. O Brasil e a dimensão econômico-social do governo Lula: resultados e perspectivas. *Revista Katálysis*, v. 10, n. 1, jan.-jun. 2007.

NASCIMENTO, Elisa Larkin (org.). O movimento social afro-brasileiro no século XX: um esboço sucinto. In: *Cultura em movimento. Matrizes africanas e ativismo negro no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 93-178.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.

PINTO, Isabela Cardoso de M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia*. Tese de doutorado, Salvador, Escola de Administração - Universidade Federal da Bahia, 2004.

RISÉRIO, Antonio. *A utopia brasileira e os movimentos negros*. São Paulo: Editora 34, 2007.

TESTA, Mario. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

VIANNA, L. W. Caminhos e descaminhos da revolução passiva brasileira. In: AGGIO, A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: Edunesp, 1998.

CAPÍTULO 4

A equidade racial nas políticas de saúde

Deivison Mendes Faustino



INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta resumidamente os resultados da análise crítica *As políticas e programas de atenção à saúde integral da população negra segundo objetivos do Planapir*, encomendada pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), em janeiro de 2010, no âmbito do Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia.

O objetivo fixado para a análise foi identificar, sistematizar e analisar criticamente as políticas, programas e ações de promoção da equidade racial e étnica em saúde, numa perspectiva de gênero e faixa etária, oferecendo subsídios para o debate sobre a construção de uma matriz de indicadores e um modelo de monitoramento a serem utilizados pelo Comitê de Articulação e Monitoramento (CAM) na análise das políticas públicas de promoção da igualdade racial no Brasil.

O plano de trabalho aprovado para essa consultoria previa, além das ações dirigidas à população negra urbana, aquelas voltadas às comunidades remanescentes de quilombos, povos indígenas, comunidades tradicionais de terreiro e à juventude, bem como a elaboração de recomendações e indicadores para apoiar o CAM na composição de uma metodologia de monitoramento do Plano Nacional de Promoção de Igualdade Racial (Planapir).

Nesse sentido, os dados obtidos serão apresentados a seguir, relacionando a presença da temática Saúde da População Negra nas políticas de saúde e considerando os avanços e desafios em direção à equidade. Por fim, se discutirá a importância de garantir a presença da temática racial em documentos estratégicos de gestão da saúde, com vistas à pactuação de metas diferenciadas para a redução das iniquidades raciais em saúde.

OS INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sociais são índices, números, percentuais ou informações quantitativas ou qualitativas, criados para observar e medir determinada realidade ou fenômeno social. Esse instrumento permite que o Estado planeje as políticas e direcione recursos e esforços com base em detalhado conhecimento da realidade na qual se quer intervir. A observação sistemática desses

indicadores ao longo do tempo possibilita ao Estado (bem como à sociedade civil interessada) avaliar o impacto de suas políticas na realidade em questão.

No caso da saúde, os indicadores se converteram em importantes instrumentos de gestão e controle social da situação sanitária do país, já que oferecem dados confiáveis para a tomada de decisão e gestão baseada em evidências.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (Ripsa, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu diversos indicadores que hoje são imprescindíveis para o planejamento e gestão da saúde. Agrupados em cinco subconjuntos temáticos – demográficos (A), socioeconômicos (B), mortalidade (C), morbidade e fatores de risco (D), recursos e cobertura (E)–, esses indicadores são alimentados periodicamente pelos serviços de saúde ao redor do país, e podem inclusive ser acompanhados publicamente acessando-se os bancos de dados virtuais do Ministério da Saúde¹.

É graças ao uso desses instrumentos de medição que muitos pesquisadores (ligados ao movimento negro ou não) puderam apresentar evidências quantitativas das mais diversas disparidades raciais, oferecendo subsídios técnicos para a elaboração ou reorganização das políticas com vistas à redução das iniquidades raciais em saúde.

O racismo é uma poderosa ideologia que orienta comportamentos, atitudes e desigualdades de todo tipo. Seu impacto pode ser medido através

1 Um dos bancos de dados mais utilizados para a organização das políticas de saúde é o Datasus, que pode ser acessado livremente no site <<http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php>>.

de vários indicadores sociais, desde que os sistemas de informação estejam adequados para mensurar e comparar as diferenças entre brancos e negros.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira está estimada em 190,8 milhões de pessoas, e destas, 96,8 milhões (50,7%) se autodeclararam pretas e pardas (sendo os pretos 14,5 milhões; e os pardos, 82,3 milhões), e 91,1 milhões se autodeclararam brancas (47,7%). No entanto:

- o percentual de analfabetismo entre os negros é mais que o dobro que entre os brancos (13,6% contra 6,2%). Do total de 571 mil crianças de 7 a 14 anos que não frequentavam a escola em 2008, 351 mil (62%) eram negras (PNAD/IBGE, 2008);
- no Estado de São Paulo, a proporção de negros (14,6%) em situação de desemprego é, em média, 50% mais elevada que a de brancos (9,7%). Porém, constata-se que, nos setores em que as condições de trabalho são frequentemente precárias e a remuneração é baixa, a proporção de mulheres empregadas é de 15,0% entre as brancas e de 27,8% entre as negras; e de homens negros na construção civil é de 16,8% contra 9,5% de brancos (Seade, 2011);
- em relação à violência e ao número de mortes causadas por assassinatos, o Mapa da Violência 2011 (Waiselfisz, 2011) evidencia tendência de queda de 24,1% no número de homicídios entre a população branca jovem, em contraste com significativo aumento de 12,2% nas mortes de jovens negros.

Muito além de medir determinada desigualdade, os indicadores possibilitam, quando existem disposição e condições políticas, econômicas e sociais para tal, planejar ações de enfrentamento dessas situações. A não adoção de medidas estatais de combate às desigualdades raciais contribui para a sua manutenção.

A questão da mortalidade infantil é exemplar neste caso, pois, segundo Cunha (2005), de 1980 a 2000 houve louvável diminuição na taxa de mortalidade infantil no Brasil. O problema é que, ao observarmos os indicadores

desagregando (separando) os dados de crianças brancas (43%) e negras (25%), percebemos que a mortalidade não diminui igualmente entre os dois grupos, e que a diferença relativa entre eles vem, na verdade, aumentando.

É nesse sentido que o Ministério da Saúde, respondendo a uma demanda do movimento negro, instituiu, a partir de 1996, a coleta do quesito cor na captação de dados dos principais sistemas de informação da saúde. As informações advindas da inclusão desse quesito permitiram visualizar uma série de iniquidades raciais em saúde que há muito já eram denunciadas pelo movimento negro brasileiro.

À medida que a coleta do quesito cor foi se aprimorando, ficou mais nítido quanto o racismo atua como promotor de iniquidades em saúde. Vejamos:

- segundo o *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna* (Brasil, 2007), os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas no período de 2000 e 2003. O percentual de óbitos maternos de mulheres pardas foi de 41,5%, para mulheres brancas foi de 12,3%;
- a taxa de mortalidade por Aids no Brasil, em 2000, foi de 10,61/100 mil para mulheres brancas; 21,49/100 mil para as pretas; 22,77/100 mil para os homens brancos; e 41,75/100 mil para os homens negros (Lopes, 2005);
- a diferença comparativa no total de óbitos em consequência de causas externas entre jovens de 15 a 25 anos é de 78,7% entre brancos contra 82,2% entre negros (pretos e pardos). Entre os brancos, 38,1% foram assassinados, e 25,8% o foram especificamente por armas de fogo; porém, 52,1% dos negros foram mortos por homicídio, 37,4% deles por armas de fogo (Paixão *et al.*, 2005);
- a esperança de vida ao nascer dos brancos é de 73,9 anos, enquanto a dos negros (pretos e pardos) é de 67,8 anos.

Os dados anteriores são exemplos de que o racismo impacta a saúde da população negra, mas, sobretudo, evidenciam que a ausên-

cia de ações governamentais orientadas para o enfrentamento desse cenário – seja pela “cegueira institucional” (Lopes, 2005), seja pela reprodução do racismo no cotidiano do setor da saúde – contribui para a permanência e o agravamento das iniquidades, configurando o racismo institucional:

O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública (Jaccoud, 2008, p. 5).

Nesse cenário, a discussão sobre indicadores adquire importância fundamental, na medida em que as políticas de saúde são organizadas a partir do acompanhamento dos diversos dados produzidos pelos sistemas de informação em saúde. De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa, 2002),

[...] os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população.

A questão que nos cabe é: até que ponto o SUS tem utilizado os dados de saúde desagregados por raça/cor para criar ações, definir políticas e prioridades para a promoção da equidade?

A EQUIDADE RACIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: O PLANAPIR E A PNSIPN

A I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial - Conapir (Brasil, 2005) objetivou mobilizar a sociedade no sentido de construir propostas para a promoção da igualdade racial. Durante essa conferência², foram aprovadas centenas de propostas de políticas públicas; destas, 87 se referiam à promoção da equidade em saúde.

Um paradoxo a ser considerado é que antes mesmo que o governo brasileiro oferecesse respostas à sociedade em relação aos avanços, dificuldades e aprendizados da I Conapir, foi realizada, em 2007, a II Conapir, reunindo outro montante de proposições. Mas foi só em junho de 2009, após o Decreto nº 6.872, da presidência da República, que se aprovou o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Planapir) e se instituiu o Comitê de Articulação e Monitoramento (CAM) no âmbito da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República: o CAM-Planapir.

98

O Planapir visa promover a redução das desigualdades sociais por meio do desenvolvimento sustentável, com distribuição de renda, educação e foco nos grupos raciais discriminados, criando condições para a pactuação de ações conjuntas de redução de iniquidades junto aos diversos ministérios federais. Esse documento apresenta doze eixos temáticos contendo os diversos objetivos do plano. O Eixo 3 - Saúde contempla os doze objetivos abaixo relacionados

- I - ampliar a implementação da política nacional de saúde integral da população negra;
- II - promover a integralidade, com equidade, na atenção à saúde das populações negras, indígenas, ciganas e quilombolas;
- III - fortalecer a dimensão étnico-racial no Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando-a a elaboração, implementação, controle social e avaliação dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde;

2 Ver mais informações no site <http://www.planalto.gov.br/seppir/publicacoes/relatorio_final_conapir.pdf>.

- IV - aferir e combater o impacto biopsicossocial do racismo e da discriminação na constituição do perfil de morbimortalidade da população negra;
- V - promover ações que assegurem o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade da população negra e indígena;
- VI - ampliar o acesso das populações negra, indígena, cigana e quilombola, com qualidade e humanização, a todos os níveis de atenção à saúde, priorizando a questão de gênero e idade;
- VII - preservar o uso de bens materiais e imateriais do patrimônio cultural das comunidades quilombolas, indígenas, ciganas e de terreiro;
- VIII - desenvolver medidas de promoção de saúde e implementar o Programa Saúde da Família, nas aldeias indígenas, acampamentos ciganos e comunidades quilombolas;
- IX - assegurar a implementação do programa nacional de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- X - desenvolver ações específicas de combate à disseminação de HIV/Aids e demais DST junto às populações negras, indígenas e ciganas;
- XI - disseminar informações e conhecimento junto às populações negras, indígenas e demais grupos étnico-raciais discriminados sobre suas potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, e os consequentes riscos de morbimortalidade; e
- XII - ampliar as ações de planejamento familiar às comunidades de terreiros, quilombolas e ciganas.

De acordo com o Decreto nº 6.872/2009, esses objetivos deveriam ser discutidos com o Ministério da Saúde, a fim de se criarem respostas às iniquidades raciais em saúde, detectadas e apontadas por diversos estudos e pesquisas e reconhecidas pelo próprio Ministério.

Uma questão de interesse do presente estudo, que exploraremos adiante, foi a identificação de sinergias dos objetivos do Planapir com as políticas e os programas de saúde já existentes.

É importante assinalar que o debate sobre as iniquidades raciais em saúde no Ministério da Saúde antecede a instituição do Planapir e configura um intenso debate entre pesquisadores, ativistas, profissionais e gestores nos diversos espaços de pensar, gerir e produzir saúde, mediante a participação do movimento negro em conferências e conselhos de saúde, produção de estudos e grupos técnicos, bem como a participação de organismos multilaterais.

Essa intensa caminhada de negociações e pressão política (Lopes, 2008) teve como marco a instituição, em 2006, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essa política apresenta caráter transversal e atribui responsabilidades às três esferas da gestão pública da saúde, reunindo um conjunto de objetivos, indicadores e metas de redução das iniquidades raciais no setor.

Em defesa dos princípios do SUS, a PNSIPN afirma e referenda a equidade como condição para a efetivação da universalidade.

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2007, p.14)

As ações de promoção da equidade racial em saúde assumem, portanto, caráter transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, que deverão atuar articuladas às demais políticas do Ministério da Saúde.

Para garantir a implementação da PNSIPN, foi publicado em 13 de maio de 2009 um plano operativo que visa cumprir os seguintes objetivos:

- garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, no campo e na floresta às ações e aos serviços de saúde;
- incluir o tema étnico-racial nos processos de formação e educação permanentes dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência;
- garantir a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão;
- identificar as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

O referido plano foi organizado para ser implementado em duas fases, cada uma contendo um conjunto específico de ações, estratégias de operacionalização, recursos financeiros, indicadores e metas. A fase 1 estava prevista para ser implementada entre os anos 2008-2009, e a fase 2, entre os anos 2010-2011. Ambas as fases preveem a abordagem dos seguintes problemas: (1) raça negra e racismo como determinante social das condições de saúde: acesso, discriminação e exclusão social; e (2) morbidade e mortalidade na população negra.

O presente estudo ocorreu durante a fase final de implementação do plano operativo da PNSIPN (em 2010), portanto, não dispôs de avaliações conclusivas ou estudos oficiais a respeito, mas elegeu-a como documento-base para analisar o estado da arte da equidade racial nas políticas de saúde e as possíveis sinergias com o Planapir.

DESCRIÇÃO DOS PROGRAMAS QUANTO AOS OBJETIVOS DO PLANAPIR

Para os fins desta consultoria, foi realizado levantamento exploratório nos bancos de dados virtuais do Ministério da Saúde e solicitação formal de documentos para os representantes desse ministério no CAM-Planapir. Os seguintes bancos de dados foram acessados:

- <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>;
- <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado>;
- <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>; e
- <<http://bvsmms.saude.gov.br/metaiah/search.php#>>.

Foram consultados trinta e oito documentos oficiais do Ministério da Saúde e outros dezessete da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Secretaria Especial da Juventude, do Ministério do Desenvolvimento Agrário, da Secretaria Especial de Direitos Humanos etc. Entre esses documentos oficiais, consultou-se: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011; Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS); Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2007); Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2009); Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2008); Mais Saúde: Direito de Todos; Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde (Brasil, 2007); Brasil AfroAtitude –: Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros; Programa de Enfrentamento à Violência Sexual contra Adolescentes; Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006); Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism); Política Nacional de Saúde do Homem (Brasil, 2008); Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2007); Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2005); Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (2007); Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids; Programa Nacional de Direi-

tos Humanos; Resoluções da Conferência Nacional de Juventude; Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas (PPA 2008-2011); Programa Saneamento Rural (PPA 2008-2011); Programa Brasil Quilombola (PPA 2008-2011), entre outros.

Destacando apenas os programas e as políticas identificados que preveem ações, metas ou objetivos direcionados à redução das iniquidades raciais (ver Quadro anexo ao final deste texto), observa-se que somente quatro das onze políticas e programas identificados apresentam indicadores desagregados por população em situação de vulnerabilidade social, sendo que dois deles (Programa Saneamento Rural e Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas) referem-se a ações direcionadas à população indígena, e dois referem-se à mesma ação articulada entre o Programa Brasil Quilombola e a Política Nacional de Atenção Básica.

No mesmo caminho foram identificadas oito políticas que não preveem ações, metas ou indicadores desagregados por raça, mas fazem menção à redução das iniquidades em seus objetivos e diretrizes. São elas:

- Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011;
- Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006);
- Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2007);
- Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2009);
- Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2005);
- Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (Brasil, 2007);
- Diretrizes de educação em Saúde visando à Promoção da Saúde: Documento-Base – Documento I (Brasil, 2007);

- Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde (Brasil, 2007).

Relacionam-se a seguir seis dos oito programas presentes no PPA 2008-2011, eleitos pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) como pontos de ação da política de promoção da igualdade racial no Poder Executivo:

- Programa de Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada;
- Programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;
- Programa Implementação da Política de Promoção da Saúde;
- Programa Segurança Transfusional e Qualidade de Sangue e Hemo-derivados;
- Programa Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde.

Os programas Saneamento Rural e Atenção Básica em Saúde direcionam ações de redução das iniquidades raciais, respondendo a demandas de saneamento básico e de atendimento de equipes da Estratégia Saúde da Família em Comunidades Indígenas e Quilombolas.

Essas políticas evidenciam o avanço do tema em áreas estratégicas do Ministério da Saúde, e configuram-se como importantes instrumentos de efetivação do direito à saúde no SUS.

No entanto, observou-se uma importante fragilidade em relação à institucionalização da PNSIPN, uma vez que muitas políticas e programas mapeados não apresentam metas específicas para a redução das iniquidades raciais e indicadores desagregados por raça/cor, como é o caso do Pacto pela Saúde (2008), que instituiu onze prioridades para as três esferas de gestão da saúde.

Outro fator identificado foi a dificuldade de acesso às informações referentes à implementação das ações anteriormente listadas. É sabido, principalmente no caso brasileiro, que a pactuação dos tratados de intenções não garante a efetivação de ações concretas que contribuam para a redução das iniquidades raciais. Porém, não foi possível, no âmbito desta análise, obter informações sobre a implementação das políticas e programas acima listados.

Essa dificuldade impede de saber, no momento, o real poder de incidência das ações de promoção da equidade previstas nas referidas políticas e programas, mas sugere uma fragilidade institucional no que tange ao monitoramento e avaliação desses esforços. Tal fragilidade configura-se como uma importante barreira ao controle social das políticas de saúde e dificulta, inclusive, o acompanhamento, por parte da Seppir, responsável por fomentar, monitorar e avaliar a implementação das políticas por parte dos respectivos ministérios, dos movimentos sociais interessados e da própria Seppir.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A presente análise aponta para uma notória presença do tema Saúde da População Negra em momentos importantes do planejamento do SUS. No entanto, a dificuldade de acesso aos dados prejudicou a realização de uma análise detalhada sobre o real estágio de implementação da PNSIPN.

Ao perguntarmos sobre a existência de um sistema informatizado de monitoramento das políticas de equidade racial em saúde, o ponto focal designado pelo Ministério da Saúde para acompanhar as reuniões do CAM-Planapir revela que o monitoramento da PNSIPN é feito por contatos telefônicos com as secretarias estaduais: “Nosso monitoramento é o contato telefônico e formal com as Secretarias Estaduais [...] É esta estratégia de monitoramento do ministério com todas as Secretarias nas suas diversas políticas, nós não temos uma estratégia diferenciada [para a PNSIPN]” (Ponto Focal do MS, 2010). Contudo, até o momento de finalização desta consultoria, não nos foi permitido acessar os dados supracitados.

Outra dificuldade encontrada foi o acesso aos técnicos e gestores do Ministério da Saúde com conhecimento mais detalhado acerca da transversalidade da equidade racial nos diversos programas do Ministério.

Essas dificuldades reforçam a necessidade de se pactuar e instituir sistemas de monitoramento acessíveis, que possibilitem visualizar o estágio de implementação das políticas públicas. Evidenciam também a necessidade de se refletir sobre o longo trajeto a ser percorrido para a consolidação e institucionalização das políticas de equidade racial no Estado brasileiro, em especial no Ministério da Saúde.

AVANÇOS

De acordo com Lopes e Werneck (2009), a luta pela melhoria das condições de saúde da população negra remonta ao enfrentamento da desumanização e violência vivenciadas na forçada travessia transatlântica e na luta pela superação das condições degradantes do trabalho escravo. Assim, as diversas lutas sociais empreendidas pela população negra no Brasil influenciaram direta e indiretamente as suas condições de saúde.

No entanto, é importante enfatizar que a articulação e a pressão política de vários setores do movimento negro junto ao Estado e a sensibilização de atores importantes na produção de saúde possibilitaram o avanço e a institucionalização do tema no SUS. Esses avanços podem ser visualizados em importantes conquistas obtidas nos últimos anos:

- a introdução do quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito e nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM), nascidos vivos (Sinasc) e a compreensão da doença falciforme como marcador das respostas do SUS à saúde da população negra em 1996;
- a elaboração do *Manual de doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente*, do Ministério da Saúde;
- a elaboração, em 2001, do documento *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*;
- a criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2002/2003, uma iniciativa do Departamento do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Panamericana

de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro por meio do Ministério Público Federal e a Seppir;

- o estabelecimento do Plano Estratégico HIV/Aids e Racismo; as publicações *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* e *Atlas Saúde Brasil*;
- a realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em 2004, a inserção do tema saúde da população negra no plano nacional de saúde e no PPA (2004-2007); e a realização, em 2005, do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra e o reconhecimento, por parte do ministro da saúde, da existência de racismo institucional no SUS; a criação de uma vaga oficial para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde em 2006 e, no mesmo ano, a aprovação, deste Conselho da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a instituição do dia 27 de outubro como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra e a criação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme foram fatos marcantes na história da saúde da população negra no Brasil.

Embora a PNSIPN só tenha sido publicada no *Diário Oficial* em 13 de maio de 2009, configurando um descompasso entre as duas fases do seu plano operativo (2008-2009 e 2010-2011) e o momento objetivo de sua publicação, configura-se como importante marco na institucionalização de todas essas demandas históricas, abrindo precedente para a consolidação de ações efetivas de promoção da equidade racial em saúde.

No campo do controle social das políticas de saúde, é possível observar avanços significativos na qualidade da intervenção junto ao setor. Seja pela resistência organizada para proteger a vida, seja pela manutenção da identidade e preservação de um conhecimento ancestral relacionado à arte da cura, ou mesmo pela intervenção política junto ao Estado ou opinião pública na denúncia do racismo, nota-se a influência positiva do movimento negro na saúde da população negra (Faustino e Spiassi, 2010).

Esse cenário se qualifica ainda mais nos últimos anos, com o surgimento de diversas redes sociais voltadas a temas relativos à saúde

da população negra ou de religiosidade afro-brasileira, tais como: Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra; Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde; Rede Lai Lai Apejo: População Negra e Aids; Rede Sapatá: Rede Nacional de Promoção e Controle Social da Saúde das Lésbicas Negras; Federação Nacional de Anemia Falciforme (Fenafal), entre outras.

A existência do tema equidade racial em saúde em documentos estratégicos do Ministério da Saúde e a instituição da PNSIPN representam grandes avanços para o fortalecimento do SUS e o combate ao racismo institucional. Trata-se agora de saber até que ponto a existência formal desses tratados se converteu em ações concretas realizadas pelas três esferas de gestão e, principalmente, que impactos essas ações exerceram sobre as disparidades raciais de acesso à saúde.

Outro ponto a ser considerado é que, embora não tenhamos conseguido acessar informações exatas referentes à implementação da PNSIPN, se pôde observar em alguns estados e municípios brasileiros a criação de órgãos específicos voltados à redução das iniquidades raciais em saúde.

Como exemplo relevante de intersectorialidade e transversalização da PNSIPN, destaca-se a articulação entre a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Brasil Quilombola na execução de ações de ampliação do acesso das populações quilombola e indígena a programas de saneamento e promoção da saúde.

Uma iniciativa interessante nesse processo é a destinação de um montante extra de recursos aos municípios que relatem acessar as comunidades quilombolas. Mas ainda existem enormes dificuldades relacionadas à manutenção de profissionais (principalmente médicos) nas comunidades tradicionais, geralmente distantes dos grandes centros urbanos. Para enfrentar essa lacuna, o governo federal lançou a Portaria nº 90/2008, que prevê aumentar o quantitativo profissional nas comunidades³.

3 Ver mais informações no site <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels16/U_PT-MS-GM-90_170108.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels16/U_PT-MS-GM-90_170108.pdf)>.

Outro problema observado é que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para atuar nas comunidades tradicionais respeitando os valores locais e se disponibilizando a acessar as comunidades, além de muitas vezes os municípios pequenos carecerem de técnicos habilitados para planejar projetos que atendam às exigências do programa.

DESAFIOS

Um grande desafio a ser superado para a consolidação da PNSIPN como instrumento efetivo de produção de equidade racial em saúde se refere à sua institucionalização no âmbito do Ministério da Saúde. O sucesso de tal política depende da capacidade de priorização desse tema e de sua incorporação nas três esferas de gestão, inclusive nos diversos programas e políticas do Ministério da Saúde relevantes à promoção da equidade racial em saúde.

Outro grande desafio é que [a saúde da população negra] seja uma prioridade dos governos [...] na esfera federal, estadual e municipais com seus cinco mil e poucos municípios, porque, no caso da saúde, cada esfera é autônoma e tem comando único. Porque nós [Ministério da Saúde] atuamos com os Estados no convencimento, nós temos uma política, repassamos um incentivo e mesmo assim você tem que ter um diálogo de convencimento com o gestor, porque ele é autônomo, ele prioriza no seu território quais são suas principais ações. (Ponto Focal do MS, 2010)

A PNSIPN compreende a *transversalidade* como sua principal característica, de forma que as ações nela descritas devem se articular com as diversas políticas, tanto no âmbito do Ministério da Saúde como fora dele, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de gestão, de acordo com as diretrizes do SUS.

No entanto, a invisibilidade reservada ao tema Saúde da População Negra na agenda do setor saúde configura-se como um grande obstáculo a ser superado para se avançar na consolidação do SUS e na implementação da PNSIPN.

Apesar das inúmeras evidências sobre as iniquidades raciais em saúde e as consequentes necessidades diferenciadas em saúde para a população

negra, ainda são poucos os programas que preveem ações e metas específicas para a redução das iniquidades raciais em saúde.

Entre as políticas e os programas que apresentam preocupação com a iniquidade racial em seus objetivos e diretrizes, sem designar indicadores desagregados por raça, coloca-se o desafio da mensuração (e qualificação) do empenho efetivo do sistema na redução das iniquidades raciais em busca da integralidade do direito humano à saúde.

A baixa prevalência de indicadores de redução de iniquidade desagregados por raça em importantes políticas e programas identificados revela a necessidade de maior institucionalização da PNSIPN no Ministério da Saúde.

Outro desafio apontado por Theodoro (2008) em sua análise sobre as políticas públicas de combate às desigualdades raciais no que tange aos recursos e esforços empreendidos é o caráter residual dessas políticas, já que a PNSIPN prevê uma dotação orçamentária atrelada ao PPA (2008-2011). Como garantir recursos para uma política de caráter transversal? E como nos certificar de que esses recursos cumpram sua missão sem se perder pelo caminho?

Também foi eleito como desafio a qualificação da disponibilização de recursos adicionais aos municípios que atendam às comunidades quilombolas em seu território, já que a referência dessas prefeituras não garante que o serviço esteja sendo ofertado de maneira equânime às comunidades quilombolas.

Outra preocupação levantada por essa consultoria é a dificuldade de direcionamento de recursos e esforços governamentais para o atendimento à população negra não quilombola. Essa é uma das marcas do não reconhecimento do racismo e do racismo institucional como determinantes das condições de saúde; ou seja, o que se apresenta como princípio/marca da PNSIPN sequer está sendo considerado, tanto no planejamento e gestão das ações e programas, na organização dos serviços, como nas práticas de atenção à saúde.

As dificuldades encontradas por esta consultoria para acessar os representantes do Ministério da Saúde, bem como as dificulda-

des de acesso às informações existentes sobre a implementação da PNSIPN sugerem a existência de pouca preocupação institucional no que tange à qualificação do monitoramento das ações de saúde no âmbito do CAM-Planapir. E evidenciam, ao mesmo tempo, a necessidade de construção, pactuação e consolidação de sistemas comuns de monitoramento que garantam efetivamente uma gestão democrática e participativa do SUS, como preconizado pela Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, ambas de 1990.

À GUIA DE CONCLUSÃO

A presente análise não pretendeu aprofundar de forma exaustiva o estado da arte das políticas de promoção da equidade racial em saúde, mas buscar um olhar panorâmico que subsidiasse a proposição de indicadores e a instituição de sistemas de monitoramento para o CAM-Planapir.

A existência da temática racial em documentos estratégicos de gestão da saúde e a instituição da Política Nacional de Saúde da População Negra, bem como a existência de redes sociais voltadas ao controle social das políticas de equidade racial em saúde configuram-se como importantes avanços a serem considerados.

Foi observada uma baixa prevalência de indicadores de saúde desagregados por raça, e, a partir daí, questionou-se o alcance das políticas e programas de saúde nos casos em que não se garantem a pactuação de metas de redução de iniquidade racial.

A dificuldade de acesso a dados relativos à implementação da PNSIPN foi interpretada, por um lado, pela ausência de um sistema comum de monitoramento entre a Seppir e o Ministério da Saúde para viabilizar um fluxo de informações úteis ao aperfeiçoamento da gestão. Por outro, tal dificuldade sugere uma não priorização da PNSIPN no âmbito do Ministério da Saúde.

A ausência de ações concretas voltadas à população negra não quilombola evidencia que prerrogativas importantes da PNSIPN não estão sendo consideradas.

As questões referentes à apropriação por parte dos movimentos sociais sobre o monitoramento das políticas governamentais (em especial no que tange à equidade racial em saúde) merecem ser mais bem debatidas. No entanto, é possível afirmar que o movimento negro, em geral, ainda está se aproximando dessa discussão.

A existência de políticas avançadas no papel é um grande passo, mas não é suficiente para garantir avanços sociais de fato, tanto em relação aos impactos das políticas como em relação ao direcionamento de recursos e esforços estatais. É importante socializar o debate sobre os indicadores sociais (em especial em relação à equidade racial em saúde), para que os movimentos sociais possam intervir na pactuação, no monitoramento e avaliação das políticas e programas governamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (3): 519-520, mar. 2007.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidades e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: AKERMAN, M. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. *I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (I Conapir): Relatório Final*. Brasília, Distrito Federal, 2005.

_____. *Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 24 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)*

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília, 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARNEIRO, F. Nossos passos vêm de longe. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (orgs.). *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2000. p. 22-41.

CUNHA, E. M. G. P. da. Mortalidade infantil por raça/cor. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (org.). *I Seminário Saúde da População Negra de São Paulo – 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. (Temas em Saúde Coletiva 3).

FAUSTINO, D. M.; SPIASSI, A. L. *Movimento negro, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. (Portal de Revistas – SES. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 maio 2012).

JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. *et al.* (org.). *As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: Ipea, 2008.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005.

_____. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005.

_____. *Se você me nega eu me assumo*. Disponível em: <<http://redesaudedapopulacaonegra.blogspot.com/2008/10/se-voc-me-nega-eu-me-assumo-o-direito.html>>. Acesso em: abr. 2008.

LOPES, F.; WERNECK, J. Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, J. (org.). *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, 2009. p. 5-23. Disponível em: <http://www.criola.org.br/livro_mulheresnegras.pdf>.

MUNANGA, K. *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia*. In: 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação, PENESB-RJ, 5 nov. 2003. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59>>. Acesso em: 17 mar. 2008.

PAIXÃO, J. P. M. *et al.* Contando vencidos: 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: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005.

PAGLIARUSSI, M. S. *et al.* A influência do plano plurianual nos indicadores de execução: um estudo exploratório na prefeitura de vitória. *Rev. Gestão USP*, São Paulo, 12 (3): 29-45, jul.-set. 2005.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS 2008. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/traba>

lhoerendimento/pnad2008/default.shtm. Acesso em dezembro de 2011.

RIPASA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa Municipal Unificada. SP:Seade, 2011. Disponível em http://www.seade.gov.br/produtos/idr/download/merc_trab.pdf. Acesso em fevereiro de 2012.

SILVA, M. O.; FIGUEIREDO, N. D. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005.

Anexo

Quadro – Detalhamento de programas e políticas que dialogam com os objetivos do Eixo 3 – Saúde (Planapir)

Programa	Ações
1287 Saneamento Rural (PPA 2008-2011)	<p>7684 – Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos</p> <p>7656 – Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em localidades com população inferior a 2.500 habitantes para prevenção e controle de agravos.</p>
0150 Proteção e Promoção dos Povos Indígenas (Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas)	<p>3869 – Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena</p> <p>0802 – Ações e pesquisas no âmbito das populações indígenas</p> <p>6140 – Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas</p> <p>6143 – Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas</p> <p>6144 – Capacitação de Profissionais para Atenção à Saúde da População Indígena</p> <p>6501 – Atenção à Saúde dos Povos Indígenas</p> <p>7658 – Sistema de Informação em Saúde</p>
Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2007)	<p>Criar Incentivos financeiros para municípios com ESF que atendam [...] a população remanescente de quilombos [...] (ESF modalidade 1), p. 58 [1]</p> <p>Criar Incentivos financeiros para municípios com ESB que atendam [...] a população remanescente de quilombos [...] (ESF modalidade 1), p. 59 [2]</p>
Programa Brasil Quilombola	<p>– Programa de Saúde da Família e Programa de Saúde Bucal (agenda social);</p> <p>– Abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares;</p> <p>– Priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população das comunidades de forma integral e contínua;</p> <p>– Atenção à saúde das populações quilombolas</p>

<p>Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher</p>	<p>Promover a atenção à saúde da mulher negra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - melhorar o registro e produção de dados; - capacitar profissionais de saúde; - implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; - incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; - estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS (secretaria estaduais e municipais de saúde) com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.
<p>II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (apresentação para CAM - 27 jan. 2010)</p>	<p>III - SAÚDE DAS MULHERES; DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna; - Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua; - Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais; <p>X - ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES GERACIONAIS QUE ATINGEM AS MULHERES, COM ESPECIAL ATENÇÃO ÀS JOVENS IDOSAS</p> <p>V. Fortalecer ações de prevenção e assistência integral à saúde de mulheres adolescentes e jovens;</p>

<p>Resoluções da Conferência Nacional de Juventude</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantir a efetivação dos direitos à saúde integral da população jovem, que contemplem as suas necessidades e suas diversidades de etnia, de orientação sexual [...]. 2. Garantir e ampliar a participação da juventude e a sua diversidade nos processos de gestão participativa e nos espaços de formulação e controle social (conselhos e conferências), incluindo os específicos de saúde indígena nas políticas públicas de saúde.
<p>Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade <ol style="list-style-type: none"> a) Combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT - gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e em situação de rua, cigana, entre outras; b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis locais/regionais; c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde; d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLBTT em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores; e) Promoção de educação em saúde e controle social. 2. Brasil Quilombola <ol style="list-style-type: none"> a) Promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola; b) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS; c) Atenção à saúde das populações quilombolas.

<p>Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2008)</p>	<p>1. Inclusão dos temas relacionados à saúde indígena 1.1 MAGNITUDE E DINÂMICA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE INDÍGENA 1.1.2 Estudos epidemiológicos sobre os principais grupos de doenças infecciosas e parasitárias endêmicas nas populações indígenas. 1.1.3 Impactos de mudanças ambientais nas condições socio-sanitárias dos povos indígenas. 1.1.4 Investigação das práticas socioculturais relacionadas ao autocuidado em saúde no sentido lato (reprodução social e física da comunidade) e no sentido estrito, e das práticas relacionadas ao processo saúde-doença. 1.2 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS 1.2.1 Avaliação do modelo de gestão, planejamento, funcionamento e impactos do subsistema de saúde indígena.</p> <p>4. Inclusão dos temas relacionados à saúde da população negra 4.1 MAGNITUDE E DINÂMICA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA 4.1.1 Estudo da questão racial no Brasil, seus impactos nas relações sociais e implicações sobre o processo saúde-doença da população negra. 4.1.2 Situação de saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas). 4.1.3 Desenvolvimento de sistema de indicadores de saúde da população negra. 4.1.4 Estudos multidisciplinares sobre doença falciforme. 4.1.5 Doenças, agravos e condições da população negra. 4.1.6 Pesquisas qualitativas e quantitativas sobre medicina popular de matriz africana e contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde. 4.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS. 4.2.1 Estudos sobre as políticas governamentais afirmativas de discriminação positiva na área da saúde.</p>
--	--

<p>Programa Nacional de Direitos Humanos (Objetivo estratégico IV: Ampliação do acesso universal ao sistema de saúde de qualidade)</p>	<p>a) Expandir e consolidar programas de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar para a população de baixa renda, com enfoque na prevenção e diagnóstico prévio de doenças e deficiências, com apoio diferenciado a pessoas idosas, indígenas, negros e comunidades quilombolas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, crianças e adolescentes, mulheres, pescadores artesanais e população de baixa renda.</p> <p>b) Criar programas de pesquisa e divulgação sobre tratamentos alternativos à medicina tradicional no sistema de saúde.</p> <p>d) Reconhecer as parteiras como agentes comunitárias de saúde.</p> <p>g) Estimular programas de atenção integral à saúde das mulheres, considerando suas especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, de pessoa com deficiência, priorizando as moradoras do campo, da floresta e em situação de rua.</p> <p>j) Apoiar e financiar a realização de pesquisas e intervenções sobre a mortalidade materna, contemplando o recorte étnico-racial e regional.</p>
<p>Programa Nacional de Direitos Humanos (Objetivo estratégico I: Igualdade e proteção dos direitos das populações negras historicamente afetadas pela discriminação e outras formas de intolerância.) (Diretriz 9: Combate às desigualdades estruturais.)</p>	<p>b) Promover ações articuladas entre as políticas de educação, cultura, saúde e de geração de emprego e renda, visando incidir diretamente na qualidade de vida da população negra e no combate à violência racial.</p> <p>e) Analisar periodicamente os indicadores que apontam desigualdades visando à formulação e implementação de políticas públicas e afirmativas que valorizem a promoção da igualdade racial.</p>

<p>Programa Nacional de Direitos Humanos (Objetivo estratégico II: Garantia aos povos indígenas da manutenção e resgate das condições de reprodução, assegurando seus modos de vida.)</p>	<p>f) Proteger e promover os conhecimentos tradicionais e medicinais dos povos indígenas.</p> <p>l) Adotar medidas de proteção dos direitos das crianças indígenas nas redes de ensino, saúde e assistência social, em consonância com a promoção de seus modos de vida.</p>
<p>Programa Nacional de Direitos Humanos (Objetivo estratégico III: Garantia dos direitos das mulheres para o estabelecimento das condições necessárias para sua plena cidadania)</p>	<p>c) Elaborar relatório periódico de acompanhamento das políticas para mulheres com recorte étnico-racial que contenha dados sobre renda, jornada e ambiente de trabalho, ocorrências de assédio moral, sexual e psicológico, ocorrências de violências contra a mulher, assistência à saúde integral, dados reprodutivos, mortalidade materna e escolarização.</p>
<p>Programa Nacional de Direitos Humanos (Objetivo estratégico V: Redução da violência motivada por diferenças de gênero, raça ou etnia, idade, orientação sexual e situação de vulnerabilidade.)</p>	<p>d) Promover campanhas educativas e pesquisas voltadas à prevenção da violência contra pessoas com deficiência, idosos, mulheres, indígenas, negros, crianças, adolescentes, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e pessoas em situação de rua.</p>

Política Nacional de Saúde do Homem (2008)

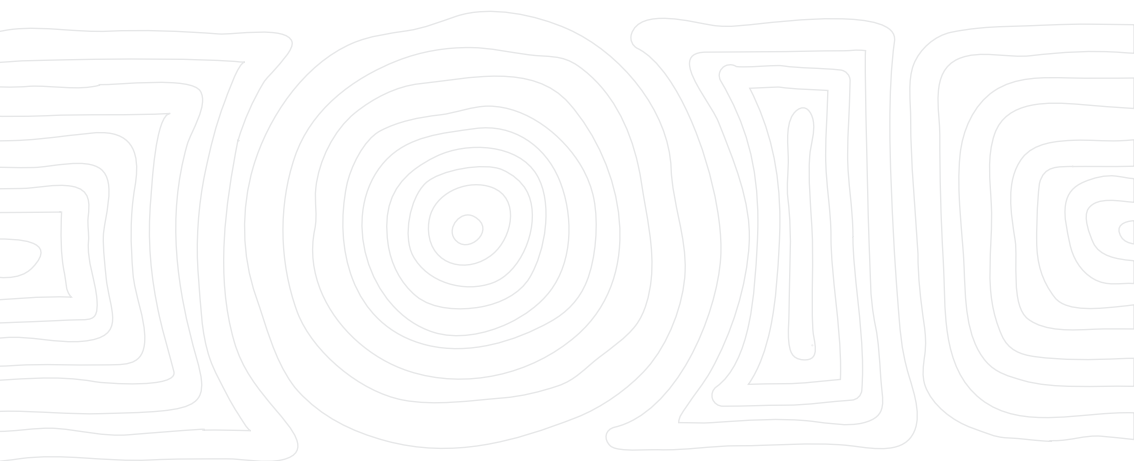
Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais.

CAPÍTULO 5

Ubuntu:

o direito humano e a saúde da população negra

Denize de Almeida Ribeiro



Uma civilização que se mostra incapaz de resolver os problemas que seu funcionamento suscita é uma civilização decadente. Uma civilização que decide fechar os olhos a seus problemas cruciais é uma civilização enferma. Uma civilização que escamoteia seus princípios é uma civilização moribunda. E acho que a civilização chamada "europeia" e a civilização ocidental, tal como se configura o seu regime burguês, resulta incapaz de resolver os dois maiores problemas a que sua existência mesma deu origem: o problema do proletariado e o problema colonial. E que chamada a comparecer ante um tribunal da razão ou da consciência, esta Europa se revela impotente para justificar-se, e que à medida que passa o tempo se refugia na hipocrisia tanto mais odiosa quanto menos possibilidades tem de enganar.

(*Discurso sobre o colonialismo*. Aimé Cesaire, 1913)

INTRODUÇÃO

Trago através deste artigo algumas reflexões a partir do processo de implantação da Política de Saúde da População Negra em Salvador (Bahia). Faço isso por acreditar que tais ações também se inserem no conjunto de atividades desenvolvidas por integrantes dos movimentos negros, no sentido de contribuirmos com a promoção de articulações para o combate ao racismo nas mais variadas frentes, inclusive na Saúde Coletiva, área que tem a equidade como princípio imprescindível ao sistema de saúde brasileiro na defesa do direito humano à saúde.

Nesse processo, vejo que as ações desenvolvidas pela população negra contra o racismo no Brasil se iniciaram desde que o primeiro africano pisou nestas terras, se percebendo como negro e na condição de pertencente a um povo escravizado. Essa, por si só, já foi uma condição bastante insalubre, e de lá para cá muitos foram os caminhos percorridos através da criação de variadas formas de organização de uma luta pacífica, na grande maioria das vezes, bastante coerente e significativa nos seus resultados, mas que sem dúvida tem sido uma luta que conta ainda com poucos aliados.

Boa parte desse enfrentamento consiste em um processo de autorreconhecimento das diversidades do ser negro no Brasil por parte dos próprios negros, de desenvolver formas de respeito às diferenças internas e de tornar

tais diferenças algo que fortaleça a população negra. Pois aqui, no Brasil, muitos pensam sobre os negros e seus movimentos do mesmo modo que pensam sobre o continente africano, de forma essencialista, como a pátria dos negros, como se o fato de ter a pele preta lhes conferisse uma unidade, ou mesmo dos negros como um único povo, com uma mesma visão de mundo e com um mesmo repertório de demandas. Certamente não fazem ideia nem desenvolveram algum tipo de interesse pelas dimensões das diversidades dessas complexidades.

Isso tem se tornado uma questão para os movimentos negros no Brasil, que, ao longo do processo de lutas políticas pela garantia de direitos negados, têm se deparado com inúmeros grupos de maioria negra e com demandas específicas que extrapolam as pautas pensadas pelos segmentos de muitos movimentos. Assim é que hoje temos um número cada vez maior de expressões de negritude representadas através: dos quilombos rurais e urbanos, dos grupos de *hip hop*, dos favelados, das inúmeras religiões de matriz africana, dos intelectuais negros(as), dos quilombos educacionais, dos capoeiristas, dos grupos culturais, dos afoxés, das marisqueiras, dos pescadores, dos sem-teto, dos sem-terra, dos grupos de mulheres negras etc.

Posso afirmar que segmentos da população negra, ao se unir para defender outras formas de organização social, outros modelos de saúde, outras maneiras de promover equidade, de reduzir desigualdades, de promover o respeito religioso, de reduzir a violência, ou mesmo de acabar com a fome, fazem isso por acreditar que é possível. Fazem porque sonham e vislumbram outras possibilidades de sociedade; e também porque viveram no passado e trazem consigo experiências de outras formas de convívio social, dos quilombos rurais e urbanos, dos terreiros de candomblé, e mesmo de sociedades africanas miticamente reconstruídas em suas memórias. Tais experiências nos apresentam visões de mundo nas quais relações desequilibradas geradas pela desigualdade e pelo desrespeito não devem prevalecer. Seguindo esse raciocínio é que Carlos Moore nos diz que:

Durante muito tempo, as diásporas africanas escravizadas no exterior tiveram de forjar uma visão idílica desse continente para existir, resistir e se manter. Por razões evidentes – que têm a ver com a brutalidade com a qual a África viva foi arrancada dos africanos escravizados no exterior da África

- a imagem que se tem desse continente, elaborada carinhosamente pelo imaginário dos deportados, via de regra, foi uma idealização. Para preservar o rico legado ancestral que nos permitiu atravessar o horror de viver em estado de escravidão racial nas Américas por mais de quatro séculos, foi necessário idealizar essa África da qual tínhamos sido arrancados para sempre. A África aparece, nessa visão, como um lugar sem tensões internas ou contradições inerentes à sua própria existência (Moore, 2008, p.11-12).

Dito isso, sem dúvida, a diáspora nos fez enfrentar nossas contradições internas e nos fez olhar, a partir dos olhos do racismo, não só para os desafios externos pautados por outros grupos étnicos, mas também nos fez repensar nosso ser no mundo, nos fez entender que precisávamos construir alianças internas não mais pautadas em características culturais próximas, mas na situação de discriminação comum imposta pela cor de nossos corpos, ou seja, por nossas características fenotípicas, uma marca com a qual nos rotularam.

Nesse movimento, invariavelmente temos de nos voltar para nosso passado histórico a fim de reconhecer os caminhos pelos quais se perpetuaram essa relação desigual, ao mesmo tempo em que temos de olhar para outros países da diáspora sem perder de vista a realidade atual de toda a África e tirarmos disso algum aprendizado. Nosso exercício, nesse caso, é o mesmo do pássaro Sankofa:¹ ter os pés voltados para frente e o olhar, para o passado. Sankofa é, assim, uma realização do eu, individual e coletivo. O que quer que seja que tenha sido perdido, esquecido, renunciado ou privado pode ser reclamado, reavivado, preservado ou perpetuado. Ele representa os conceitos de autoidentidade e de redefinição. Simboliza uma compreensão do destino individual e da identidade coletiva do grupo cultural. Faz parte do conhecimento dos povos africanos, expressando a busca de sabedoria em aprender com o passado para entender o presente e moldar o futuro.

1 O conceito de *Sankofa* (*Sank* = voltar; *fa* = buscar, trazer) origina-se de um provérbio tradicional entre os povos da África Ocidental de língua Akan, ou seja, Gana, Togo e Costa do Marfim. Como um símbolo Adinkra, Sankofa pode ser representado como um pássaro mítico que voa para frente tendo a cabeça voltada para trás e carregando no seu bico um ovo, o futuro. Também se apresenta como um desenho similar ao coração ocidental. Os Ashantes de Gana usam os símbolos Adinkra para representar provérbios ou ideias filosóficas. Sankofa ensinaria a possibilidade de voltar atrás, às nossas raízes, para poder realizar nosso potencial para avançar (Nascimento, 2008, p. 31). <inserir na biblio>

Do mesmo modo, devemos atentar para a identificação da continuidade da própria mentalidade surgida de práticas baseadas numa relação desigual, estabelecidas pelo racismo, comprometidas com interesses exógenos e a despeito dos interesses dos próprios negros. Um exemplo dessa reflexão, segundo Carlos Moore (2008), pode ser observado na história de Amadou Hampâté Bá, descrita no livro *Amkoullel, o menino Fula* (2003), no qual narra como a colonização francesa criou artificialmente as novas elites subservientes africanas de hoje. Para Moore, enquanto Hampâté Bá narra a própria história sobre a colonização – como cresceu dentro de uma família africana tradicional e como se converteu, progressivamente, em funcionário público a serviço do ocupante colonial –, ele nos dá uma ideia precisa de como se deu esse processo em que potências europeias criaram uma nova elite de traidores natos, elite à qual entregariam o poder em 1960, a raiz de um processo bem orquestrado chamado de descolonização.

Mas, nesse ano, a maioria dos países do continente africano “recebeu” sua independência política, sendo o controle de suas sociedades repassado pelo antigo colonizador para as elites africanas, que, na sua grande maioria, surgiram das escolas coloniais. Esse processo é muito parecido com o da nossa “independência”. Retrata uma prática que também é fruto do racismo e sobre a qual precisamos refletir quanto aos riscos que os espaços de poder no Brasil, majoritariamente ocupado pelos brancos, nos impõem quando estamos diante do exercício dos ritos desse poder.

Ou seja, precisamos estar atentos diante da tarefa que temos de construir juntos, com diversos segmentos da sociedade brasileira, outro modelo de sociedade. Mas não podemos nos perder nesse caminho, e para isso temos de buscar referenciais que nos façam acreditar e afirmar, ideais humanizadores em harmonia com todos os elementos da natureza, enquanto seres integrantes dessa mesma natureza, como preconizam as religiões de matriz africana, ideais que se pautem em direitos humanos compartilhados por todos (Ubuntu). No processo de construção da Política de Saúde da População Negra, por exemplo, muitas são as situações em que precisamos invocar tais ideais para acreditarmos simplesmente que será possível continuar a lutar sem nos perder.

O presente artigo tem o objetivo de contribuir com as reflexões obtidas a partir do processo de implantação da Política de Saúde da População Negra de

Salvador, quando nos questionamos muitas vezes acerca do papel dos técnicos do setor da saúde e o papel dos movimentos sociais frente a tais políticas.

BREVE PANORAMA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA EM SALVADOR

As discussões em torno das políticas de promoção da igualdade racial no Brasil se reacenderam a partir da participação de representantes dos movimentos negros e do governo brasileiro na III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas que aconteceu em Durban, na África do Sul, em 2001. Dessa Conferência saíram algumas deliberações que passaram a fazer parte do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas contra o Racismo, no qual os governos dos países da América do Sul propuseram “que a Opas promovesse ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variáveis significantes para a saúde e que desenvolvesse projetos específicos para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de ascendência africana” (Opas, 2001, p. 5).

Assim, atendendo a essa decisão dos governos, a Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano da Opas (Organização Pan-Americana de Saúde), em Washington (DC), propôs um Plano de Ação para reduzir as iniquidades em saúde que atingem a população afrodescendente. Ainda em 2001, especialistas brasileiros, a convite das Nações Unidas no Brasil, elaboraram um documento com propostas para uma política nacional de saúde para a população negra brasileira. Tais propostas chegaram à XII Conferência Nacional de Saúde e passaram a integrar o Plano Nacional de Saúde do governo. Já em 13 de agosto de 2004, o Ministério da Saúde assinou a portaria nº 1.056, criando o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com a atribuição de assessorar o Ministério na promoção de ações para o alcance da equidade racial em saúde no Brasil.

Em Salvador, esse processo deslançou a partir de 2003, quando alguns fatos se apresentaram de forma bastante favorável, pois era aniversário de 25 anos de fundação do Movimento Negro Unificado (MNU/CDR). Havia uma experiência em São Paulo com a realização da I Conferência Municipal de Saúde da População Negra, e o Grupo Hermes de Cultura e Promoção Social, uma organização não governamental que promovia debates, seminários e conferências, pensou em realizar um seminário com esse tema.

Para essa empreitada uniram-se o Movimento Negro Unificado, o Grupo Hermes de Cultura e Promoção Social, e o Terreiro da Casa Branca, pois muitos integrantes do Hermes eram membros do Terreiro e contaram com o apoio financeiro do DFID (Department for International Development), órgão do governo britânico presente no Brasil e que, à época, apoiava iniciativas de promoção da igualdade racial por meio do Programa de Combate ao Racismo Institucional. E, como parte também da programação do seminário, foi inserida a realização da I Feira de Saúde do Terreiro da Casa Branca, na qual culminaria o referido evento.

A realização do I Seminário foi um sucesso, pois trouxe a Salvador os principais especialistas que estavam se debruçando sobre esse tema e na luta pela construção dessa área, militantes de diversos segmentos dos movimentos negros, representantes das religiões de matriz africana, estudantes e pesquisadores da área da saúde, profissionais e técnicos das Secretarias Municipais e Estadual, como também do Ministério da Saúde, diversas organizações não governamentais e a população em geral, pois foi um seminário aberto ao público.

Nesse mesmo período, a discussão em torno da saúde da população negra começou a se dar também dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador em torno da necessidade de implantação do Programa de Anemia Falciforme. No ano de 2004, a Secretaria Municipal participou do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em Brasília. Nesse seminário, muitos foram os temas debatidos e muitas propostas foram retiradas no sentido de garantir a implantação de uma Política Nacional voltada para a saúde da população negra brasileira.

Em Salvador, esse debate ganhou corpo nos programas de governo dos candidatos municipais ainda em 2004, e foi assumido pela gestão municipal da saúde através da criação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN) dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com a Secretaria Municipal da Reparação (Semur), através da Portaria de nº 18, de 11 de fevereiro de 2005, publicada no *Diário Oficial do Município* com as atribuições de:

- elaborar o Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador;
- implantar o Programa de Anemia Falciforme;

- colaborar para a elaboração de uma proposta de política de saúde que contemplasse as especificidades da população negra de Salvador;
- articular intra e intersetorialmente ações para o desenvolvimento dessa política no município.

A metodologia de construção de um diagnóstico foi o pontapé inicial que revelou tecnicamente os caminhos possíveis para a implantação da Política Municipal de Saúde da População Negra no município.

ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DE SALVADOR

O trabalho se iniciou partindo da necessidade premente, diante dos dados existentes, de levantar também a real situação da população negra no município. A cidade de Salvador encontrava-se em um cenário de desigualdades e marginalização social, no qual grande parte da população era expropriada do seu direito de acesso a bens e serviços, bem como do seu direito político.

Essa desigualdade estava expressa em diversos indicadores oficiais que avaliavam o grau de desenvolvimento social. Um desses indicadores era o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que representa uma medida do desenvolvimento em uma perspectiva mais humana, social e sustentável, pois mede a qualidade de vida através da avaliação do rendimento, da educação e da longevidade de países, regiões ou agrupamentos populacionais. Verificou-se que, em 2000, o IDH do município de Salvador era de 0,805, estando, portanto, na 467ª posição entre os 5.507 municípios do Brasil, e ocupando a 1ª posição no estado (IBGE, 2002).

O IDH elevado de Salvador demonstrava que esta era uma cidade com um nível de desenvolvimento satisfatório. No entanto, ao se verificar o Índice de Gini² (0,66), que avalia a desigualdade social via análise da distribuição de renda, percebia-se que esse desenvolvimento não beneficiava todos os segmentos da população, pois o município possuía uma alta concentração de renda, os 20% mais ricos detinham 70% da renda, enquanto os 20% mais

2 O Índice de Gini, indicador da desigualdade social, varia de 0 a 1. Quanto mais próximo do 1 esse indicador se situa, mais concentrada é a renda na sociedade avaliada. (IBGE, 2002).

pobres apropriavam-se apenas de 1,6% do que era produzido no município (IBGE, 2002).

Outros indicadores, medidos também em 2000, faziam referência às condições de vida e vulnerabilidade da população soteropolitana: a mortalidade infantil era de 36,4/1.000 nascidos vivos; a esperança de vida ao nascer – 69,6 anos; a taxa de fecundidade – 1,7 filho/mulher; e a razão entre as pessoas não ocupadas pelas ocupadas (razão de dependência) era de 44,3% nesse mesmo ano. O percentual de mulheres de 10 a 14 anos com filhos era de 0,6; e de 15 a 17 anos, de 6,5. Havia 43,4% de crianças vivendo em famílias que dispunham de uma renda menor que o salário mínimo. Entre as famílias, 7,5% eram chefiadas por mulheres sem cônjuge e com filhos menores.

No que se refere à desigualdade racial, esta também é expressa pela desigualdade na distribuição de renda. No Estado da Bahia, o Índice de Gini para brancos é de 0,71, e para os negros, 0,62. Os brancos concentram a maior parte da renda do estado. No município de Salvador, a situação não é muito diferente: entre os 1% mais ricos, 76,9% da renda está concentrada nas mãos dos brancos (ver Tabela 1).

Tabela 1
Distribuição do rendimento dos 10% mais pobre e do 1% mais rico em relação ao total de pessoas, por cor ou raça, no Estado da Bahia e na Região Metropolitana de Salvador, 2001

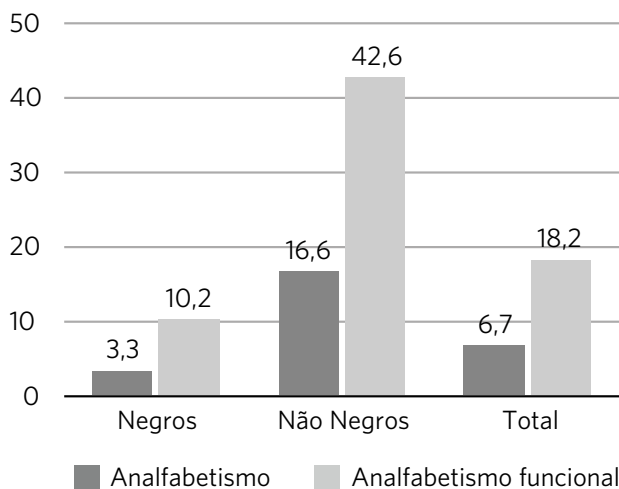
LOCAL	10% MAIS POBRES			1% MAIS RICO		
	Branca	Preta	Parda	Branca	Preta	Parda
BAHIA	17,4	14,3	68,3	73,2	7,5	19,3
RMS	7,8	30,1	62,1	76,9	5,8	17,3

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (IBGE, 2002).

Em 2001, a taxa de analfabetismo para pessoas de 15 anos ou mais era de 6,7% na Região Metropolitana de Salvador. Desse percentual, 16,6% eram negros, e 3,3% não negros³. Os analfabetos funcionais, ou seja, aqueles que sabem ler e escrever, mas que não têm habilidades em outros conhecimentos, era de 42,6% dos negros e de 10,2% dos não negros (Figura 1). Os indivíduos negros com 10 anos ou mais apresentavam média de 6,5 anos de estudo, e os não negros, 9 anos de estudo (IBGE, 2002).

Os negros, além de representarem a maioria entre os analfabetos, tinham menor escolaridade, o que significava menor oportunidade de ocupação laboral, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional, por raça/cor, aos 15 anos ou mais, na Região Metropolitana de Salvador-2001



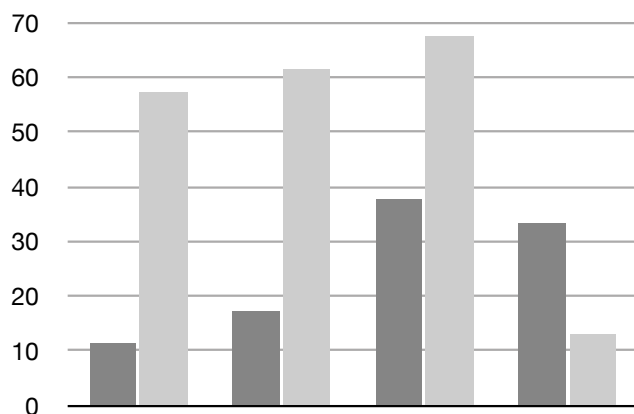
Fonte: PNAD 2001, microdados (IBGE, 2002).

O Diagnóstico revelou também que em 2001, 57,3% da população negra ocupada em Salvador possuía 4 anos ou menos de estudo. Para os não negros, a maioria ocupada (71%) possuía 9 anos de estudo ou mais (Figura 2). Esses dados refletiam não só a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, mas

3 Negros = pretos + pardos / Não negros = brancos + amarelos + índios.

também a condição dessa ocupação. A baixa escolaridade não permitia o exercício de atividades que exigissem uma melhor qualificação. Nesse sentido, mantém-se um círculo vicioso: as pessoas negras e com baixa escolaridade sobrevivem de subempregos, tendo poucas oportunidades de ascensão social.

Figura 2. Percentual de população ocupada por grupos de anos de estudo e por raça/cor na Região Metropolitana de Salvador-2001



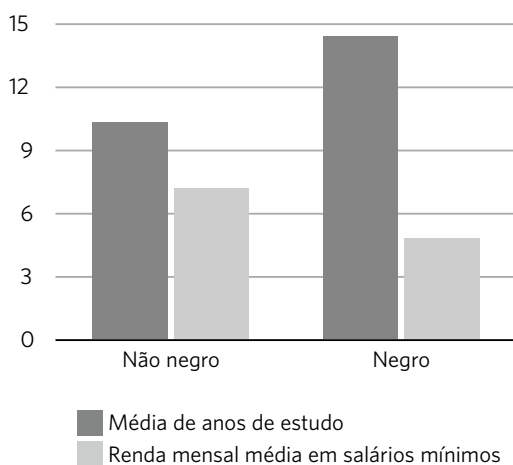
	menor ou igual a 4	5 - 8	9 - 11	maior ou igual a 12
Não negros	11,4	17,2	37,7	33,3
Negros	57,3	61,5	67,4	12,9

Fonte: PNAD 2001, microdados (IBGE, 2002).

Segundo o Diagnóstico, na Região Metropolitana de Salvador, em 2001, a população negra ocupada tinha média de 14,4 anos de estudo e renda de 4,8 salários mínimos, 33,3% menor que a dos não negros com menos anos de estudo (Figura 3). No mesmo ano, 16,5% dos jovens negros, de 10 a 17 anos de idade, participavam do mercado de trabalho. Entre os não negros, o percentual era de 10,7% (IBGE, 2002). Isso evidenciava uma desigualdade social, visto que, mesmo os negros e negras que conseguissem atingir uma escolaridade melhor e que possuíssem as mesmas habilidades específicas que os não negros recebiam menos pelo seu trabalho.

Além disso, os jovens negros, de 10 a 15 anos de idade, estavam exercendo atividade laboral numa idade considerada ilegal pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, em consequência das precárias condições de vida de suas famílias.

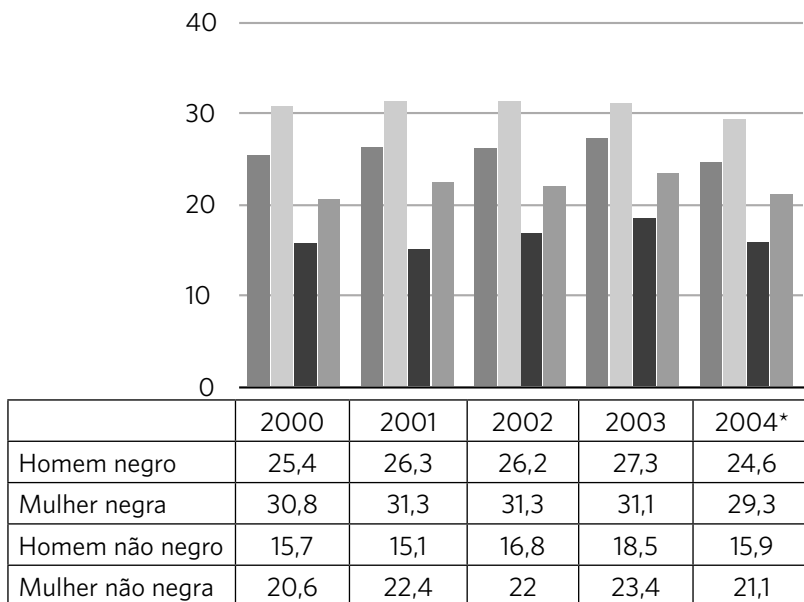
Figura 3. Média de anos de estudo e rendimento médio mensal em salários mínimos de população ocupada, por raça/cor, na Região Metropolitana de Salvador-2001



Fonte: PNAD 2001, microdados (IBGE, 2002).

Em 2004, a taxa de desemprego entre os negros foi de 26,9%. Para os não negros, essa taxa ficou em 21,1%. Ao se avaliar por gênero e raça, essa taxa encontrava-se mais elevada entre as mulheres negras (29,3%), evidenciando uma desigualdade não só racial, mas também de gênero (Figura 4). Uma pessoa negra levava em média 16 meses à procura de emprego, e um não negro levava 14 meses, segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) desse mesmo ano.

Figura 4. Taxa de desemprego total das populações negra e não negra, segundo sexo, na Região Metropolitana de Salvador- 2000 a 2004



Fonte: Convênio Dieese/Seade, MTE/FAT e convênios regionais.
Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), 2004.

* Dados de janeiro a setembro.

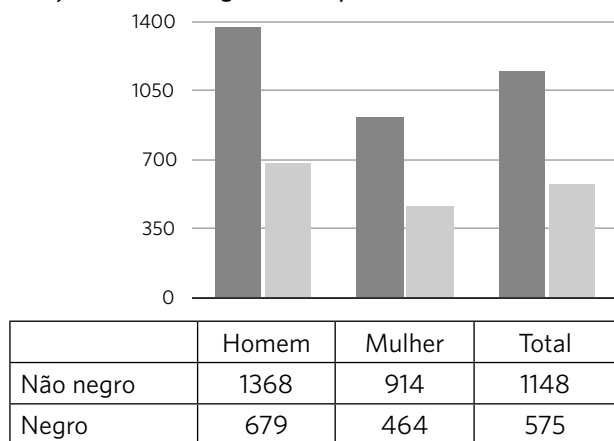
No período de 2003-2004, entre os desempregados da Região Metropolitana de Salvador, a maioria tinha Ensino Médio incompleto (41,1% entre os negros e 35,9% entre os não negros). Dos que tinham Ensino Superior, 14,2% eram negros e 12% não negros, o que sugere que, apesar de apresentarem melhor escolaridade, ainda assim o acesso ao mercado de trabalho é mais difícil para esse grupo. Do total de negros desempregados, 22% eram analfabetos, não havendo essa informação referente aos não negros.

Entre os ocupados negros, 43,5% estavam em situação vulnerável de trabalho, ou seja, eram assalariados sem carteira assinada, empregados domésticos, autônomos que trabalhavam para o público e trabalhadores familiares mal remunerados. Entre os não negros, 29,8% trabalhavam nessas

condições. Para as mulheres, a situação era mais crítica, principalmente para a mulher negra: 53,1% estavam nessa condição de vulnerabilidade. Para as não negras, a proporção era de 32,4%.

O rendimento médio mensal dos não negros era 49,9% maior que o da população negra, sendo a diferença maior entre os homens, se analisássemos por gênero. O homem não negro recebia um salário 50,4% maior do que o do homem negro. Em relação à população total, as mulheres negras eram as que ganhavam menos (Figura 5). Se analisássemos por escolaridade, em todas as categorias, o não negro ganhava mais do que o negro, e a mulher negra era quem apresentava menor rendimento (Dieese, 2004).

Figura 5. Rendimento médio mensal em reais da população ocupada, por raça e sexo, na Região metropolitana de Salvador-2004*



Fonte: Convênio Dieese/Seade, MTE/FAT e convênios regionais. Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), 2004.

* Dados de janeiro a setembro.

Todas essas informações se refletiam na qualidade de vida da maioria da população de Salvador, que é 83% composta de negros e negras. Esse prejuízo educacional, de inserção no mercado de trabalho e de renda, traz como consequência reflexos na saúde.

Partindo dos dados desse Diagnóstico, fundamentou-se um planejamento no sentido de implementar ações que estivessem inseridas na Política Municipal de Saúde de Salvador em todas as áreas e que se fundamentassem no Combate ao Racismo, pois entendia-se que a discriminação racial era o principal determinante social diante desse quadro que vem se perpetuando há tantos anos na Bahia.

Graças a um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2005 iniciou-se a implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no setor da saúde. Dessa forma, as ações previstas no campo da saúde da população negra ganharam maior impacto institucional, visibilidade e uma metodologia voltada para a conscientização de todos os setores envolvidos no sentido de identificar e desenvolver estratégias de enfrentamento do racismo presente no cotidiano dos serviços municipais de saúde. Entretanto, o setor público não dispunha de capacidade técnica para o desenvolvimento de ações de combate ao racismo, recorrendo para tanto a uma parceria com especialistas dos movimentos negros, que contribuíram como consultores em todo o processo de implantação do PCRI na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

SÍNDROME DA PRINCESA ISABEL

Todo esse processo não se deu de forma tranquila: muitos foram os conflitos, avanços e retrocessos, mas sem dúvida essa experiência possibilitou contribuir com a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra a partir de 2007, quando essa política foi aprovada. O Ministério da Saúde passou a ser o órgão responsável por sua implementação, sendo louvável o reconhecimento do combate ao racismo como a principal marca, e a busca de promover ações para o seu enfrentamento no Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia priorizada.

Entretanto, é importante registrar que depois de todas essas lutas, caminhos e descaminhos prevalecem a necessidade de continuarmos pautando esse tema, uma vez que temos muito a fazer para reverter um quadro que expressa quinhentos anos de opressão e negação das necessidades e demandas de um seguimento populacional de grande magnitude em nosso país.

Porém, ao acompanhar atualmente a criação de instâncias governamentais dentro do setor da saúde, incumbidas de implementar tais políticas, é surpreendente ver que à frente de tais setores, coordenando a implantação, encontram-se muitas pessoas que não participaram dessas lutas, que não são negras e que muitas vezes sequer acreditam que exista racismo no Brasil.

Essas pessoas prestam um desserviço e um desrespeito à luta histórica dos movimentos sociais não só por não serem negras, mas por demonstrar que ocupam esses lugares por considerarem que o lugar de comando é delas e que não existem negros e negras capazes de fazê-lo – como pensam também, da mesma forma, em outros setores, não só na área da saúde.

Ou seja, para comandar ainda são os não negros que são colocados e que se creditam como capazes, representando dessa forma seu racismo endógeno, pois para estes(as), mesmo nas questões resultantes de uma luta histórica, o lugar reservado aos negros e negras permanece sendo o lugar subalternizado, ou de eternos lutadores. Como também, através dessa realidade, nos fazem ver que são poucos os investimentos em quadros dos movimentos negros para a ocupação desses espaços de gestão.

Costumo me referir a essas situações como “Síndrome da Princesa Isabel”, que se caracteriza por um súbito processo de conscientização das pessoas não negras: estas se mostram tão sensibilizadas com as desigualdades que se entregam quase “voluntariamente” à causa. Embora confessem, algumas vezes, que não conhecem o tema ou que estão se apropriando dele agora; ou ainda que não estão certas de que seja necessária uma política para tal nem que exista racismo no Brasil, senão partindo do próprio negro. Mas essas pessoas têm certeza de que podem estar à frente dessas ações melhor do que qualquer outra, pois querem contribuir com a causa desse lugar como dirigentes das demandas de negros e negras.

Quando questionadas quanto à sua participação em outro lugar que não seja nos espaços de comando, afirmam que isso talvez seja racismo ao contrário, pois não compreendem por que elas deveriam ocupar um lugar que não fosse o de protagonistas, ajudando os negros a sair da sua condição, uma vez que nos consideram “incapazes e inexperientes”.

Todas certamente são admiradoras da Princesa Isabel e acham o 13 de maio um dia histórico, não entendendo por que o Movimento Negro não pensa exatamente assim. Afirmam não ter culpa da condição atual do negro – e precisamos lembrá-las de que existem muitos brancos também nessa situação –, e, para finalizar, que o Movimento Negro é muito radical no seu pensamento, além de ser muito “mal-humorado”.

Enfim, se negar a reconhecer e não se dar ao trabalho de respeitar uma luta histórica é uma violência característica do racismo brasileiro, que tem permitido aos indivíduos não negros violar direitos, agredir e transitar impunemente, e com muita tranquilidade, em nossa sociedade. Bem como assediar moralmente, discriminar e olhar uns nos olhos dos outros sem nenhum constrangimento ou culpa, omitindo-se muitas vezes, quando pensam que podem pôr em risco alguns dos seus privilégios – privilégios estes acumulados a partir da manutenção das desigualdades.

Ou seja, para tais pessoas, a experiência de organizar e comandar comunidades quilombolas, terreiros de candomblé, organizações da sociedade civil, pequenas empresas, ocupações, invasões etc., todas as nossas experiências de resistência e de luta contra um sistema hegemonicamente racista não nos credencia, do ponto de vista delas, para nada além de comandar suas cozinhas.

Quais seriam, então, as perspectivas para as políticas de promoção da igualdade racial no Brasil? Qual o lugar dos não negros nessas políticas? Como outras visões de mundo poderão ser incorporadas aos modelos de política e gestão atuais? Teriam negros e negras espaço para que suas experiências e jeitos de fazer deixassem de ser invisibilizados e negados? Quando negros e negras estarão habilitados a comandar setores com demandas sociais que os afetam profundamente? Por quanto tempo devemos agradecer às Princesas Isabel do Brasil por sua infinita benevolência em nos permitir a liberdade de suas cozinhas e de termos nossos sonhos?

É imprescindível afirmar que esse processo de implementação de políticas de promoção da igualdade racial nos diversos setores se deu principalmente pela atuação fundamental dos movimentos sociais organizados, ou seja, não foram os intelectuais orgânicos, ou os eternos gestores das políticas

de governo – estes nunca incluíram a dimensão racial em suas agendas. Foram os movimentos sociais, particularmente os movimentos negros, que sempre denunciaram as iniquidades raciais e que estiveram presentes em todas as Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais por acreditarem nesse modelo de participação democrática. Isso tanto nas Conferências de Saúde como também nas de Educação, Igualdade Racial, de Segurança Alimentar e Nutricional, entre outras. Vale ressaltar que também essa participação teve de ser bastante disputada com outros setores.

Dentre os diversos segmentos dos movimentos sociais organizados, destaco aqui o papel fundamental das organizações de representantes das religiões de matriz africana, que através de suas lideranças se fizeram presente em todos os momentos em que foram chamados(as). Pontuaram os documentos retirados dessas atividades com suas contribuições e visões de mundo. Discutiram, trouxeram suas experiências e se tornaram sujeitos de poder nesse processo de luta por direitos humanos, civilizando-nos e ensinando-nos como se exerce a democracia e a cidadania num país multicultural como o nosso.

Dessa mesma forma se deu no campo das políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), pois os terreiros de candomblé sempre desenvolveram ações de combate à fome em suas comunidades muito antes de o conceito de SAN ser pensado. Os terreiros sempre foram esse espaço, esse território onde a fome não encontra lugar, sendo esse um setor em que também nunca tiveram uma atuação reconhecida, nem suas experiências visibilizadas e incorporadas às práticas oficiais.

Mas ao serem chamados, os terreiros compreenderam que tinham como contribuir, apesar da negação de suas vivências. Nesse ponto, é importante salientar que uma das principais formas de atuação do racismo como determinante social é através da negação ou apropriação das experiências exitosas dos grupos não hegemônicos.

Por isso, os não negros não conseguem nem acreditam que tenham algo a aprender com os indígenas ou com os negros. Por isso, só conseguem se ver no comando, inclusive de nossas demandas mais específicas, uma vez que não saberiam como lidar numa situação inversa, por reconhecerem que se trata de ocupar espaços de poder.

Assim, diante das situações de iniquidade, geralmente se omitem, exceto quando afeta alguém da sua família, ou pior, não se escandalizam diante dos dados da saúde, da justiça, da violência, da fome, pois para eles, esse sim é o lugar dos negros e não há nada que possam fazer; pensam que cabe exclusivamente aos negros e negras se organizar para reverter tal situação, mas caso consigamos algum avanço, nessa hora eles estarão prontos para nos comandar, pois aprenderam que esse é o lugar que sempre ocuparam ao longo da história racista deste país.

Por esse motivo, a luta política por equidade racial é uma luta por espaços de poder e por poder político, não podemos ignorar isso. Pois se o racismo é uma estratégia de poder, de manutenção de um modelo de poder, se quisermos desconstruí-lo, teremos de propor outras formas de exercício desse poder, e isso começa pelo compartilhamento desses espaços com os sujeitos que vivenciaram e vivenciam as diversas facetas de tais iniquidades, não pela manutenção nesses lugares dos representantes não autorizados destes. Precisamos, então, exercer o poder como um direito humano que pode ser usufruído por todos, aplicando aqui também o conceito de Ubuntu.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, lembro-me das considerações de Du Bois (1868) quando refletia sobre a situação dos negros no século XIX nos Estados Unidos. Ele dizia que entre ele e o mundo pairava sempre uma pergunta que nunca era feita: por alguns, por delicadeza; por outros, pela dificuldade de equacioná-la corretamente. Todos, no entanto, aproximam-se de nós, olham-nos com compaixão e então, em vez de perguntarem diretamente, “Como é a sensação de ser um problema?”, dizem: “Na minha cidade, na minha escola, no meu trabalho conheço um excelente negro”; “Tenho amigos negros”; “Lutei contra as desigualdades desde criança”; ou, ainda: “Você não fica irritada diante de uma situação de discriminação?”. Quanto à pergunta real, geralmente se esquivam de fazer. No entanto, a sensação de ser um problema é uma experiência estranha – até mesmo para alguém que jamais foi considerado outra coisa nesta sociedade desde a infância: um problema para os outros.

Sem dúvida, esta é uma situação complexa: estar num mundo que não lhe concede uma verdadeira consciência de si, mas que apenas lhe permite

ver-se por meio da revelação do outro. Isso nos traz uma dupla consciência, uma sensação de estar sempre a se olhar com os olhos de outros e com os seus, de medir a própria alma pela medida de um mundo que continua a mirá-lo com divertido desprezo e piedade. E sempre sentir essa multiplicidade, essa diversidade, essa interseccionalidade de inúmeros rótulos batendo na sua cara – brasileira, nordestina, negra, mulher, de candomblé... Vários papéis que competem em um mesmo corpo; múltiplos papéis socialmente subalternizados por sucessivas discriminações e negação de direitos.

Para Du Bois, a história do Negro é a história dessa luta. No passado, segundo ele, nos dias de cativo, pensávamos antever um acontecimento divino pelo qual ardentemente lutamos e desejamos: a liberdade. E ninguém desejou a liberdade com metade da fé que nós, negros da diáspora, pois acreditávamos que a libertação seria a chave para uma terra prometida, sem violências. Mas a liberdade pela qual imploramos aos deuses finalmente chegou como um sonho, como um carnaval, e desde então anos se passaram e o liberto ainda não encontrou a verdadeira liberdade, a sua terra prometida, por isso continuamos a rogar aos deuses e a fazer oferendas.

Portanto, paira sobre o povo negro da diáspora um desapontamento, um cansaço, um lugar ainda mais amargo, pois percebemos que o ideal alcançado é irrealizável. A solução parece ser tornarmo-nos brancos... E embora alguns acreditem que encontraram essa saída, sem dúvida, esse também é um ideal impossível de ser alcançado e vivenciado com liberdade. Nessa procura, louco pela liberdade, essa bênção parecia esquivar-se do seu alcance, e o povo negro diaspórico assistiu, sofreu e soltou seu grito que ninguém ouviu diante do holocausto das guerras, dos terrores da Ku Klux Klan, das mentiras das constituições, da desorganização dos setores trabalhistas que não absorveram adequadamente sua mão de obra, das propagandas que nunca o incluíram como consumidor, da sociedade que sempre o rotulou como um problema e nada mais restou ao antigo servo senão a contínua luta pela liberdade, solitariamente, como negro da diáspora.

Mas à medida que o tempo passou, ele agarrou-se a uma nova ideia: de que talvez a liberdade pudesse ser alcançada através do voto, assim poderia aperfeiçoar a tão sonhada liberdade de ser. Posterior a essa ideia, uma nova visão começou gradualmente a substituir o sonho de poder político, um mo-

vimento forte, a ascensão de outro ideal a orientar os desnorteados: o ideal da “sabedoria dos livros”; a curiosidade, nascida da ignorância compulsória, de conhecer e testar o poder das letras cabalísticas dos homens brancos, o anseio de saber. Nesse caminho, a frieza dos dados estatísticos registrou seus avanços polegada por polegada, mas o negro da diáspora lutou sozinho também pelas políticas afirmativas na educação, na saúde, no acesso à terra, à alimentação, tudo isso no seu anseio de inclusão para alcançar a liberdade de ser um ser no mundo forjado pelos brancos.

De repente, o negro da diáspora começou a ter um vago sentimento de que para conseguir seu lugar ao sol teria de ser ele mesmo, e que jamais alcançaria a imagem projetada pelo outro. Pela primeira vez, procurou analisar o fardo que trazia às costas, sentiu sua pobreza, sem um centavo, sem lar, sem terra, sem ferramentas ou economias. Assim, entrou nessa luta por direitos e cidadania totalmente desarmado, sem recursos e só.

Para Du Bois, a um povo assim tão prejudicado não se deveria pedir que competisse com o mundo, mas permitir-lhe que dispusesse de todo o tempo e energia mental para tratar dos seus problemas sociais, para se reconstituir como povo e depois poder se dizer perante o outro.

Du Bois acreditava que todos esses ideais deveriam ser derretidos e fundidos em um só. Da instrução das escolas, do treinamento das mãos aptas, de olhos e ouvidos mais apurados e, sobretudo, da cultura mais ampla, mais profunda. Quanto ao poder do voto, ele dizia que necessitávamos dele somente por uma questão de autodefesa – de outro modo, o que nos salvaria de uma segunda escravidão?

Mas para ele essa capacidade de reunir tais ideais poderia ser unificada pelo ideal da “raça”. No meu entender, não pelo que a ideia de “raça” traz de diferenças biológicas, mas pelo ideário unificador imposto por esse rótulo e a nós imputado pelos racistas, mas que os movimentos negros reinterpretaram afirmativamente, tratando-o como algo positivo. Pertencer à “raça negra” tornou-se a releitura de um lugar, uma postura política, que afirma as especificidades de um povo diverso, ao mesmo tempo que busca devolver-nos a liberdade de sermos o que quisermos ser diante das nossas diferenças humanas e do direito humano de sermos negros e negras.

Nesse sentido, creio que será preciso recuperar também Paulo Freire (1997) e pedir a ajuda da sua Pedagogia da Autonomia para nos fazer refletir que as relações precisam ser dialógicas e horizontais quando se deseja desconstruir a opressão, do contrário, estaremos sempre reproduzindo o mesmo modelo que tanto prejuízo já causou e ainda causa à nossa sociedade, ou simplesmente colaborando para a manutenção das mesmas relações desiguais com suas iniquidades e a manutenção dos privilégios dos mesmos grupos, podendo inclusive mudar o tom da pele, mas não as práticas opressivas.

Podemos buscar ajuda também no conceito de justiça universal, Ubuntu, termo utilizado na África do Sul no pós-*apartheid* para representar um outro olhar sobre os direitos humanos. **Ubuntu** significa *justiça restaurativa que não traz como objetivo simplesmente a identificação do outro, nem mesmo perceber o outro como semelhante, mas dar-lhe o respeito na diferença, admitir que a minha vida é igual à sua e que eu preciso que você vivencie a sua diferença como um direito*; radicalizar no repertório dos direitos humanos compartilhados.

Trata-se do reconhecimento do seu ser diverso, da sua existência, da sua identidade, do seu lugar numa sociedade comum e de que a minha paz, a minha saúde, o meu equilíbrio depende de que o outro também compartilhe e vivencie esses direitos. Isso se torna impossível sem redistribuição de renda, sem repartição dos espaços de poder, e sem combater o racismo e outras formas de discriminação em todas as esferas onde estas se apresentem.

Para Severino Ngoenha, filósofo moçambicano, sem dúvida Salvador, mundo em miniatura onde uma minoria branca detém os meios de produção, os meios econômicos, e a maioria negra é miserável, pode ser um laboratório onde se experimentem as soluções propostas pelo conceito de Ubuntu, de justiça susceptível de ser globalizável; ou pode ser uma simples extensão do sistema mundial baseado na desigualdade, no qual negros e negras como nos Estados Unidos, Jamaica ou na África do Sul, para dar alguns exemplos, passaram pura e simplesmente de escravizados a semicidadãos, tributários unicamente de deveres servis (Ngoenha, 2006, p. 5).

Salvador, sem dúvida, precisa se ver no espelho e entender suas potencialidades para servir de referência para um mundo que clama pela igualdade, pelo respeito ao conhecimento técnico, aos saberes ancestrais e ao conhe-

cimento dos movimentos sociais, que também representam importantes saberes acumulados, para, através desse caminho, construir a liberdade tão sonhada e alcançar a justiça e a ocupação dos espaços de poder como direito humano de todos e todas: Ubuntu, talvez quem sabe um dia, possa se dar aqui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÁ, A. H. *Amkoullel, o menino fula*. São Paulo: Palas Athena; Casa das Áfricas, 2003.

BOURDIEU, P. (coord.). Com contribuições de A. Accardo et. al. *A miséria do mundo/ La misère du monde*. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. *III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Relatório Final 2007*. Olinda, 2007

CÉSAIRE, A. *Discurso sobre el colonialismo*. México: Universidade Nacional Autônoma do México; Coordenação de Humanidades; Centro de Estudos Latinoamericanos; Facultad de Filosofía y Letras; Union de Universidades de América Latina, 1955.

JUNIOR, H.C. NTU. Revista Espaço Acadêmico - Nº 108 - Maio de 2010. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/9385/5601> Acesso em 12 de junho de 2012.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DE SALVADOR. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador; Secretaria Municipal da Saúde, 2006.

DIEESE. Convênio Dieese/Seade, MTE/FAT e convênios regionais. *Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED)*, 2004. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acesso em: mar. 2005.

DIOP, C. A. *The cultural unity of black Africa*. 5. ed. Chicago: Third World Press, 1990.

DUARTE, E. C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

EQUIDADE EM SAÚDE PELO PRISMA DA ETNICIDADE. Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

HASENBALG, C.; SILVA, N. V.; LIMA, M. *Cor e estratificação social*. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 1999.

IBGE. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2001: Microdados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

MOORE, C. *A África que incomoda: sobre a problematização do legado africano no cotidiano brasileiro*. Belo Horizonte: Nandyala, 2008. (Coleção Repensando África, II).

NGOENHA, S. *Ubuntu: new modal of global justice*. Indilinga: African Journal of Indigenous Knowledge, 2006.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde da População Negra. Uma questão de equidade. Subsídios para o debate*. Brasília, 2001.

PAIXÃO, J. P. M. *Desenvolvimento humano e relações raciais*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. (Coleção Políticas da Cor).

SAMPAIO, E. *Racismo institucional: uma reflexão conceitual para contribuição à agenda de trabalho do DFID/PNUD no Brasil, 2001* (mimeo).

SILVA, M. J. (org.). *Religiões afro-brasileiras e saúde. Projeto Atô-Irê*. São Luís: Centro de Cultura Negra do Maranhão, 2003.

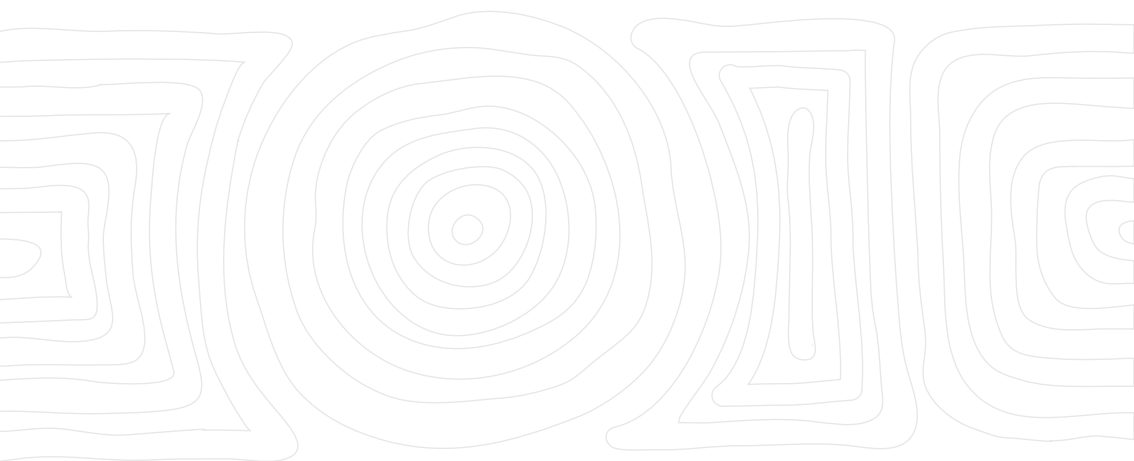
SOUSA, N. S. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E.C. *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2002.

CAPÍTULO 6

Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde

Maria do Carmo Sales Monteiro



INTRODUÇÃO

Há quem considere esse assunto “batido” – inclusão da temática étnico-racial nas ações de educação permanente –, se não com essas palavras, que seja com outras parecidas. Talvez porque se possa relacionar uma série de documentos em que se repete esse refrão nos últimos dez anos; no entanto, quem trabalha com gestão de pessoas pouco sabe sobre educação permanente e menos ainda sobre as questões étnico-raciais. Esses dois temas por si só valem muita reflexão. Esta é uma questão séria, pois a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) destaca essa dupla no enunciado da primeira diretriz: “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” (Brasil, 2009, p. 31). O Sistema Único de Saúde (SUS) está cumprindo essa diretriz? Vale lembrar que, com a aprovação da Lei nº 12.288, em julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, a PNSIPN passa a ter *status* de lei.

Chegamos em 2010 com uma lei que estabelece que o SUS deve cumprir várias diretrizes, entre elas enfrentamento do racismo, mas o caminho percorrido para chegar nesse ponto foi longo.



A construção dessa política teve seu início em 2001, com a publicação de um documento histórico: *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade* (Brasil, 2001). Esse documento foi resultado do Seminário Interagencial Saúde da População Negra, realizado nos dias 6 e 7 de dezembro de 2001 em Brasília, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Ali estavam lançadas as bases para a formulação de uma política nacional de saúde integral da população negra; o texto destaca a importância de romper com o racismo que reforça a

persistência das desigualdades em saúde. Apresenta dados que evidenciam que homens e mulheres negros morrem precocemente por causas evitáveis, e que as taxas de mortalidade nesse grupo são mais altas quando comparadas aos brancos, em razão das desvantagens psicológicas, sociais e econômicas geradas pelo racismo a que são expostos. Explicita que a implementação dessa política reafirmaria a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios do SUS. O documento reforça a necessidade da dimensão étnico-racial ser parte de uma agenda nacional de políticas públicas orientada para a não discriminação e o respeito à diversidade da sociedade brasileira e aponta as bases dessa ação que devem ser fundamentadas em quatro componentes interdependentes, interligados e complementares: produção do conhecimento científico, capacitação dos profissionais de saúde, informação da população e atenção à saúde.

No item Capacitação (subitens 3.1 a 3.5), são apontadas cinco importantes ações que foram incorporadas em diversos outros documentos:

1. Promover treinamentos de profissionais visando à melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS que possuem o quesito cor e outras variáveis importantes no monitoramento da equidade em saúde: atestado de óbito, nascidos vivos, prontuários médicos e fichas de notificação de doenças, entre outras.
2. Promover a realização de seminários e eventos similares para discutir e divulgar os temas da saúde da população negra em serviços de saúde, escolas, universidades e organizações não governamentais.
3. Elaborar material instrucional com base no conhecimento disponível sobre saúde da população negra para utilização em treinamentos e em cursos de ensino médio e superior da área de saúde.
4. Introduzir matérias sobre etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na população negra, assim como aspectos da medicina de matriz africana, nos cursos de treinamento de profissionais do SUS, em especial as equipes dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher, Interiorização do Trabalho em Saúde e Triagem Neonatal.

5. Propor ao Ministério da Educação a introdução da saúde da população negra como tema transversal nos currículos dos cursos de ensino médio e superior.

Esse documento serviu de parâmetro para atuação do movimento negro durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003, quando se conseguiu a deliberação de ações pertinentes à questão étnico-racial nos dez eixos temáticos discutidos nessa Conferência. Destaca-se o eixo Trabalho na Saúde (Brasil, 2004) que aponta importantes definições no tratamento do que se refere a Gestão da Educação em Saúde, Formação dos Profissionais de Saúde e da Educação Permanente, Educação em Serviço.

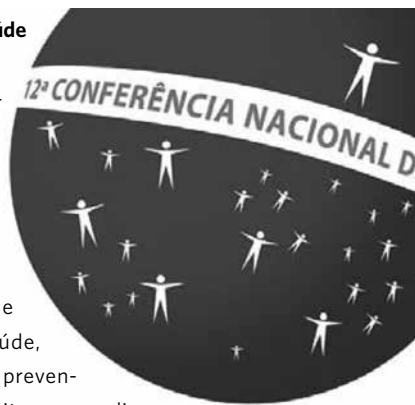
EIXO TEMÁTICO VII – O TRABALHO NA SAÚDE

Gestão da Educação em Saúde

Item 73 - 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 (p. 126).

Formação dos Profissionais de Saúde

Item 81 - 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 práti-



cos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de 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 organização e funcionamento do SUS (p. 125).

Educação Permanente e Educação em Serviço

Item 93 - 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 autocuidado (p. 128).

Item 94 - 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 e religião (p. 129).

Foi a primeira vez que o relatório final da Conferência Nacional de Saúde menciona com esse grau de amplitude a questão étnico-racial nesse eixo destacado, referindo-se explicitamente à necessidade de mudança do modelo educacional para formação dos profissionais da saúde e reformulação dos currículos para incorporação de temas ligados à diversidade racial e étnica do povo brasileiro, apontando-se novamente a educação permanente sem deixar margem de dúvida, pois destaca os conteúdos que devem ser incluídos e como primeiro item enfatiza as ações humanizadas no combate a todo tipo de discriminação.

A partir da 12º CNS, foi possível viabilizar a assinatura de um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir) que abarcava: realizar o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra; incluir objetivos e metas no Plano Nacional de Saúde e criar um Comitê Técnico Nacional para construir e acompanhar a implantação e implementação da política.

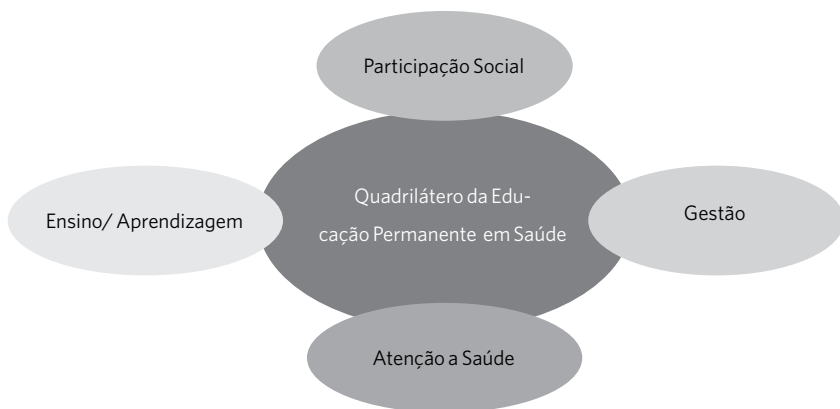
A inclusão da temática no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2007 representou um passo gigantesco rumo à construção da PNSIPN. O primeiro grande objetivo desse plano foi a “Inclusão social e redução das desigualdades sociais”. Define como um dos objetivos a “Promoção da equidade na atenção à saúde da população negra” e como primeira meta “Capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra” (Brasil, 2005, p. 13). Essa meta foi cumprida?

Nesse mesmo momento histórico, de 2003 a 2005, também foi definida a implantação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) na 12º CNS; e no PNS 2004-2007 definiram-se objetivos e metas relacionados a PNEPS. Desde 2001, documentos oficiais explicitam a necessidade da inclusão da temática étnico-racial na formação e capacitação dos trabalhadores da saúde. Dez anos se passaram, hoje temos uma política com *status* de lei. O SUS está preparado para cumprir esta determinação?

A PNEPS pode fazer diferença para discussão do racismo?

Atualmente, temos em todo o território nacional implantado a PNEPSS, os papéis das instâncias federal, estadual e municipal estão estabelecidos, os fluxos de informação e o financiamento também já vêm de longa data sendo aperfeiçoados.

A Educação Permanente em Saúde compreende as dimensões de ensino, gestão, atenção à saúde e controle/participação social; é uma ferramenta que permite a transformação necessária nas práticas de saúde para tornar possível lidar com a temática racial.



Segundo Ricardo Ceccim, a interação entre os segmentos ensino/aprendizagem, atenção à saúde, gestão e participação social em saúde permite trazer dignidade ao processo de trabalho e sua relação com a comunidade, valoriza e potencializa a realidade local. Permite desenvolver a aprendizagem significativa, a capacidade criativa e de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão. Isso é a Educação Permanente e seus componentes são o Quadrilátero. Para tanto, ele propõe a mudança da concepção hegemônica e tradicional da educação para uma concepção que considere as interações e problematize as práticas e saberes; mudar a lógica de se criar centros de excelência elitista e tecnicista para uma lógica de incentivo à produção de conhecimento dos serviços em todo o lugar onde se faça saúde. Analisar as práticas de atenção à saúde: "construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico". A gestão deve configurar-se de modo criativo e original, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários. Por fim, a organização e participação social, garantir a presença dos movimentos sociais, acolher à visão ampliada das lutas por saúde e atender às necessidades sociais por saúde. O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisito, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada (Ceccim, 2005, p. 166).

A PNEPS, por ter essa posição de reconstruir paradigmas, sofre resistências em todos os aspectos; boa parte dos técnicos nem sequer entendem a diferença entre educação permanente e educação continuada. Ainda assim,

ela tem as ferramentas que podem fazer a diferença. Portanto, é perfeita para temas complexos como o racismo.

Temas como: vulnerabilidade e risco, diversidade social e necessidades de saúde, acolhimento e escuta qualificada, já vêm sendo tratados nas ações educativas, porém o racismo e sua forma de operar sobre as relações e sobre o processo de trabalho não é objeto de análise nem de discussão sistemática. O quesito cor no sistema de informação em saúde e o recorte racial como categoria de análise epidemiológica têm estado mais presente nas ações educativas, porém, longe de alcançar o mínimo. Em que pese a produção de trabalhos de alguns pesquisadores, notoriamente os negros, que podem subsidiar estas discussões, as instituições continuam ignorando e negligenciando essa temática.

Na perspectiva da transversalidade, é preciso preparar os técnicos que atuam na área de Educação Permanente em Saúde, para subsidiá-los na inclusão da temática étnico-racial e na elaboração e planejamento das ações de educação permanente em saúde. É preciso reconhecer que a pouca presença da temática étnico-racial nas ações educativas também se deve a dificuldade concreta de se realizar tal tarefa, por falta de conhecimento do assunto por parte dos técnicos que planejam as ações educativas. Isso é o racismo institucional operando a todo vapor. Na revisão dos textos oficiais sobre a PNSIPN, vimos a importância que é dada à formação dos profissionais, no entanto, a equipe responsável por realizar essa ação não o faz porque não sabe fazer; eis mais uma faceta perversa do racismo. A indiferença com que a Secretaria de Educação para o Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde tem tratado as questões raciais e o impacto do racismo no exercício das atribuições da força de trabalho em saúde pública é explícita seja considerando ausência de pautas sobre esse assunto nas rodas de educação permanente, nos projetos de pesquisa, no material didático, nas ações realizadas, no discurso oficial.

SUGESTÕES PARA PREPARAR TÉCNICOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA TRATAR A TEMÁTICA RACIAL

Fornecer vasto material bibliográfico, vídeos e *links* que poderiam ser utilizados pelos profissionais para aprofundar o tema e para subsidiar os cursos é absolutamente necessário. Por outro lado, sabendo que por baixo da “falta de conhecimento do assunto” esconde-se também a resistência

em falar sobre a questão, a capacitação teria de tocar também nas questões subjetivas e aprofundar conceitos complexos subjacentes à temática racial, ou seja, ir além de dados epidemiológicos e consulta bibliográfica. Portanto, é preciso pensar numa experiência educativa profundamente vivencial que provoque mudança.

As estratégias escolhidas para desenvolver a capacitação devem levar em conta também o tempo que as pessoas podem se ausentar do seu local de trabalho e a pouca aproximação com a linguagem sócio-antropológica por parte dos profissionais da saúde. Atualmente, é interessante utilizar o recurso de aula presencial mesclado com o ensino a distância; dessa forma, será possível disponibilizar ampla bibliografia, como também possibilitar a interação virtual e oferecer acompanhamento individual a cada um dos participantes por meio de tarefas e fóruns e uma experiência vivencial através dos momentos presenciais.

Os objetivos do curso podem ser descritos da seguinte forma:

1. Compreender os principais conceitos que envolvem a questão das relações étnico-raciais e a legislação da área da saúde e da área da educação que subsidiam os planos de saúde no que diz respeito à inclusão da temática étnico-racial nas ações de Educação Permanente em Saúde.
2. Oferecer subsídios para os técnicos da área de desenvolvimento profissional para inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de Formação e Educação Permanente dos trabalhadores do setor Saúde.
3. Identificar as facilidades e dificuldades da inclusão da temática étnico-racial nas ações de Educação Permanente em Saúde nos diversos níveis da gestão de desenvolvimento profissional.
4. Reconhecer o papel dos técnicos da área de desenvolvimento profissional na interação com as áreas promotoras dos cursos, promovendo a inserção dos temas alinhados com os princípios do SUS e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO

PARTE 1 - Trabalhar o conhecimento técnico do assunto, os conceitos e valores que interferem na prática, procurando atender aos dois primeiros objetivos do curso. Carga horária: mínimo de 16 horas - presencial.

Para integração dos participantes com base na temática proposta, pode ser utilizada uma dinâmica de apresentação; é bastante positivo trabalhar com música de tema afro e solicitar aos participantes que relatem o que sentiram ao ouvir a música. Mesmo que seja uma música cantada em língua desconhecida por todos, quase sempre provoca sensação de alegria e otimismo. No momento da apresentação, pedir que cada um fale um pouco de si: nome, local de trabalho, o que conhece sobre o assunto do curso, se já trabalhou com o tema. Ao se referirem ao conhecimento do tema, surgem as histórias pessoais de vivência com preconceito e discriminação. Nesse momento, introduzem-se as questões sobre pertencimento étnico-racial, a identidade, e os aspectos históricos e sociais que forjaram o racismo no Brasil. Essa dinâmica pode ajudar na quebra da resistência e possibilitar os passos seguintes e aprofundamento do tema. Conteúdos sugeridos:

- Aspectos históricos e sociais do racismo no Brasil e seu impacto na saúde.
- Introdução conceitual: racismo, discriminação, preconceito, estereótipos, imaginário e representações sociais, racismo institucional.
- Legislação da Educação para as relações étnico-raciais e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Os temas da saúde e o recorte racial: vulnerabilidade e risco, diversidade social e necessidades de saúde, acolhimento e a escuta qualificada, o quesito cor no sistema de informação em saúde e o estudo do recorte racial na análise epidemiológica.

Propor a realização de tarefas a distância através de alguma plataforma de ambiente virtual de aprendizagem. Essas atividades podem ser participação em fórum para debater um assunto; é preferível usar um vídeo. Uma sugestão bastante eficaz

é “O perigo de uma única história”, de Chimamanda Adichie¹; é motivador para desencadear o debate e favorece a compreensão conceitual proposta no curso. Outra atividade importante que pode gerar muita discussão na aula presencial é solicitar que colham a informação sobre quesito cor entre as pessoas que trabalham no seu setor, verificar os formulários e trazer a informação, enviar para o tutor e preparar para apresentar na aula presencial.

PARTE II – Caso seja possível, propor um período mais longo a distância que possibilite uma vivência como trabalho de campo, utilizando o ambiente virtual para acompanhamento. A carga horária mínima sugerida é de 20 horas, em um intervalo de 2 a 3 semanas. Sugestões de tarefas:

1. Escolher um dos vídeos disponibilizados e fazer uma discussão com sua equipe de trabalho, discutir a experiência no fórum de vivência.
2. Identificar nas atividades educativas em planejamento a possibilidade de introduzir a temática étnico-racial.
3. Orientar para a inclusão da temática utilizando os subsídios recebidos.
4. Elaborar relatório da vivência.

PARTE III – Reflexão da prática vivida e encaminhamentos: neste módulo, os participantes apresentam o resultado do trabalho descrevendo aspectos relacionais ao abordar o tema. A carga horária sugerida é de 8 a 12 horas.

Nesse momento, após um período maior de atividades a distância, os alunos necessitam compartilhar as experiências que tiveram ao tentar abordar o assunto sobre racismo no seu ambiente de trabalho; certamente, muitos terão de encarar a resistência e a dificuldade de argumentação com os colegas que são contrários à política. É o momento de se repassar conceitos, agora sob outra ótica. Também é o momento de introduzir o tema sobre a abordagem psicossocial nas relações étnico-raciais.

Finalizar com a identificação das facilidades e dificuldades de trabalhar com o tema, sugestões e encaminhamentos dos problemas identificados e

1 Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=O6mbjTEsD58>>. Acesso em: 26 jun. 11.

definição de monitoramento e indicadores para auxiliar na execução dos planos elaborados na Parte II do curso. É importante fazer uma avaliação final do curso para subsidiar os próximos.

A avaliação deve ser diária. Além disso, durante o período a distância, o ambiente virtual permite avaliar cada aluno e seu processo de aprendizagem e envolvimento com o tema. Ao final do curso, uma avaliação geral pode ser interessante. A avaliação final pode ser tabulada e constar do relatório do curso que deve ser disponibilizado para os alunos no ambiente virtual.

CONCLUSÃO

A Educação Permanente em Saúde parte das necessidades detectadas no processo de trabalho e valoriza os saberes produzidos nas relações de trabalho e reconhece que esse é um dos aspectos centrais para a efetiva mudança nas práticas em saúde. No entanto, ignora as relações étnico-raciais que constituem a sociedade e, portanto, estão intrinsecamente forjando as relações no processo de trabalho, ou seja, desconhece que o racismo se produz e reproduz no interior do fazer saúde. Urge a necessidade dos núcleos e grupos técnicos de Educação Permanente se configurar como espaço coletivo que permitam ampliar as discussões sobre as relações raciais, racismo institucional, preconceito, estigma, estereótipos, violação de direitos, discriminação... Estamos dizendo, então, que é muito mais que inclusão da temática étnico-racial, trata-se de trabalhar estruturalmente. Passa por recompor conceitualmente o processo saúde/doença, traçar outro paradigma na maneira de pensar e produzir saúde, construir rodas de conversa com atores até então ausentes. Significa pensar política afirmativa na gestão da saúde e radicalizar, assumir firmemente a postura de superação do racismo institucional. Tudo isso parece distante, então trabalhamos com o conceito da transversalidade no processo educativo, mas é preciso ter consciência de que o tema transversal por si só não muda a prática, no máximo pode informar, incomodar, levantar o véu, mas está longe de atender o que precisamos.

A PNSIPN precisa da PNEPS, e vice-versa, para que se efetivem e se constituam enquanto *locus* de transformação e qualificação das práticas de saúde, mas é o próprio racismo institucional, na expressão de sua perversida-

de, que inviabiliza a realização de ambas as políticas. Os técnicos que atuam nas ações de educação permanente em saúde, os apoiadores e gestores de pessoas precisam assumir sua responsabilidade no enfrentamento das iniquidades em saúde. Para tanto, precisam se preparar e desenvolver ações locais para subsidiar os profissionais que atuam na área de Gestão de Pessoas/Desenvolvimento, na orientação aos profissionais das áreas técnicas, na introdução da discussão sobre as Relações Étnico-Raciais e nas atividades de Educação Permanente em Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010. *Institui o estatuto da Igualdade Racial*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm>. Acesso em: 9 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório Final 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

BRASIL. Organização Panamericana de Saúde. *Política Nacional de Saúde da População Negra - uma questão de equidade*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/opas_politica_saude_da_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004. *Plano Nacional de saúde - Um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

BRASIL. Portaria GM 992 de 20 de agosto de 2007. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Diário Oficial da União, 2007, Brasília, DF.

BRASIL. Portaria GM 992 de 13 de maio de 2009. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Diário Oficial da União, 2009, Brasília, DF. p. 31

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v14, n1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, 9(16): 161-168, 2005.

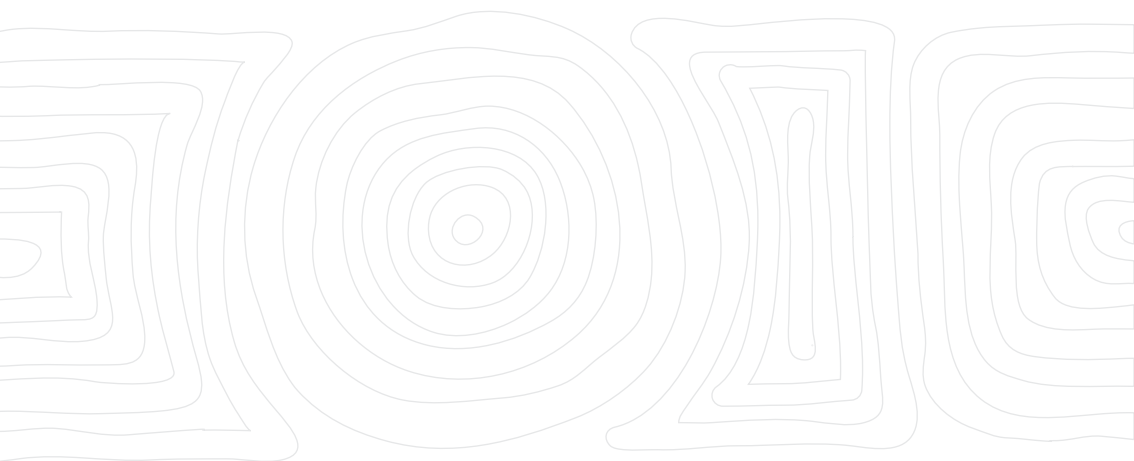
CRIOLA. *Manual Participação e controle social para equidade em saúde da população negra*. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.criola.org.br>.

NOLASCO, Luiz Antonio. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil, Ações Afirmativas para avançar na equidade. In: Seminário Nacional de Saúde da População Negra - *Cad. de Textos Básicos*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. (mimeo).

CAPÍTULO 7

Questão da violência na Atenção Primária à Saúde da População Negra

Dulce Maria Senna e Thais Fonseca Lima



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e difere dos outros níveis de atenção principalmente pelas tecnologias utilizadas no cuidado, porque tem como características não ser segmentada em especialidades, considerar os contextos socio sanitários dos indivíduos e estar interessada nos aspectos não apenas físicos, mas também psicoemocionais dos processos saúde-doença (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Essas especificidades dão à Atenção Primária condições para desenvolver tecnologias capazes de lidar com as necessidades ampliadas de saúde relacionadas com as condições de vida das pessoas. Pois, ao trabalhar com uma comunidade adstrita, tem informações não só sobre os indicadores de saúde do território, mas também sobre as condições sociais em que vivem seus habitantes.

A Atenção Primária à Saúde foi reorganizada, em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), que intensifica sua potencialidade, buscando um maior envolvimento da equipe de saúde com a comunidade e desta com os serviços de saúde.

O PSF traz no enunciado de seus objetivos: atuar no território; cadastrar as famílias; diagnosticar a situação da população adstrita; agir juntamente com a comunidade; ter como foco sempre a família e a comunidade; buscar integração com as instituições e organizações sociais do território; e ser um espaço de construção de cidadania (PNAB, 2006).

No cotidiano, tal proposta, muitas vezes, é desvirtuada quando o trabalho dos profissionais se pauta mais pela busca do exercício do controle moral sobre a vida dos usuários, dentro dos cânones da biomedicina, e menos pelo estabelecimento de projetos compartilhados de cuidados com caráter emancipatório.

Há que se recuperar a Atenção Primária em suas diversas programações e estratégias como um espaço privilegiado para o desenvolvimento e estabelecimento do direito e da cidadania no espaço da saúde, organizando suas ações pela lógica da equidade.

Muito ainda é necessário percorrer para a apreensão do caráter sócio-histórico presente na vulnerabilidade de grupos e populações aos agravos e distúrbios das condições de saúde, situação que se manifesta nas desigualdades dos índices de morbimortalidade entre diferentes populações na sociedade brasileira.

Situação que fica mais explícita quando analisamos a diversidade a partir do critério cor da pele, assim, populações de pele preta ou parda (negros) vivem em piores condições de vida e saúde quando comparadas às populações de cor branca (Paixão e Carvano, 2008).

Um princípio que vem sendo a bandeira de luta dos que propõem uma reforma sanitária para o país é a construção da integralidade nas ações e práticas da política de consolidação do SUS, a partir da articulação entre a assistência e a prevenção, otimizando o impacto epidemiológico, e da busca da apreensão ampliada das necessidades de saúde (Mattos, 2004).

Autores preocupados com a organização dos cuidados como práticas integrais e igualitárias destacam o aspecto das relações intersubjetivas, estabelecidas no interior das equipes de saúde e destas com a população usuária, como fundamentais no estabelecimento das necessidades ampliadas de saúde, na organização das ações e no compartilhamento dos cuidados (Ayres, 2009; Campos e Guerreiro, 2008).

No entanto, ao focar a possibilidade de elaboração de cuidados inscrita no encontro, não é ressaltado que o contexto desse encontro está imerso em relações racializadas. Internalizadas nas nossas raízes sociais e negadas através do mito da democracia racial, as relações racializadas permanecem tratadas de maneira ambígua e, se não evidenciadas, impedirão a possibilidade do estabelecimento da equidade e, conseqüentemente, da integralidade nas práticas de saúde.

As relações racializadas e seu produto - o tratamento discriminatório - obstaculizam o desenvolvimento emancipatório para negros e pardos e são um dos maiores determinantes das diferenças sócio-históricas em suas repercussões nas condições de vida e saúde dos cidadãos brasileiros.

A estratégia Saúde da Família ao inicialmente buscar intervir em populações de condições sanitárias precárias tem suas equipes trabalhando com comunidades constituídas por usuários pretos e pardos, no entanto, não evi-

dência esse aspecto seja por não introduzir a coleta do quesito cor nos seus registros, seja por não buscar conhecer o contexto social da produção dos sujeitos e suas vulnerabilidades.

A pobreza é naturalizada, as condições precárias de vida e saúde de negros (pretos e pardos) e a representação que adquirem na vida desses usuários poucas vezes são objeto de indagação ou reflexão pelas equipes de saúde, impossibilitando a percepção ampliada de necessidades – entre os danos relegados, estão os advindos das situações de violência.

Na década de 1980, a violência se tornou um tema de interesse para os estudos da área da saúde, sendo de início uma abordagem restrita à mortalidade por causas externas e a violência de gênero.

Até pouco tempo atrás, esses estudos se concentravam nos efeitos físicos da violência: traumas e lesões físicas, principalmente nos serviços de emergência e na atenção especializada. Hoje já são abordados, em relação a alguns tipos de violência como contra a criança e a mulher, os aspectos psicossociais relativos às vítimas e aos agressores (Minayo, 1994).

A experiência diária no trabalho com equipes de saúde da família demonstra a grande frequência de agravos advindos de situações de violência, fenômeno na maioria das vezes silenciado ou rechaçado por ser considerado por muitos profissionais como algo externo ao âmbito das práticas de saúde.

É estabelecido assim mais um aspecto da violência – a institucional –, que, ao silenciar vozes, impede que projetos de vida, necessidades e cuidados de saúde sejam compartilhados.

Diante da relevância e preponderância do tema violência no cotidiano e das diversas formas que ela apresenta, é pertinente entender suas possibilidades de expressão, buscando introduzir essa questão na elaboração de tecnologias de abordagem em Atenção Primária.

Como primeiro passo, realizamos um estudo descritivo com coleta de dados primários, com o objetivo de descrever como a violência urbana vem se constituindo em demanda de saúde em um serviço de Atenção Primária.

O estudo foi realizado, em 2007, no Centro de Saúde Escola – Samuel B. Pessoa (CSEB), uma unidade de Atenção Primária vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com tradição na reflexão crítica, no desenvolvimento de tecnologias e na formação de pessoal para a área da Saúde Coletiva. O CSEB localizado na região oeste do município de São Paulo é responsável por uma área adstrita de 40 mil habitantes.

Uma parte da população, cerca de 9 mil habitantes, concentra-se na comunidade Jardim São Remo, situada ao lado do campus da Universidade de São Paulo, para a qual a abordagem em Atenção Primária conta com duas equipes de Saúde da Família, totalizando doze Agentes Comunitários de Saúde¹.

A partir de 2001, foi elaborado para esta comunidade um projeto visando o desenvolvimento de novas tecnologias em Atenção Primária, denominado Projeto São Remo. Este tem como características ser organizado em base territorial e buscar a integração entre os programas de atenção, as ações de saúde e a equipe de trabalho, incorporando o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

No momento do estudo, os agentes comunitários estavam vinculados ao programa de Saúde da Criança e ao Programa de Saúde Mental, nas ações de vigilância à saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde são selecionados através de uma prova, têm como pré-requisito serem moradores da comunidade Jardim São Remo e possuírem o ensino fundamental completo. Na seleção, além das provas de português, matemática e noções básicas de computação, é realizado um exercício que avalia a capacidade dos candidatos para o trabalho em grupo e sua disponibilidade para indagar e propor transformações. Após a seleção, esses profissionais participam de um processo de educação continuada, desenvolvida com metodologia de grupos operativos. Os agentes selecionados formavam um grupo composto em sua maioria por pretos e pardos.

1 A população do Jardim São Remo compõe um total de 2.298 famílias, tem um predomínio de 54% do sexo feminino, concentração etária (50,2% dos habitantes) entre 20 e 49 anos. Quanto à cor da pele, é composta por 36,8% de brancos, 8,0% de pretos e 54,1% de pardos. Dessa população majoritariamente afrodescendente, 89,9% das pessoas utilizam os serviços de atenção à saúde do SUS.

Dentre as atividades desenvolvidas por agentes comunitários destacam-se: levantamento de informações (cadastro de domicílios, famílias e pessoas); ações de promoção da saúde e qualidade de vida (oficinas com grupos e eventos na comunidade; ações intersetoriais) e ações de apoio social em visitas domiciliares.

No cadastro de domicílios, foram incluídas questões mais amplas a respeito da vida pessoal e social: características dos domicílios; tempo de moradia na comunidade São Remo; utilização do serviço de saúde, participação comunitária; prática religiosa; membro da família institucionalizado; percepção de situação de risco para a saúde e percepção de situação de violência (questão 35 do cadastro geral). Além das questões de identificação de cada usuário: sexo, idade, cor da pele autodeclarada; frequência na escola/creche; média de anos de estudo; situação conjugal, situação familiar; ocupação; renda do domicílio; condições específicas de saúde como dependência, deficiência, problema mental, abuso de álcool; utilização de serviços de saúde; adolescentes na escola.

A partir do trabalho comunitário, da observação de usuários, dos contatos com as famílias e seus pedidos de ajuda e/ou de seus vizinhos, os agentes se reuniam e reconheciam situações complicadas de vida e de alta vulnerabilidade. Essas famílias ou pessoas eram indicadas para um acompanhamento mais próximo do serviço, para que fosse mais bem compreendida a complexidade de suas necessidades, sendo esses usuários acompanhados pelo subprojeto Ser e Conviver, no qual estavam cadastrados 42 famílias consideradas mais vulneráveis pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Utilizamos como fonte de dados o cadastro geral (caracterização sociodemográfica e resposta à pergunta 35), o relato de visitas domiciliares (situações de violência informadas), o registro de reuniões de equipe e de prontuários individuais (práticas e estratégias de cuidados), tendo como objetivo descrever as situações de violência que se constituíram como necessidades de saúde.

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

As famílias consideradas mais vulneráveis do serviço de saúde estudado eram chefiadas por homens e mulheres, não havendo uma predom-

minância de gênero, sendo 48% dos chefes de família do sexo feminino e 52% do sexo masculino².

Com idade entre 30-50 anos, caracterizando 45% da amostra, os chefes de família se concentravam entre os adultos, considerados economicamente ativos; os idosos representavam 19% da amostra e os jovens adultos (20-30 anos) caracterizaram 17%.

Os negros (pretos e pardos) representaram 72,5% dos chefes de família. A instrução dos chefes de família era o ensino fundamental incompleto (94%), sendo que 28% desses nunca estudaram, 36% estudaram cerca de quatro anos e 30% estudaram até oito anos. Mais de oito anos de estudo, curso técnico e/ou superior não apareceram na amostra³.

Quando cotejada raça/etnia, os brancos apresentaram maior representatividade com até oito anos de estudo (36,4%) e a população negra teve sua concentração maior, isto é, 37,9% até quatro anos de estudo⁴.

Tabela 1
Escolaridade e raça/cor/etnia das famílias.

Escolaridade	Nº	RAÇA/ETNIA			
		Branco	%	Negros (pretos e pardos)	%
Sem estudo	11	3	27,3	8	27,6
Até 4 anos	14	3	27,3	11	37,9
Até 8 anos	12	4	36,4	8	27,6
Dado não preenchido	3	1	9,1	2	6,9
Total	40	11		29	
	Somadas as porcentagens =		100,0		100,0

2 Na área da subprefeitura do Butantã, segundo Censo Demográfico 2000, 59% das famílias são chefiadas por homens e 20,5% por mulheres. Fonte: IBGE - Fundação Seade.

3 Na região metropolitana de São Paulo, segundo Censo Demográfico 2000, 47,3% da população possui o ensino fundamental incompleto, incluindo aqueles sem instrução. Fonte: IBGE - Fundação Seade.

4 Na região metropolitana de São Paulo, segundo Censo Demográfico de 2000, 41,8% da população com ensino fundamental incompleto é branca e 59% é negra. Fonte: IBGE - Fundação Seade.

A ocupação dos chefes de família foi organizada em quatro categorias: os aposentados representaram um número pequeno de chefes de família na amostra (7,5%); os desempregados representaram 20% dos chefes de família; os empregados/autônomos representaram metade da amostra (50%); e a categoria do lar representou 23% da amostra, e essa categoria é caracterizada por pessoas que trabalham em casa com atividades domésticas, sendo, em sua totalidade, do sexo feminino⁵.

Em relação à ocupação e raça/etnia temos correlações interessantes: uma delas é que comparando as ocupações entre brancos e negros/pardos, há um número maior de mulheres com a ocupação do lar e de aposentados de etnia branca, e um número maior de negros/pardos desenvolvendo a ocupação autônomo⁶.

Tabela 2
Ocupação e raça/cor/etnia das famílias.

Ocupação	Nº	RAÇA/ETNIA			
		Branco	%	Negros (pretos e pardos)	%
Aposentado	3	2	18,2	1	3,4
Desempregado	8	2	18,2	6	20,7
Empregado	14	3	27,3	11	37,9
Autônomo	6	1	9,1	5	17,2
Do lar	8	3	27,3	5	17,2
Dado não preenchido	1		0,0	1	3,4
Total	40	11		29	
	Soma das porcentagens =		100,0		100,0

Em relação ao número de membros por domicílio, encontramos 45% da amostra com 5 a 7 membros no domicílio; 31% da amostra com 2 a 4 membros; e 16% da amostra com mais de 8 membros. Os domicílios formados por

5 No município de São Paulo, no ano de 2004 (janeiro a maio), 22,9% da população estava desempregada. Os autônomos eram 55,6% da população. Fonte: SEP. Convênio Seade-Dieese. Pesquisa de Emprego e Desemprego - PED.

6 No município de São Paulo, em 2004 (janeiro a maio), dos 22,9% dos desempregados, em relação à raça/cor, 17,5% eram brancos e 23,6% eram negros. Fonte: SEP. Convênio Seade-Dieese. Pesquisa de Emprego e Desemprego - PED.

apenas um membro totalizaram 7% da amostra e, nesse caso, em sua totalidade, são formados por pessoas idosas, sendo que duas são aposentadas e outra não tem renda.

A respeito da renda familiar, utilizamos como base o salário mínimo, cujo valor na época da coleta de dados era de R\$ 380,00. Sobreviviam com menos de um salário mínimo por mês 23% das famílias, sendo que dessas (14%) não possuíam renda; já os que recebiam acima de um salário mínimo até dois salários mínimos representavam 45% das famílias; e acima de dois salários apenas 9% das famílias⁷.

Quanto ao tipo de habitação, em sua maioria, as famílias moravam em casas de alvenaria e próprias (68%).

Observa-se em relação à cor da pele autorreferida que os membros dos domicílios, em sua maioria, são afrodescendentes (63,5%) e se declaram negros, pardos, morenos e morenos claros. Já os que se autodeclararam brancos representam 35,9% da amostra⁸.

Tabela 3
Cor da pele dos membros do domicílio

Cor da pele	Nº	%
Branca	78	35,9
Preta	24	11,1
Parda	97	44,7
Morena	16	7,4
Moreno claro	1	0,5
Não preenchido	1	0,5
Total	217	100,0

7 No distrito do Butantã, apenas 4,93% da população tem renda familiar inferior a dois salários mínimos. Fonte: IBGE - Fundação Seade, 2000.

8 Na região da subprefeitura do Butantã, segundo Censo Demográfico 2000, 81,5% da população é branca e 11,4% é negra. Fonte: IBGE - Fundação Seade.

PREOCUPAÇÃO COM A VIOLÊNCIA – PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

A pergunta 35 era feita a um membro da família (informante) no preenchimento do cadastro geral na primeira visita do agente comunitário ao domicílio. Pergunta: A questão da violência é uma preocupação para a sua família?

Nas respostas das famílias, a maioria (81%) se preocupava com a violência; apenas 14% não se preocupavam; uma família não soube responder e outra não quis falar sobre o assunto.

As famílias que afirmaram não ter preocupação com a violência referem-se à violência urbana do bairro, principalmente em relação a assaltos e roubos como exemplifica os seguintes relatos: *“Acha o lugar que mora tranquilo e não vê nenhuma violência”*; *“Não, acha que o local onde mora não tem muita violência, já chegou a dormir com a porta aberta – Aqui é lugar muito bom para se morar.”*

Entre as famílias que se preocupam com a violência, também aparece o medo da violência urbana:

- 1. Violência da rua e medo de sair de noite:** *“Sim, mas a violência na rua.”*; *“Sim, porque tem muita violência na rua e em todos os lugares.”*; *“Bastante, tem preocupação com a violência nas escolas e na rua.”*; *“Medo de sair de noite”*; *“Tenho medo de noite.”*
- 2. Comunidade e cidade violenta:** *“Temo a violência por causa de vizinha.”*; *“Todo lugar é violento.”*; *“porque a violência aqui em São Paulo está muito grande”*; *“Acha o lugar onde mora muito violento, por isso tem muita preocupação com os filhos.”*; *“Porque a gente não tem segurança em lugar nenhum, até dentro de casa você corre o risco de levar um tiro.”*; *“Acha que o mundo está muito violento e na comunidade fica preocupada com os tiros que acontecem de vez em quando.”*; *“Violência na comunidade”*.
- 3. Medo de tiroteios e assassinatos:** *“É muito perigoso, passa correndo com arma na mão.”*; *“Hoje em dia as pessoas estão se matando sem razão nenhuma.”*; *“Muita morte”*; *“medo de tiroteio”*; *“Tem muita preocupação com os tiroteios na região: uma vez mataram um homem atrás da minha casa, foi um barulho terrível depois desse dia peguei muito medo daqui.”*

4. **Violência policial:** *“Principalmente a praticada pela polícia”.*
5. **Segurança e futuro dos filhos:** *“Deixa os filhos em casa até 12h sozinhos e não sabe o que pode acontecer com eles nesse horário.”; “Porque tem filhos pequenos.”; “Se preocupa com os filhos.”; “Por causa dos filhos que são adolescentes.”; “Tem medo que futuramente o filho se envolva no mundo do crime.”.*

A primeira aproximação confirma que o tema violência urbana preocupa as pessoas. O tema foi trazido em conformidade ao descrito por Adorno (2002, p. 88), que divide a violência urbana em quatro tendências na sociedade atual:

- a. o crescimento da delinquência urbana, em especial dos crimes contra o patrimônio (roubo, extorsão mediante sequestro) e de homicídios dolosos (voluntários); b) a emergência da criminalidade organizada, em particular em torno do tráfico internacional de drogas, que modifica os modelos e perfis convencionais da delinquência urbana e propõe problemas novos para o direito penal e para o funcionamento da justiça criminal; c) graves violações de direitos humanos que comprometem a consolidação da ordem política democrática; d) a explosão de conflitos nas relações intersubjetivas, mais propriamente conflitos de vizinhança que tendem a convergir para desfechos fatais.

PREOCUPAÇÃO COM A VIOLÊNCIA – APROFUNDANDO A QUESTÃO

A violência é um fenômeno que abrange muitos elementos, cuja expressão varia na história e nas culturas. Em sentido próprio, o termo latino *violentia* significa “força”; no sentido moral, significa “arrebato e ferocidade”. O exercício da violência tem no seu radical latino *violo* o sentido de violentar, profanar, lesar, ferir e prejudicar.

Nessa perspectiva, a violência é percebida como um ato de excesso no exercício de poder presente nas relações sociais, e esse excesso tem a ideia de força ou de coerção, que supõe e produz um dano em outro indivíduo ou grupo social (Tavares dos Santos, 2004).

Dano e prejuízo com múltiplas expressões referidas por diversos autores e sistematizadas por Zaluar (2001, p. 147-148):

A violência como o não reconhecimento do outro, a anulação ou a cisão do outro (Adorno, 1993 e 1995; Oliveira, 1995; Paixão, 1991; Tavares dos Santos *et al.*, 1998; Zaluar, 1994); a violência como negação da dignidade humana (Brant, 1989; Caldeira, 1991; Kowarick e Ant, 1981); a violência como a ausência de compaixão (Zaluar, 1994); a violência como palavra emparedada ou o excesso de poder (Tavares dos Santos *et al.*, 1998). Em todas elas ressalta-se explicitamente ou não, o pouco espaço existente para o aparecimento do sujeito da argumentação, da negociação ou da demanda, enclausurado que fica na exibição da força física pelo seu oponente ou esmagado pela arbitrariedade dos poderosos que se negam ao diálogo.

O acompanhamento continuado efetuado pelos agentes comunitários às famílias do projeto Ser e Conviver desvendou outros aspectos que as situações de violência adquiriam na vida dessas pessoas.

As visitas de apoio – registros de violências

Nos registros das visitas domiciliares novos relatos surgiram:

1. **Envolvimento com o tráfico de drogas:** *“M, seu namorado, que é envolvido com o tráfico de drogas.”; “M relata ao ACS que seus problemas são as drogas, os cigarros e o estresse, é usuário e trabalha no tráfico”.*

2. **Violência doméstica:** *“às vezes ele a agride.”; “N agride a sogra fisicamente.”; “NA volta para casa, é agredida por MC com um ‘pau’.”; “Filha mais velha que não morava na residência sofre agressão do marido.”; “é agredida por ele fisicamente.”; “agride os filhos”; “Mãe da criança é alcoólatra e agride A.”; “O filho mais velho parte para agressão.”.*

3. **Roubo/furto/assalto:** *“Diz também que os amigos estão partindo para roubar com a ilusão de ter roupas caras e tênis.”; “MC volta depois de ter roubado uma televisão.”; “M tenta roubar a USP.”; “seu filho de 10 anos pratica alguns furtos com outros meninos da comunidade.”; “Esse mesmo filho tenta roubar uma bicicleta na USP”.*

4. **Assassinato e homicídios:** *“amigo assassinado pela polícia”; “morte de seu companheiro que foi assassinado”; “assassinato de seu irmão há mais ou menos dois anos”.*

5. **Cárcere:** *“Seu companheiro está privado de sua liberdade há três anos.”; “Conta de uma filha sua S que passou a maior parte da vida presa.”; “Seu filho R é usuário de drogas e está preso.”; “Marido está preso.”; “O pai da criança está preso.”.*

A exibição da expressão delinquencial da violência pode obscurecer a violência estrutural, a qual é “sinônimo da desigualdade, da exploração, da dominação e da exclusão de algumas classes da população geralmente associadas ao poder econômico, ou à discriminação de cor e de gênero” (Zaluar, 1999, p. 11).

A questão da violência estrutural se estende em suas formas e estas se situam entre transformações e desestruturas sociais, políticas e culturais. Duas são as dimensões da violência estrutural: uma de caráter instrumental, advinda da desestruturação do sistema de ordem é a luta de todos contra todos; e outra advinda da impossibilidade dos indivíduos estruturarem suas práticas em uma relação de troca conflitiva é a subjetividade negada, oriunda da defasagem entre a demanda de grupos ou pessoas e a distante ou ausente oferta política, econômica, institucional e/ou simbólica da modernidade (Wieviorka, 1997, 2007).

VIOÊNCIA ESTRUTURAL

A partir da caracterização da amostra foi possível identificar que os chefes de família são, em sua maioria, afrodescendentes, adultos na faixa etária dos 30 a 50 anos, com baixa escolaridade (até quatro anos de estudo), que chefiavam um domicílio habitado de cinco a sete membros, tendo uma renda familiar em torno de um a dois salários mínimos.

O perfil das famílias da amostra difere do perfil populacional da região do Butantã, principalmente em relação ao poder aquisitivo e à cor da pele, reafirmando a iniquidade advinda das relações racializadas no Brasil.

Apresenta também diferenças quanto ao grau de instrução dos chefes das famílias em relação aos dados encontrados no município de São Paulo, acentuando o não acesso aos bens de consumo, à escolaridade, ao mercado de trabalho e a condições dignas de vida. Essas famílias estão mais propícias a cometerem e a sofrerem a violência da delinquência, conforme observado nos resultados da pergunta 35, quando a essa violência foi a mais evidenciada.

A violência da delinquência acaba por ser uma possível saída da falta de acesso e das carências vividas por essa população excluída pelo sistema, porém, uma saída que não modifica as condições de vida de forma emancipadora, ao contrário, institui o medo e a possibilidade de ser penalizado, seja pelo poder legal ou ilegal (Minayo, 1994).

Os grupos de traficantes e quadrilhas constituem outro “habitus, que não está baseado no ethos guerreiro, pois modifica a maneira de viver dos destinados a ocupar as posições subalternas, porém não a modifica de forma libertadora, pelo contrário institui o medo, a insegurança e o poder do mais forte ou do mais armado”⁹ (Nobert Elias *apud* Zaluar, 2001, p. 149).

Esse estado traz novas regras e novas estratégias de vida que impactam condições de saúde, ampliando as necessidades e os cuidados, questões expressas nos registros analisados como demonstradas a seguir.

O uso de drogas, muitas vezes, leva os sujeitos a praticarem roubos, furtos e/ou venderem coisas de dentro de casa para pagar seu consumo, como exemplifica os seguintes relatos: “Filho de 14 anos é usuário de drogas e rouba o padrasto, tenta roubar a USP, e mesmo depois de ter sido pego continua roubando para comprar drogas”; “MC volta para a casa da mãe depois de ter roubado uma televisão da casa e sua esposa o ter denunciado para uns caras”.

9 Conceito de *habitus* por Bourdier: o *habitus* resulta da relação entre condições objetivas e a história incorporada, capaz de gerar disposições duráveis de grupos e classes. O conceito oferece uma base possível para uma aproximação cultural da desigualdade estrutural e permite um foco sobre as agências de socialização. Desse modo, pode sugerir a indistinção entre os mecanismos de dominação (ou de negação do outro como sujeito).

Os familiares, ao se encontrarem em tais situações, demonstram desespero e impotência diante do uso e do tráfico de drogas, bem representado pelos relatos das mães: *"Prefiro ver meu filho com um tiro na cabeça do que nessa vida que está levando"; "Mãe pede ajuda para ACS, pois sua filha de 14 anos está envolvida com drogas de todos os tipos e isso a deixa muito nervosa"*.

As regras impostas, quando não são cumpridas, são cobradas por ameaças de morte e perseguição, representadas nos seguintes relatos: *"Algumas pessoas quiseram pegar meu filho em casa por causa de dívida, mas não conseguiram e o pai dele pagou 6 mil reais de dívida."; "Estou endividado e estou sendo ameaçado."* Muitas vezes, as ameaças acarretam a troca de endereço ou a morte, por exemplo: *"Meu neto adolescente já ficou internado três vezes em clínica de recuperação, morava em Osasco e precisou sair de lá, pois foram mais de vinte homens para matá-lo."; "Meu neto de 18 anos foi assassinado em 2000."*

Os assassinatos trazem grande sofrimento aos familiares e às pessoas próximas, que afeta vários aspectos da vida – emocional, social e familiar –, repercutindo como problemas de saúde: *"Adolescente está muito triste pela morte de seu companheiro que foi assassinado, estava envolvido com questões ilícitas. Teve parto prematuro, estava de seis meses de gestação, bebê continua internado na UTI e respira com ajuda de aparelhos."; "M diz sentir muito nervosismo e até já pensou em se matar. Disse que esta ansiedade e angústia foram por causa do assassinato de seu irmão há mais ou menos dois anos."; "M pergunta se é normal ouvir vozes e ver vultos, relata que ficou assim depois que perdeu um amigo assassinado pela polícia."; "Mãe de M comenta com ACS um fato do passado que a deixa muito triste: a morte de um outro filho que também era usuário de drogas."*

Neste emaranhado, emerge também a violência doméstica. Esta é recorrente na vida de muitas famílias da amostra, e só aparece ao longo das visitas por ser um tema de difícil verbalização e envolver laços afetivos, delicado para ser abordado no momento do cadastro,

Os seguintes relatos confirmam a associação uso abusivo de álcool e/ou drogas com violência doméstica: *"Diz rejeitar a gravidez pela situação que vive com o marido, que é alcoólatra e usuário de drogas e bate nela mesmo assim."; "Pai começa a chegar bêbado em casa e agride os filhos."*

Geralmente as vítimas são mulheres e/ou crianças, o que corrobora o fato de que a violência contra as mulheres, geralmente, é perpetrada por parceiros ou ex-parceiros íntimos (Schraiber, 2007).

Como nos relatos: *“Filha mais velha que não morava na residência sofre agressão do marido.”*; *“M e seu namorado, que é envolvido com o tráfico de drogas, brigam muito, às vezes ele a agride.”*; *“NA volta para casa e é agredida por MC (seu companheiro) com um ‘pau’.”*; *“E é agredida por seu companheiro fisicamente.”*; *“Mãe apanha do marido.”*

A violência doméstica se amplia para outras relações, sendo cometida por diversos agentes: *“O filho mais velho parte para a agressão (agride a mãe).”*; *“Mãe da criança é alcoólatra e agride A (A é um senhor de 72 anos companheiro de sua mãe).”*; *“Mãe relata que o filho a trata com desprezo, agressão verbal e a intimida.”*; *“N agride a sogra fisicamente – relação conflituosa entre elas.”*

Em suma, fica patente que as famílias selecionadas pelos agentes comunitários como merecedoras de maior apoio traziam na raiz de seus problemas a questão da violência. O serviço contava com uma atividade específica para a abordagem de violência de gênero, mas à época esta não estava integrada ao trabalho dos agentes comunitários, assim não havia no arsenal tecnológico desses profissionais ações reconhecidas para lidar com a questão, que não o envio para a equipe especializada.

Também é perceptível que as famílias do projeto, apesar de sofrerem com diferentes formas de violência cotidianamente dentro de seus lares, envolvendo vários membros da família, quando questionadas sobre a violência, só relatavam a violência de delinquência, a violência cometida nas ruas, fora dos muros do domicílio.

Analisemos duas situações:

- a. Na pergunta 35, a família responde *“Não, acha que a violência só atinge quem a procura.”* Porém, logo no início do prontuário, O ACS identifica que a família tem muitas dificuldades financeiras, somente amenizadas com a ajuda de vizinhos e amigos que levam alguns mantimentos a família, a chefe da casa está desempregada e seu companheiro está privado de sua liberdade há três

anos, as dificuldades são tantas que ela já chegou a trabalhar de pedreira e diz que as crianças às vezes precisam de um chinelo e ela não tem dinheiro para comprar. Ao longo do acompanhamento, seu companheiro é solto, ela sofre agressão física, ele é usuário de drogas e, desde que saiu da cadeia, não trabalha. Sua filha mais velha engravida, tem o bebê, que não tem registro e não é reconhecido pelo pai.

b. Na pergunta 35, a resposta é “Não”. O ACS detecta que a família tem diversos problemas, que uma das filhas morreu de aids, mas eles não tocaram no assunto. Ao longo das visitas, aparece que a única renda da família vem do filho de 15 anos que faz bicos na comunidade e parou de estudar. A avó conta para o ACS que está muito preocupada com seu neto, que está envolvido com o tráfico de drogas e que algum tempo atrás estava mexendo em uma arma de fogo e acertou o próprio braço. Seu outro neto de 12 anos também passa as noites nas ruas usando drogas. Ao contar sobre seus filhos, relata que uma de suas filhas passou a maior parte da vida presa, teve um marido traficante que também foi preso. Essa mesma filha teve uma discussão com um rapaz e terminou por matá-lo. Outros filhos são usuários de drogas e álcool e um está encarcerado. Seu outro neto já ficou internado várias vezes em clínicas de recuperação, morava em Osasco e precisou sair de lá para não ser assassinado.

Pelos relatos, essa família sempre esteve muito envolvida com a violência, sofrendo da violência estrutural, dificuldades financeiras, à violência de delinquência como forma de defesa ou até mesmo de saída possível para outro tipo de vida. Percebe-se que todos os indivíduos se tornaram agentes da violência de delinquência, e mesmo assim a questão da violência não pode ser referida como preocupação.

E aqui outra mordça, a violência delinquencial é representada no medo dos crimes e assaltos da cidade e dos bairros violentos, é a mais veiculada pela mídia nos noticiários, sendo incorporada no cotidiano de forma reducionista. Assim, sob esta ótica, as pessoas são divididas em duas categorias estanques: bandidos e trabalhadores, e as famílias imersas na violência delinquencial são

vistas pela opinião pública como ameaças, sofrem o isolamento da “sociedade do bem”, a intimidação do aparato policial e o assédio do narcotráfico, o que mascara a violência maior, a violência estrutural (Silva, 2008).

A discussão, corroborada por vários autores, enfoca a relação entre os sujeitos e a violência afirmando como hipótese geral: que a não estruturação dos espaços sociais para o estabelecimento de conflitos, produzindo um tratamento às demandas dos atores sociais, cede lugar para a violência, trazendo para os indivíduos tanto a negação do outro como a de sua própria subjetividade (Wieviorka, 1997; Minayo, 2010).

POTENCIALIDADE TECNOLÓGICA – REGISTRO DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Os relatos descritos anteriormente apontam a forma dramática que as situações de violência assumem na Atenção Primária à Saúde, agravando as condições de vida e de morbimortalidade de saúde principalmente da população negra. Ressaltam também a possibilidade deste nível de atenção para entrar em contato e desnudar tal situação. Mostram o emprego dos Agentes Comunitários de Saúde devidamente formados para desenvolver conhecimento e sensibilidade para lidar com essa questão.

A prática do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde observada nos registros em prontuários-família evidenciou ser mais integral e preocupada com os contextos de vida dos indivíduos, considerando as relações interpessoais e o ambiente onde vivem.

Os vários aspectos do processo saúde-doença são considerados, e há uma busca de aproximação com espaços institucionais para ampliar o arsenal tecnológico de respostas às necessidades trazidas, a ser aplicado nas visitas de apoio. Além de marcação de consultas, exames e entrega de remédios, procuram recorrer a outros serviços como creches, escolas e Conselho Tutelar para crianças e adolescentes; ao apoio de outras redes como doações de cesta básica, apoio jurídico; e aos direitos previdenciários “*Conversa com Conselho Tutelar sobre a situação do menino na escola.*”; “*Sugerir creche para as crianças.*”; “*Pensar esporte e escola para as crianças.*”; “*Pensar LOAS.*”; “*Possibilidade de inscrever a família no bolsa alimentação.*”; “*ACS discute caso e procura uma fonte de doações de cesta básica.*”

Os registros também evidenciaram que esses profissionais trabalharam no sentido de fortalecer o protagonismo dos usuários, o que foi confirmado pelas seguintes ações: *“Conversa com C sobre paternidade e apoio.”*; *“ACS conversa bastante com a família, principalmente a respeito da doação do filho.”*; *“ACS ajuda N explicando as medicações.”*; *“ACS visita S para levar remédios e dar orientações.”*; *“ACS tenta se aproximar da mãe do bebê e fala da importância do seguimento do CSE e de tirar a documentação do bebê.”*; *“ACS dá orientações para paciente e familiares para melhorar o ambiente e melhorar a alergia a pó.”*

Transpareceram ações intersetoriais promovendo saúde e cidadania.

À GUIA DE CONCLUSÃO

Violência e construção de subjetividades, em suas repercussões nas condições de saúde, são temas de fundamental importância na abordagem à saúde da população negra. Entendemos que as relações racializadas no país trazem como marca histórica a negação da subjetividade aos negros; assim, não há como buscar ações integrais de saúde emancipatórias para essa população sem enfocarmos a violência e seus agravos. A violência estrutural deve ser desvelada e combatida.

178

Um de seus braços ocorre no cotidiano do nosso trabalho, como profissionais da saúde, quando nos eximimos de abrir espaço para as necessidades das famílias imersas na violência delinqüencial. A divisão maniqueísta entre os trabalhadores e os bandidos obscurece a produção social da violência, negamos a possibilidade de que a extensão de nossas práticas seja tensionada por essas questões.

O local da vida do usuário é visto como outro mundo, e somente aqueles que podem responder ao modelo de vida por nós considerado adequado são dignos de ser alvo de cuidados. Um primeiro passo é não negar a existência das relações violentas como objeto também das ações de saúde para podermos dialogar com outras instâncias sociais, que também se empenhem em reduzir sua existência.

Cabe a todos os profissionais envolvidos com a execução da integralidade nas práticas de saúde uma parcela nessa transformação.

O compromisso com a implantação e a utilização do registro da cor da pele é ponto fundamental para a percepção das desigualdades. Neste artigo, ressaltamos a possibilidade da integração do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de saúde como um passo importante na construção da equidade e da integralidade nas práticas.

Essa tarefa merece ser intensificada, pois as equipes de saúde, muitas vezes, resistem a essa transformação, e os agentes comunitários por serem oriundos do mesmo espaço geográfico dos usuários, serem negros e submetidos a condições idênticas de vida, sofrem as mesmas discriminações, a construção de um saber e de uma tecnologia emanada deste segmento profissional é negada, e a tendência é absorvê-los dentro do discurso normatizador.

A prática dos ACS é então moldada para a extensão de atividades de controle de doenças, como uma ampliação de ações da biomedicina. Assim, as atividades desses profissionais ficam amputadas em promover o diálogo entre os sujeitos da saúde e a renovação nos processos de cuidado para as necessidades ampliadas de saúde, impedimento que perpetua o ciclo vicioso advindo da violência estrutural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sergio. Exclusão socioeconômica e violência urbana. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 84-135, jul.-dez. 2002.

AYRES, José Ricardo C.M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ - Abrasco, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília, Distrito Federal, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 4).

CAMPOS, Gastão Wagner S.C.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

MATTOS, Rubem. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (5): 1411-1416, set.-out. 2004.

MINAYO, Maria Cecília. *A violência social sob a perspectiva da saúde pública*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10: 7-18, 1994.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luiz M. (orgs.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE [online]. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

SCHRAIBER, Lília Blima *et al.* Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 41 (3): 359-67, 2007.

SCHRAIBER, Lília Blima; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, Luiz A.M. (Org.). *Vida sob cerco: Violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

TAVARES DOS SANTOS. Violência e dilemas do controle social nas sociedades da "modernidade tardia". *São Paulo em Perspectiva*, 18 (1): 3-12, 2004.

WIEVIORKA, Michael. O novo paradigma da violência. *Tempo Social: Rev. Social. USP*. São Paulo, 9 (1): 5-41, maio 1997.

WIEVIORKA, Michael. Violência hoje. *Ciência & Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 11 (Supl.): 1147-1153, 2007.

ZALUAR, Alba. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. *São Paulo em Perspectiva*, 13 (3), 1999.

_____. Democratização inacabada: fracasso da segurança pública. *Estudos Avançados*, 21 (61), 2007.

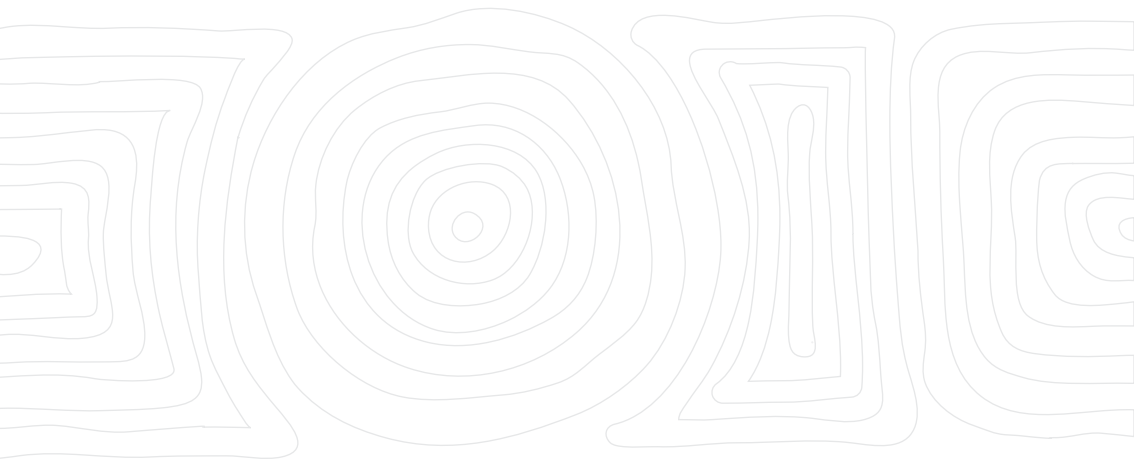
ZALUAR, Alba; LEAL, Maria Cristina. Violência extra e intramuros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*, n. 45, v. 16, fev. 2001.

CAPÍTULO 8

Percepção sobre a política de saúde da população negra:

Perspectivas polifônicas

**Leny Trad, Clarice Mota, Marcelo Castellanos,
Virgínia Nogueira Farias e Sandra Assis Brasil**



INTRODUÇÃO

A inclusão de uma política específica de saúde dirigida à população negra na agenda setorial brasileira constitui um processo relativamente recente, mas que resultou de larga trajetória de lutas e reivindicações de lideranças do movimento negro e de outros atores sociais. Desde a década de 1980, destacava-se a importância do uso da variável *raça* em estudos sobre condições de saúde e suas relações com a desigualdade ou iniquidades socio sanitárias no Brasil.

O reconhecimento dos processos de exclusão e estigmatização social a que esteve submetida a população negra brasileira constituiu um dos argumentos centrais na defesa de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Foi enfatizado o fato de que a organização socioeconômica do país foi capaz de gerar uma estrutura social marcada por desigualdades, assimetrias de poder e racismo que geram diferenças inferiorizantes e excludentes em todo o território nacional (Araújo, 2007; Lopes, 2005).

O acesso diferenciado a bens e serviços públicos e os limites no uso desses serviços pela população negra no país, especialmente nos âmbitos da educação e da saúde, revela-se um dos reflexos da exclusão social acima referida. O racismo persiste, inclusive nos espaços institucionais, gerando dificuldades na busca por atendimento e acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e desigualdades em saúde apontadas nos indicadores de morbimortalidade da população negra brasileira (Paixão e Carvano, 2008; Cunha, 2005; Oliveira, 2003).

Nesse contexto, as políticas públicas que priorizam o segmento da população negra no Brasil são apontadas como dispositivos de reparação e reconhecimento pelos danos causados aos africanos escravizados e seus descendentes. Mas, vale notar que, a despeito da força dos argumentos apresentados, no bojo do processo de formulação e implantação da PNSIPN, a qual integra o rol das políticas de ações afirmativas no Brasil, são observados tensionamentos em torno de algumas questões, especialmente polêmicas.

Interessa destacar aqui, em especial, duas questões que reverberam tanto na esfera acadêmica como na arena político-governamental. A saber: a sinalização de que as políticas afirmativas colocam em evidência as contradições e os desafios inerentes à articulação entre universalidade e equidade, princípios básicos

do SUS; a tese de que a população negra brasileira se encontra em um contexto de marcada vulnerabilidade social, que se reflete em indicadores de morbimortalidade e de acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde.

No desenvolvimento deste texto, ambas as questões serão discutidas. Em um primeiro momento, enfocaremos alguns fundamentos e estratégias operacionais da PNSIPN, problematizando em que medida se expressam os princípios da igualdade e da equidade. Em seguida, trazemos à tona dados produzidos em um estudo qualitativo que investiga as condições de acessibilidade à rede básica de saúde pela população negra, particularmente aos portadores de anemia falciforme e diabetes. Esses dois agravos apresentam alta prevalência entre a população negra, e os afetados enfrentam dificuldades de diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde.

A pesquisa vem sendo feita no Distrito Sanitário da Liberdade (DSL) em Salvador, desde 2010, através de observação direta, grupos focais e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, usuários da rede local de saúde, incluindo portadores e familiares de ambos os agravos destacados, e representantes de instituições sociais do bairro. O DSL, cuja população estimada é de 170.700 habitantes (IBGE, 2007), tem a maior concentração populacional de negros e pardos no município de Salvador. O trabalho de campo circunscreve-se à área de abrangência do 3º Centro de Saúde, unidade de referência do Programa Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme no DSL e que também conta o Hipertensão, programa dirigido a hipertensos e diabéticos.

No escopo deste capítulo nos deteremos, principalmente, nos dados gerados pela realização de quatro grupos focais com os respectivos grupos: (1) profissionais de nível superior do 3º Centro de Saúde; (2) Agentes Comunitários de Saúde da referida unidade; (3) jovens negros frequentadores do Centro Social Urbano (CSU) no bairro da Liberdade; e (4) integrantes de um grupo de terceira idade deste CSU, majoritariamente negros e usuários de serviços públicos de saúde¹. Foi adotado um roteiro comum em todos os Grupos Focais

1 Ao longo deste artigo os referidos informantes serão identificados de acordo com a seguinte legenda: profissionais de nível superior do 3º Centro de Saúde (PS); Agentes Comunitários de Saúde do 3º Centro de Saúde (ACS); jovens negros frequentadores do CSU da Liberdade (JV); integrantes de um grupo de terceira idade do CSU da Liberdade e outros usuários (US).

(GFs), que teve como questão geral a percepção sobre a pertinência da Política de Saúde da População Negra no Brasil.

Em todos os GFs feitos, percebemos que o debate em torno dessa política reacende velhos dilemas: há racismo no Brasil? O racismo brasileiro é de cor ou de classe? Afinal, somos todos iguais? Mas vivemos em condições desiguais. Que papel desempenha a política pública nesse processo?

A PNSIPN E OS PRINCÍPIOS DO SUS: IGUALDADE OU EQUIDADE?

A PNSIPN foi formulada sob a égide do princípio universal da igualdade de direitos. Detém, como princípios constitucionais: saúde como direito social, de cidadania e dignidade da pessoa humana, repúdio ao racismo e princípio da igualdade. Ela reafirma os princípios do SUS, quais sejam: universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa. Além de firmar compromissos com o princípio da participação popular, do controle social e do princípio ético da equidade – este último adotado como base para as propostas de promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da necessidade de condução de ações estratégicas para superá-las.

Constata-se ainda que o plano operativo da PNSIPN define estratégias e metas a serem atingidas para reorientação do SUS em seu enfoque étnico-racial. Tais ações e metas coadunam-se com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – Mais Saúde: Direito de Todos e os Pactos pela Saúde. Os principais objetivos do plano operativo dizem respeito à: (1) garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde; (2) inclusão da temática étnico-racial na formação e na educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; (3) identificação, combate e prevenção das situações de abuso, exploração e violência; (4) garantia de adoção do quesito cor na produção de informações epidemiológicas; e (5) identificação das necessidades em saúde da população negra.

Do ponto de vista das estratégias e prioridades da PNSIPN, observamos que houve separação – que parece estar mais relacionada à divisão entre os atores e as prioridades assumidas por eles – entre a PNSIPN e o Programa

Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme. A anemia falciforme foi a principal bandeira levantada pelo movimento negro nos primórdios das discussões sobre a saúde da população negra. Porém, depois da elaboração de um programa e um caminho mais consolidado para a anemia falciforme, observamos um descolamento de ações entre as duas políticas.

De acordo com Paim (2006) e Paim e Silva (2010), os principais documentos técnicos e doutrinários da área da saúde são responsáveis pelo reconhecimento e pela inclusão dos conceitos de universalidade, equidade e integralidade. Os autores interpretam que, diante de um cenário de desigualdades, os organismos internacionais recorreram à noção de equidade como uma tentativa de explicação e de resolução dos problemas das desigualdades étnico-raciais em saúde.

O conceito de equidade, ainda bastante controverso, relaciona-se a duas grandes dimensões: a primeira, voltada às noções de justiça e igualdade e a segunda, na qual as especificidades de cada sujeito ou pessoa, entendida como cidadão de direitos, impõem o julgamento de seus contextos singulares (Campos, 2006). A noção de equidade, trazida ao país por organismos internacionais, passa a ser o carro-chefe das proposições em saúde e direitos humanos. Inicialmente discutida sob os conceitos de *igualdade* e *justiça*, a *equidade* implica melhores condições de saúde, diminuição das diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível e serviços de saúde que garantam a atenção em razão da necessidade e em razão da capacidade de pagamento (Organização Panamericana de Saúde 1997 *apud* Paim, 2006). Paim (2006) faz severas críticas a esse modelo de elaboração de ações em saúde que leva em conta um conceito amplamente controverso e impreciso. Tal conceito adquire grande permeabilidade nos documentos da saúde a partir das Normas Operacionais Básicas (NOBs) no Brasil e em documentos em prol da saúde da população negra, fomentado principalmente por essas agências internacionais que definem o termo e, no caso da saúde, que são os defensores de políticas de saúde focalizadas.

A PNSIPN justifica-se pela necessidade de repensar a igualdade de ações e serviços, seguindo a lógica de que a *igualdade não pode ser justa*. A equidade se detém sobre as contradições cotidianas e pode ser entendida como um instrumento da justiça concreta, concebida para resolver as antinomias ou as

contradições entre as diversas fórmulas da justiça formal. Ela implica a intervenção de agentes sociais e, no espaço específico da saúde, se aplica à formulação das políticas de saúde e políticas públicas intersetoriais. A equidade enfatiza a participação e a governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia (Vieira-da-Silva e Almeida-Filho, 2009).

O fato primordial é que a noção de equidade requer pensar a dimensão do indivíduo ou grupos específicos de indivíduos que, historicamente, foram subjugados, negligenciados e se tornaram grupos mais vulneráveis e necessitados. Essa visão focada no indivíduo foi fomentada por organismos internacionais desde a concepção dos direitos do homem e da recuperação do indivíduo detentor de direitos civis e sociopolíticos. Esta determina ideologicamente um caminho a ser percorrido pelas políticas sociais, que vai ao encontro das propostas de políticas universais, responsáveis por críticas mais severas aos modelos macroeconômicos e busca mudanças mais estruturais nas sociedades de capitalismo contemporâneo.

Além do aspecto acima apontado, Pinheiro *et al.* (2005) consideram mais uma questão-desafio para a inclusão da equidade no âmbito das políticas públicas brasileiras. Para os autores, a política brasileira é marcada por relações sociais, com forte ênfase no personalismo e na hierarquização da sociedade. Desse modo, perguntam-se: como conjugar essa realidade política com a proposta da equidade que demanda uma perspectiva de justiça social e impessoalidade? Para os autores, há um avanço do uso do termo equidade no país e, na visão deles, tal fato advém das transformações em tecnologia da comunicação e características do processo de globalização os quais permitem visibilidade às desigualdades (*ibidem*, p. 452).

Com o avanço das discussões raciais no país, promovidas pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), observamos a elaboração de uma noção de equidade mais relacionada às iniquidades raciais. O distinto princípio da igualdade e da justiça é complementado com a perspectiva das desigualdades injustas. A PNSIPN assim define a equidade:

Igualmente importante é o princípio ético da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, impulsionadas pela Seppir. Coerente com isso,

o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio ético da equidade, que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, estas ações devem priorizar situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população em situação de iniquidade (Brasil, 2010).

Como princípio organizativo, da PNSIPN adota a transversalidade, entendida como um conjunto de estratégias que recuperam a visão integral do sujeito, considerando sua participação no processo de construção das respostas para suas necessidades; vista como complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde (Brasil, 2010). Nesses moldes, apresenta-se como modelo inovador de política transversal, compondo o SUS, numa tentativa de relacionar as suas ações às questões da população negra brasileira.

As diretrizes da política abordam a necessidade de incluir a temática do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde e no exercício do controle social, na ampliação do movimento negro nas instâncias de controle social do SUS, em incentivos à produção de conhecimentos no campo, em reconhecimento de saberes populares, destacando-se aqueles das religiões de matriz africana, monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo e redução das desigualdades raciais em saúde e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que fortaleçam a identidade negra positiva e contribua para a redução das vulnerabilidades. Seu objetivo geral comporta: "Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS" (Brasil, 2010).

INTERROGANDO SOBRE A PERTINÊNCIA DA PNSIPN: VOZES DO CAMPO

Em todos os grupos focais, as discussões em torno da interface raça e saúde foram intensas e, de modo geral, com presença de posições polarizadas. As resistências à PNSIPN foram verbalizadas tanto por profissionais de saúde quanto por usuários, quase sempre amparada no princípio da igualdade. O depoimento a seguir, extraído do primeiro grupo focal, expressa uma posição veementemente contra a Política.

Eu não concordo, eu não concordo porque no Brasil temos muitas variedades, de acordo com o clima, cultura, educação, entendeu? Que não só focar o negro. Tem negro em todos os estados, tá entendendo? Então, nós temos que ver a saúde como todo, entendeu? Pra branco, pra preto, pra amarelo, e não só específico para negro, porque tuberculose tem pra branco e pra preto, entendeu? [...] Todos precisam de uma orientação, todos precisam de uma educação, todos precisam de uma preservação de saúde, dada pelo governo (PS).

A diversidade cultural, étnica ou mesmo climática do Brasil é evocada no discurso acima para justificar a oposição à implantação de uma política dirigida especificamente à população negra. Sobretudo, prevalece a ideia de "direitos iguais para todos", independentemente de cor e raça. Em outro momento, a mesma informante ratifica sua posição, enfatizando as críticas a princípios de diferenciação na esfera da saúde pública:

[...] eu acho erradíssimo quando a gente começa fazer um programa que há diferenciação, nosso programa tem que ser focado para a saúde, a saúde da população, entendeu? Todos nós temos que ter uma saúde preparada, e orientada, educada e com... Nós orientamos como fazer a preservação e não o tratamento. Vamos planejar a nossa saúde para a população e não vamos planejar a saúde para o negro, que se não tínhamos que planejar a saúde para o branco, entendeu? Então eu discordo completamente dessa diferenciação, nós temos... Todo povo brasileiro precisa de uma saúde integral (PS).

No relato de outro profissional de saúde, a oposição a políticas com recorte racial se baseia no argumento de que o grande problema a ser enfrentado é a pobreza.

Eu trabalho muito em bairros pobres, entendeu? [...] então eu vejo todos quase idênticos, tem raça negra em todo lugar, tem a parte cultural de candomblé em todo lugar, tem a parte da cultura em todos os lugares, então pra mim o que predomina mesmo ali, o que é: educação, é que muitos não têm, é saúde que pra todos esses bairros, falta orientação de saúde [...] eles têm que ser orientados é o que falta; é o preto, é o branco, é o mulato, todos têm que ser orientados, em todos os bairros pobres que eu trabalho vejo todo mundo preto aí do mesmo jeito (PS).

Em seguida, outra enfermeira reforça o argumento, narrando sua rotina de trabalho que, segundo ela, comprova a ideia de que as condições precárias de saúde independem de raça/cor.

Agora eu recebo pacientes, crianças de zero até idoso, crianças brancas com sobrepeso, crianças negras com sobrepeso, crianças brancas com baixo peso, crianças negras, de todo... não tem coloração você está entendendo? Parte de um modo geral, eu recebo paciente [...] E muitas até negras com peso normal (PS).

No grupo focal realizado com idosos frequentadores do Centro Social Urbano (CSU) também foi discutida a existência do racismo. Entretanto, quando indagados sobre a pertinência da política de saúde da população negra, alguns se mostraram reticentes, afirmando: “a raça é uma só”, ou “os seres humanos são todos [...], todos têm que morrer vai pro mesmo lugar”.

O mesmo argumento de crítica à Política esteve presente no GF composto por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Nós somos um povo mestiço, então hoje não tem mais você dizer; branco, preto, não. Eu sou uma pele mais clara, minha mãe é mais clara... Minha mãe é hipertensa, é uma doença de negro? Não, é de mestiço também, de mistura, tem pessoas brancas de olhos azuis, como teve a mistura, tem hipertensão, têm traços falcêmicos (ACS).

Nessa fala, percebemos que a noção de mestiçagem é usada para invalidar políticas específicas voltadas à população negra, o que acaba repercutindo no setor saúde. Nesse sentido, argumenta-se que uma política de ação afirmativa contribui para reforçar o racismo, já que segrega as pessoas em grupos diferentes. Tal argumento esteve presente no mesmo GF em outra fala:

[...] tem que parar com essa coisa também de dizer que é uma doença que vem do negro, tem que dá uma descansada e generalizar. Eu acho que também é por aí, tem que parar de dizer que a doença é focada para o negro, eu acho que daí já começa uma coisinha meio... Porque nossa a população... A Bahia é negra, independente, a Bahia tem pouquíssimos brancos... Aqui não é o Rio Grande do Sul, então tem que parar com essa coisa da saúde da população negra, a Bahia é negra (ACS).

No relato acima, a ideia de mestiçagem mistura-se à ideia de negritude, que acaba por reforçar um ideal de igualdade. Argumenta-se que, se somos todos iguais – “somos todos negros” ou “somos todos mestiços” – não podemos ser tratados como diferentes pelas políticas públicas. Dentre outros aspectos, a referida fala revela uma representação recorrente no grupo estudado de que somos um estado composto por indivíduos iguais, onde as relações raciais são, por consequência, cordiais.

Uma usuária, mãe de uma menina com anemia falciforme, justificou sua discordância diante da existência de uma política de saúde da população negra nos seguintes termos: “*eu queria que o mesmo tratamento que fosse para os brancos, fosse para os negros*”. Entretanto, na mesma fala, ela reconhece a existência do racismo no Brasil: “*mas tem o racismo ainda no mundo, não acabou, por mais que tenha... que vai preso, que vai isso que vai aquilo, mas não acabou ainda, ainda existe*”.

É importante ressaltar que muitos usuários abordados não tinham qualquer tipo de informação sobre a existência da PNSIPN. Ainda assim, mesmo que não tenha sido unânime, diferentemente dos profissionais de saúde abordados, a maioria se posicionou a favor da existência de políticas com o propósito de garantir igualdade. Podemos verificar a presença dessa ideia na fala de uma usuária do 3º Centro, com diabetes: “*Eu não tenho conhecimento de algum [da política de saúde da população negra], mas [...] eu penso que seja bom. [...] porque eu acho que não devia ter essa [...] divisão [...] Todos são ser humano*” (US).

Políticas afirmativas em outras áreas, como na educação, também foram alvo de debates nos GFs, a exemplo das cotas nas universidades. Também nesse caso, as posições se polarizavam. Quando uma das enfermeiras afirmou ser “*terminantemente contra as cotas*”, logo outra replicou: “*mas existe uma dívida social do governo com a população carente que tem que ser paga*”. Mas o argumento não sensibilizou sua colega, que respondeu: “*eu não sei nem o que é isso*”. No GF com jovens, o debate também emergiu quando um deles indagou: “*Por que tudo é sempre para os negros? Não sei o quê para os negros... Por que não para os brancos? Por que não pra todos?*”. Indignada, outra jovem respondeu: “*Entenda, porque aqui no Brasil a população é negra, a população é maior então tem que fazer, porque se não fizer vai ser discriminado*”.

No GF com jovens, encontramos algumas falas que consideravam as cotas para negros nas universidades públicas como “uma forma de racismo”.

Acontece racismo também em questão de faculdade, as escolas públicas, que têm uma cota para quem é negro isso já é, mesmo sem querer, já é uma forma de racismo, porque para quem não é uma forma livre mas pra quem é negro é aquela cota, uma parte limitada. [...] De certa forma discrimina os negros. Aí não é uma coisa livre pra todos (JV).

As cotas são percebidas como discriminatórias e opostas à ideia de mérito individual, o que contribuiria para a inferiorização do grupo beneficiado, nesse caso os estudantes negros, que seriam, equivocadamente, percebidos como incapazes. Em outra direção, encontramos a defesa do sistema de cotas, tendo em vista a competição desigual que se manifesta no vestibular:

[...] se for um negro que estudou em escola pública e um negro que estudou em escola particular aí que é quem ganha essa vaga? Particular. Não é lutar pelos direitos não, se tivesse uma melhora na educação pública, para um aluno da escola pública, mesmo que fosse branco, fosse negro, amarelo, tivesse uma escola pública descente de qualidade [...] aí sim, acabaria com isso daí (ACS).

Entre aqueles que defendiam a pertinência de uma política específica para negros, os argumentos circulavam em torno de três pressupostos principais: a existência do racismo no Brasil; os indicadores sociais que ainda mantinham o negro numa condição de vulnerabilidade; e a necessidade de defender a equidade como um princípio importante no SUS. Entre as ideias esboçadas, ecoavam reações contrárias à tese de que “somos todos iguais”, ilustrada anteriormente em alguns relatos destacados. Para fundamentar as críticas a dita visão, alguns depoimentos remetiam aos indicadores de saúde.

Eu acredito muito nos indicadores e hoje você vê que os indicadores acometem mais os negros, se você pagar 100 pacientes hipertensos aqui na Liberdade a grande maioria, ou em qualquer outro lugar, são negros [...] Não, vamos colocar em Salvador, na Bahia. Se você pegar quantas pessoas morrem, em todo tipo de agravo, são os negros, desde a violência, desde a hipertensão, da tuberculose a maioria... Eu acredito nisso [...] a equidade dá mais a quem precisa mais, os negros precisam mais (PS).

Corroborando os argumentos acima, dados referentes à renda, ao emprego, à saúde e à escolaridade mostram que a realidade social do negro no Brasil ainda é precária. Há grande quantidade de estudos com base em dados estatísticos que comprovam que os brasileiros “pretos” (de acordo com a classificação do IBGE) vivem em condições piores do que aqueles considerados “brancos” (Hofbauer, 2003).

As diferenças em relação à situação de saúde, ao acesso a bens e serviços e às interações sociais existentes no interior das instituições de saúde têm sido expressas através do conceito de vulnerabilidade. Segundo Lopes (2004), esse conceito enfoca 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 consequências indesejáveis daquela situação” (Lopes, 2004, p. 6).

Na percepção dos profissionais de saúde, a vulnerabilidade da população negra está fortemente relacionada à violência. A população do bairro, segundo os entrevistados, vive constantes situações de risco, medo e estresse emocional e, por consequência, sofre de problemas de saúde, como hipertensão arterial. Para ilustrar o quadro de vulnerabilidade a que estava submetida a população pobre, e majoritariamente negra, atendida na unidade de saúde pesquisada, alguns profissionais relataram casos concretos.

A gente tem como referência aqui Dona M., uma líder comunitária [...], ela é negra, ela já perdeu dois filhos da polícia, ela tem uma úlcera enorme da perna, que eu já tentei fazer curativo [...] Ela já perdeu dois filhos e um genro, os três mortos por tráfico de drogas. Ela tem uma úlcera enorme na perna que eu já tentei fechar de tudo que é forma, não consigo, a úlcera dela não evolui, deve ter quase 10 anos com essa úlcera não evolui pra lugar nenhum, e ela continua comendo as mesmas coisas, por mais orientação que a gente dê. Então é complicado (PS).

A PNSIPN também foi referida entre seus defensores como um instrumento de cidadania, que tem proporcionado aos usuários maior consciência de seu direito à saúde. Tal argumento pode ser visto na fala de uma das enfermeiras entrevistadas:

[...] as políticas de saúde que estão voltadas para as doenças de populações de raça negra estão fazendo com que as pessoas dessa população tenham conhecimento disso e busquem os seus direitos e queiram ser atendidos como cidadãos, bem atendidos e exigem seus direitos como qualquer outro usuário (PS).

Uma das enfermeiras descreve a PNSIPN como uma necessidade temporária, que tem por objetivo dar visibilidade a determinados agravos, visando superá-los, mas que caminha para sua dissolução à medida que a meta for alcançada.

Eu acho que, no caso da política da saúde da população negra, existem aquelas doenças como a gente já sabe, que acometem mais os negros, então eu acho que deveria o governo [...] tá olhando mais de perto para essas doenças que antes não eram vistas assim, como anemia falciforme, como acomete mais negros ela não tinha visibilidade, as pessoas não enxergavam, não viam. Hoje, se não fosse essa política, ela não estaria hoje onde está né, com essa visibilidade toda, então foi uma forma de se colocar em evidência e tá procurando uma qualidade de vida melhor para esses pacientes, e tá tratando essas doenças. No caso, eu acho que daqui mais algum tempo, acaba-se essa saúde da população negra porque essas doenças já vieram para [...] o âmbito do conhecimento de todos, e aí a gente pode estar tirando esse título e ser saúde para todos na verdade (PS).

Para responder às críticas de que Políticas de Ações Afirmativas ferem o princípio da isonomia, caberia argumentar que, no contexto da sociedade brasileira, a isonomia não seria alcançada apenas através de políticas universalistas. Os defensores das Ações Afirmativas questionam o poder de medidas universalistas em resolver problemas específicos de determinados grupos (Medeiros, 2005). Seria infundado, segundo esse autor, pensar que “medidas destinadas a resolver os problemas da população pobre terão o poder de solucionar os problemas dos negros apenas pelo fato de estes constituírem a maioria daquela população” (p. 131).

Gomes (2002, p.128-129), ex-ministro do Supremo Tribunal Federal, afirma que as ações afirmativas:

[...] definem-se como políticas públicas (e privadas) voltadas à concretização do princípio constitucional da igualdade material e à neutralização dos efeitos da discriminação racial, de gênero, de idade, de origem nacional e de compleição física. Na sua compreensão, a igualdade deixa de ser simples-

mente um princípio jurídico a ser respeitado por todos e passa a ser um objetivo constitucional a ser alcançado pelo Estado e pela sociedade.

Nesses termos, as ações afirmativas são compreendidas como um direito, pois uma vez que visam corrigir uma verdadeira situação de iniquidade, não se configurariam como discriminatórias, já que seu objetivo maior é alcançar uma igualdade real, não fictícia.

RACISMO: SENTIDOS E EXPERIÊNCIAS

O tema do racismo, seja evocado para apoiar os argumentos em relação às políticas afirmativas de recorte étnico-racial, seja para referir-se a experiências vivenciadas/observadas, emergiu em diferentes relatos. Na percepção dos jovens, o racismo é mais proeminente nas relações de trabalho.

Eu acho que há atitude de racismo, algumas vezes no trabalho, esse negócio de trabalho, pega mais pela cor em alguns trabalhos. Pega mais pela aparência, porque trabalho agora, atualmente tá mais pela aparência. Ser branquinho (JV).

Ser é branco, cabelo liso em alguns lugares que trabalha como recepcionista esses negócios. Negros você vê mais em shopping C&A, essas lojas eu já vi que os negros trabalham. E às vezes negros é racistas com a mesma cor dele (JV).

Uma senhora negra, relata uma situação de racismo vivenciada por sua neta, uma garota com estudos e um bom currículo, mas que não consegue emprego. A informante explica:

Eu tenho pra mim que só pode ser porque ela é negra, se ela fosse uma branca do cabelo liso, num instante se arranjava pra uma recepção, se arranjava pra atendente, se arranjava pra qualquer coisa... mas por ela ser uma negra... provavelmente é por isso (US).

A alusão ao “preconceito por parte do próprio negro” também ecoou em algumas falas: “o preconceito surge da gente primeiro, porque a gente foi criado para isso”. Essa visão, que pode ser considerada recorrente no senso comum, nos parece associado à baixa autoestima negra, fomentada por mais de quatro séculos de construção racista, herança do processo de colonização e escravidão.

A respeito da possibilidade de haver racismo nas unidades de saúde, os usuários entrevistados relatam nunca ter vivenciado ou presenciado o racismo institucional. *“Aqui chegou preto, branco, rosa, moreno, eles atendem do mesmo jeito. Independente... Entre um negro e um branco, eles estão vendo assim, eles não olham pela cor não”,* diz uma usuária. Essa ideia é confirmada em outros relatos. Nesses, geralmente, assume-se um contexto social mais geral de preconceito racial, ainda que não sejam identificados eventos de racismo institucional.

[...] tem muita discriminação. Porém, nunca aconteceu comigo, aparentemente, nunca aconteceu comigo. Pra ver, também, assim, alguma pessoa sendo discriminada, se eu falar que eu já vi, vou está mentindo, eu vou está mentindo. Eu acho assim, tem pessoas racistas, tem claro [...] [No entanto] todas as médicas que eu vou, para atender as minhas filhas, são branca e [...] trata bem, pega, olha tudo. Então, eu acho que não tem discriminação nessa parte (Mãe de duas crianças com doença falciforme).

Mas também neste ponto, não houve consenso, conforme expresso no relato: *“[...] eu já presenciei assim, chega um paciente negro e um de pele clara, o atendimento à pessoa se volta primeiro para aquele de pele clara e depois dá atenção ao outro, isso a gente presencia muito nos serviços”* (PS).

A questão racial emergiu em um GF a propósito de uma atividade relacionada ao Dia da Consciência Negra no 3º Centro.

Uma vez, um dia nacional da consciência negra, uma enfermeira deu uma palestra, ela da pele da minha cor, com o cabelo duro igual o meu, dizendo que ela era moreninha, eu disse a ela: muito me admira uma senhora chegar aqui no dia de hoje, dizendo que é moreninha, a senhora que se diz uma pessoa esclarecida, a senhora é negra, tão negra quanto você que está aí branca, de olho azul de cabelo liso (ACS).

A ideia de que há preconceito de classe e não de cor também esteve presente na fala de um Agente Comunitário.

A gente sabe que o preconceito existe sempre, independente de cor/raça, da sua etnia. Eu acho que o problema maior hoje é mais o preconceito de classe, porque,

por exemplo, a Liberdade, por exemplo, é um bairro negro, mas é um bairro também de pobres, muito mais de pobres. Então a população é mal atendida também por isso, porque se você chega no bairro da Pituba - ah, claro - é um bairro que tem menos negros, também a classe social é um pouco melhor. Então eu acredito mais no preconceito mais de classes (ACS).

Na fala de alguns usuários, a questão do negro também é relacionada à classe social, mostrando que a precariedade vivida pela população acaba por comprometer seu estado de saúde. É o que nos relata a mãe de uma criança com falcemia:

[...] o que acontece, como a questão mesmo financeira, tem muita gente que não tem condições de fazer um tratamento não tem transporte... seria bom se tivesse, sei lá, uma política, alguma coisa, que desse mais atenção, porque daqui então eu conheço, eu passei a conhecer, uma menina que não faz tratamento, ela disse que mãe dela não leva porque ela não tem transporte e ela tava bem debilitada, ela não conseguia nem mais andar, a perna dela já estava completamente rígida (US).

ECOS DA VISÃO BIOLOGICISTA DE RAÇA

Em meio ao dilema entre racismo de cor ou racismo de classe, emergiu uma questão ainda mais delicada, que evidenciou o quanto uma política nacional e suas diretrizes podem ser lidas pela sociedade de forma diversa. Referimo-nos aqui ao modo como a dimensão biológica eclodiu no debate quando se discutia o tema de enfermidades prevalentes entre a população negra.

Entre médicas e enfermeiras, a ideia de uma diferença genética entre negros e brancos esteve fortemente presente, fundamentada em dados epidemiológicos sobre a prevalência de algumas enfermidades entre a população negra, como a hipertensão, a diabetes e a anemia falciforme. Uma médica, pediatra da unidade estudada e integrante do grupo de profissionais de referência para o tratamento da anemia falciforme, explica: “[...] tem doenças que prevalecem mais na raça negra. [...] É hipertensão, sabe que o índice é maior, né? Temos a questão também da doença falciforme”. Quando indagada sobre qual o fator preponderante, a genética ou as condições socioeconômicas, ela respondeu: “É genética, mesmo.”, embora reconhecesse a vulnerabilidade social da população negra.

Corroborando esse argumento, a enfermeira-chefe da unidade de saúde, afirma em sua entrevista: “*Eu acho que tem as doenças específicas para a população da raça negra, como a anemia falciforme*”. Com ênfase na questão genética, ela explica seu posicionamento:

[...] porque existem algumas doenças que predominam, são mais agressivas na raça negra, como a hipertensão. Pelo pouco que sei, a hipertensão no paciente da raça negra, ela é mais severa. Já ouvi falar disso, mas não sei se realmente é verdade. Já ouvi falar disso que é uma forma mais severa, mais agressiva. Quando eles têm hipertensão alguns deles, não são todos, são mais resistentes às drogas (PS).

Entretanto, a mesma enfermeira não deixa de admitir que a questão do negro também está relacionada a questões socioeconômicas, “[...] *por ser negro e ter dificuldade social de moradia, financeira [...] porque as pessoas não têm tempo de se cuidar, tem problemas sociais-afetivos, não têm emprego, são usuários de droga*”.

Os usuários, por sua vez, reproduziam esse discurso, principalmente os familiares de portadores de anemia falciforme. Em geral, acreditam “que os brancos não têm anemia falciforme, só as pessoas negras”, como afirma a mãe de uma criança falcêmica. Entretanto, outra mãe, contrariando a maior parte dos relatos, afirma:

[...] eu encontrei uma moça há dois meses internada e eu considero a menina branca. A menina era branca de cabelo liso, o pai também era branco e, no entanto, ela tinha anemia falciforme [...] Acho que doença é pra todos, eu acho que [...] a doença não é do negro. Possa ser que, vamos supor assim, pode ser que o maior índice seja, mas eu conheço tanta gente. Eu vou na Apae eu vejo as meninas lá de cabelo liso, branca, com anemia falciforme (Mãe de criança com doença falciforme).

Vemos que a entrevistada não vê na alta prevalência da anemia falciforme entre a população negra motivo suficiente para identificá-la como uma “doença do negro”. Há uma clara recusa da identidade étnico-racial da doença (e, talvez, um incômodo com a agregação de uma doença à identidade étnico-racial).

Um rapaz com doença falciforme relativiza o fato de haver pessoas que têm fenótipo branco com doença falciforme, sob o argumento de que se tra-

ta de uma doença hereditária (defendendo, implicitamente, a ideia de que a mutação genética que a ocasiona é uma herança da diáspora africana). Ele faz essa defesa ao declarar-se a favor da organização do Programa Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme no 3º Centro.

Eu sou a favor [...] porque [...] ia atender negro e branco, branco vírgula, branco na pele, mas o sangue de negro. Porque anemia falciforme é quem tem traço [...] já deveria existir pra a doença que já descobriu há cem anos atrás, cem ou cento e vinte anos atrás. Hoje, já era pra ter um complexo big, estamos no século XXI... (US).

Entre os agentes comunitários, também encontramos menção à existência de determinadas doenças que estariam vinculadas à diáspora africana.

[...] não sou eu quem estou dizendo não, isso são estudos antigos. Essas doenças se caracterizaram pela raça negra porque foram doença que primeiro foram detectadas na África, na Angola, em países negros, porque todo mundo sabe que na África e na Angola, quando se vê um loiro olho azul, não é originário da África, nem da Angola, é de outro país que foi para lá, geralmente são médicos, enfermeiros. Então com a miscigenação esses povos vieram para aqui se misturaram, não foi só aqui na Bahia gente, foi no Brasil e até em outros países que também têm negros (ACS).

Tendo em vista que a narrativa histórica de um grupo ou etnia influencia positiva ou negativamente a construção de sua identidade, podemos afirmar que tal percepção contribui para a inferiorização do próprio negro, podendo ter repercussões em sua autoestima. Em seguida, a agente comunitária continua sua argumentação, discorrendo sobre a interface entre raça e saúde.

A doença se misturou, então é caracterizado é. Bahia, principalmente Salvador é um país de negro, [...] Então nossa doença é característica sim, não é nossa doença é a doença: falcemia, hipertensão, diabetes, ainhum, são doenças próprias da raça negra, porque essas doenças se originaram em outros países, não foi aqui no Brasil, mas se misturou aqui. Eu penso assim (ACS).

Ao afirmar que “nossa doença é característica sim, não é nossa doença é a doença”, podemos identificar certa dubiedade de sentido. A enunciação apresenta tanto uma especificidade étnica da doença como uma recusa do per-

tencimento identitário da doença à “raça negra”, procurando restringi-la a seu domínio próprio – das doenças/patologias. Essa ideia se desdobra, de modo um pouco mais assertivo, na passagem subsequente: “*são doenças próprias da raça negra [porém] que se originaram em outros países*”. Esse enunciado retoma o primeiro, procurando reafirmar a especificidade étnica, ao mesmo tempo em que reafirma sua origem em um tempo e um local distante.

A agente deixa nas entrelinhas o sentimento de inferioridade racial. Historicamente, as pessoas de origem africana, ao longo dos anos, foram construindo uma autoimagem negativa acompanhada de autoestima rebaixada. Seus traços físicos e seus valores “foram sistematicamente associados a qualidades negativas pelo europeu” (Ferreira, 1999, p. 71).

No tocante à questão da diferença étnico-racial, entre os profissionais de saúde, alguns defendiam a ideia de que havia uma diferença cultural entre negros e brancos, ligada à religião, à alimentação, enfim, ao estilo de vida:

[...] eu defendo esse programa, em termo de estilo de vida, é completamente diferente, religião, a cultura, eles têm um laço mais forte culturalmente falando, o negro, do que a gente, do que eu amarela, parda, eu sou parda. A alimentação, minha paciente escurinha, neguinha, ela vai seguindo as mesmas coisas que a mãe, que a avó, que a tataravó na mesa dela, no almoço dela serve a mesma coisa que a bisavó dela comia e isso que vai gerar uma paciente hipertensa e diabética, o corpo dela vai ficando sendo igual ao da mãe (PS).

Em outro depoimento é ressaltada a questão das diferenças culturais e para as necessidades específicas dos moradores do local:

[...] especificamente na Liberdade [...] por aqui ser um bairro predominate-mente negro, isso é forte, se você sai aqui pra andar pra ver, você vai ver a população, o jeito de ser, de se vestir, de pentear os cabelos, de agir, os adereços. Me chamou muito atenção quando eu vim pra cá, eu parecia que nunca tinha visto isso na minha vida, eu adoro a raça negra, eu acho linda, né? E por sinal, se você andar por aí, você vai vê umas negras bonitas, lindas. Como tem brancos feios e bonitos, mas assim; existem, isso é forte aqui na Liberdade e obviamente essa questão cultural, do candomblé, das comidas que é baiana, influência sim, eu acho (PS).

Em uma das entrevistas, feita com uma enfermeira do Programa Hiperdia, as diferenças no perfil epidemiológico da população negra são atribuídas à dificuldade de acesso desse segmento social aos serviços de saúde:

[...] a gente fala da saúde da população negra como aquelas doenças que afetam diretamente a população afrodescendente mesmo, [...] hipertensão, e diabetes, a anemia falciforme, câncer de colo do útero, os miomas que aparecem também e essas são mais acometidas a essa população, tem um grande número por ter dificuldade de acesso a determinado serviço, acabam sendo mais penalizadas com essas doenças (PS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre as ações afirmativas tem um elemento significativo e perturbador para alguns. Ele obriga os defensores da “democracia racial”, formulada nos anos 1930, a assumir uma posição – a admitir a existência de discriminação racial e desmentir a visão do senso comum de que o Brasil é um paraíso racial. O que é uma grande dificuldade, pois a noção de mestiçagem é ainda muito cara a determinados brasileiros, como uma marca de harmonia, benevolência e singularidade nacional.

Consideramos que as ênfases em torno da visão de um país no qual “todos são iguais” devem-se principalmente ao lugar ainda ocupado pela ideia de que “fomos misturados na origem e hoje não somos nem pretos, nem brancos, mas sim um povo miscigenado, um povo mestiço”, descreve Munanga (2004, p. 131), referindo-se ao mito da democracia racial. O que fragiliza a noção da identidade étnica é a noção de necessidades específicas.

Como já foi visto por muitos sociólogos que discutem o mito da democracia racial, quando se discute políticas específicas para determinados segmentos populacionais, é muito comum surgir um sentimento de indignação, como se isso ferisse a própria imagem que os brasileiros fazem de si próprios. Aqui como alhures, o fomento a políticas redistributivas atrai os olhares e as reações de distintos atores políticos locais, nacionais e internacionais. Concordamos com Hochman (2008) quando ele diz que os diálogos que se estabelecem na política internacional podem fomentar a produção de arenas políticas dinâmicas, capazes de modelar e remodelar os atores e agências ali envolvidas. Certamente, podemos dizer a mesma coisa do processo que ocorre nas fronteiras nacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, I. M. 1999. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARAÚJO, Edna Maria de. *Mortalidade por causas externas e raça/corda pele: uma das expressões das desigualdades sociais*. Tese de Doutorado, Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – uma política do SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15 (2): 23-33, maio-ago. 2006.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHÉ, M. e MARQUES, E. (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 87-122.

CUNHA, Estela Maria García de Pinto da. Mortalidade Infantil por raça/cor. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (orgs.). *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo*, Instituto de Saúde, São Paulo, 2005.

DFID. Department for International Development; Instituto Amma Piquê e Negritude. *Identificação e abordagem do racismo institucional*. CRI – Articulação para o combate ao racismo institucional, 2007.

GOMES. Joaquim Barbosa. Ações afirmativas: aspectos jurídicos. In: *Racismo no Brasil*. São Paulo: Peirópolis, 2002.

HOCHMAN, Gilberto. Agenda internacional e políticas nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHÉ, M.; MARQUES, E. (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 369-397.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (5): 1595-1601, set.-out. 2005.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: *Seminário Nacional de Saúde da População Negra*, Caderno de textos básicos, Seppir, Ministério da Saúde, 2004. (mimeo).

LORA, A. P. *Acessibilidade aos serviços de saúde; um estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira-SP*. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, [s.n.], 2004.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da "saúde da população negra" no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12 (2): 419-446, maio-ago., 2005.

MEDEIROS, Carlos A. Ação afirmativa no Brasil: um debate em curso. In: SANTOS, Sales A. dos. *Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad), 2005. p. 121-140.

MUNANGA, Kabengele. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PAIM, Jairnilson. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15 (2): 34-46, maio-ago. 2006.

PAIM, Jairnilson; SILVA; Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde, Desigualdades e Iniquidades em Saúde*, 12, (2): 109-114, ago. 2010.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luiz M. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2008.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (2): 449-458, mar.-abr. 2005.

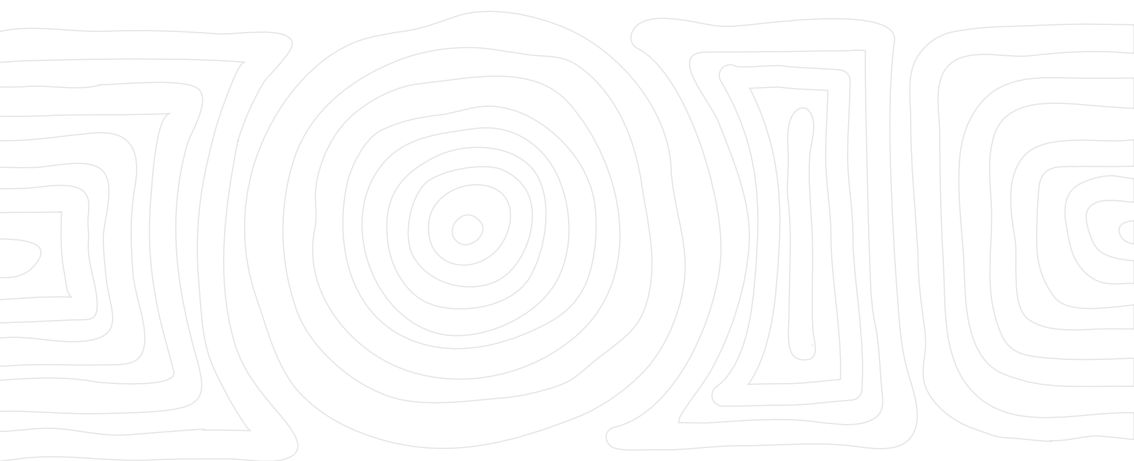
VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15, supl. 2, 2009.

FERREIRA, R. F. A construção da identidade do afrodescendente: a psicologia brasileira e a questão racial. In: BACELAR, Jeferson; CAROSO, Carlos (orgs.). *Brasil, um país de negros?* Rio de Janeiro: Pallas; Salvador: Ceao, 1999.

CAPÍTULO 9

A Visão da Feminilidade sobre os cuidados em saúde dos Quilombos Contemporâneos

Eliana Costa Xavier



INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 trouxe um novo olhar sobre a cidadania no Brasil. Consequência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que preconiza a participação coletiva e a responsabilidade pública, igualmente das reivindicações do movimento social negro, esboça uma perspectiva afirmativa quando diz que “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Essa premissa, fruto dessas duas ações convergentes, mais do que garantir os direitos fundiários aos quilombolas, procura lhes garantir os direitos fundamentais, entre eles, o direito humano à saúde.

Entende-se que a população quilombola tem descendência com predomínio negro, assim, ao tornar-se sujeito deste estudo, as informações obtidas e o conhecimento gerado a partir dos dados sobre sua saúde servirão como balizadores para o entendimento da saúde da população negra em geral.

Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na Lei Orgânica ratificam a universalidade e igualdade na assistência aos serviços em todos os níveis de assistência, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, assegurando a povos distintos acesso à saúde de forma universal, integral e equânime.

Ruas (2007) afirma que, no contexto brasileiro para a compreensão do fenômeno saúde-doença com uma abordagem social/epidemiológica, deve-se atentar principalmente para a referência racial e étnica como fator básico que determina as desigualdades e iniquidades no acesso à saúde. Dados estatísticos revelam que desigualdades socioeconômicas são notadas nos indicadores quantitativos de saúde e apontam a necessidade de a população negra ser percebida, enxergada ou vista, para ser atendida de modo efetivo pelo SUS.

O racismo e o preconceito racial, pano de fundo da investigação, são assinalados como propulsores do agravamento de males, cujo tratamento e prevenção são de acesso universal. Ao mesmo tempo, as condições fisiológicas podem ser alteradas em virtude da qualidade de vida, das condições de moradia, do saneamento, entre outros, em que vive a população negra.

O governo federal propõe uma articulação das ações existentes para melhorar as condições de vida e ampliar os direitos das pessoas que vivem em quilombos no Brasil. Sobre a saúde, busca assegurar a atenção à saúde das comunidades a fim de garantir a qualidade de vida aos quilombolas, sugerindo ações junto com o Ministério da Saúde.

Parcas informações e referências sobre os agravos grifam haver de-sinformação a respeito da saúde dos afrodescendentes e do acesso a atendimento de qualidade.

Portanto, este escrito propôs investigar o acesso da população feminina dos quilombos de Porto Alegre aos serviços de saúde, entender qual a percepção das mulheres negras em relação à Atenção Básica, e também questionar a percepção das profissionais de saúde sobre as condições de vida e saúde de quilombolas atendidas nas unidades de saúde.

MAPEAMENTO CONCEITUAL

206

Na Constituição brasileira, a saúde é ratificada como dever do Estado. É um direito humano fundamental, que deve ser assegurado a toda população, inclusive à afro-brasileira.

A saúde sob o prisma da etnicidade está implícita no princípio da integralidade. Conforme Cunha e Cunha (2001), integralidade e equidade seriam formas de justiça social fundamentais, que deveriam demarcar as ações no serviço público de saúde de forma a repercutir na saúde e qualidade de vida dos indivíduos e não como mecanismos de iniquidade e não acesso, se vistas como doutrinas universalistas.

A população negra não é visível aos olhos do poder público. O sistema de saúde brasileiro compromete a saúde dessa população quando não a percebe como um grupo com particularidades a serem observadas e quando desconsidera as condições socioculturais no diagnóstico, tratamento e prognóstico, o que fere as premissas do SUS.

Se concebermos o olhar como sinônimo de ver, a invisibilidade das comunidades negras pode ser transcrita como o não acesso à assistência em saúde, e isso acarreta aos sujeitos implicações subjetivas intensas.

Oliveira Júnior (1997) afirma que a invisibilidade, estratégia do Estado, oculta a diversidade étnica das populações negras. Historicamente, a sociedade brasileira tem escamoteado diferenças entre práticas culturais de brancos e negros, como forma de retirar dessas sua virtualidade política, seu potencial como marca de alteridade.

Como dever do Estado, os cuidados em saúde são assegurados à população negra brasileira em duas importantes propostas afirmativas em saúde no âmbito das políticas públicas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) chamam a atenção para a necessidade de o Estado mais do que proporcionar à população um atendimento de qualidade, reafirmar os princípios de equidade e universalidade, e ratificar a participação popular como uma das formas de controle social.

O racismo desenha a não cidadania. Seus desdobramentos determinam as condições históricas de vida das Comunidades Remanescentes de Quilombos e têm forte impacto na ascensão social e na igualdade de condições das famílias quilombolas. A falência dos direitos segrega essas comunidades economicamente e compromete sua qualidade de vida. As peculiaridades da discriminação e do preconceito se complementam e agravam as situações de descaso e negligência do poder público, especialmente no que diz respeito ao acesso a uma saúde de qualidade, em que as condições fisiológicas são alteradas em virtude da qualidade de vida em que sobrevive a população negra.

METODOLOGIA

Foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas com roteiro definido com as mulheres, sendo metade das comunidades quilombolas e metade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com idade entre 20 e 60 anos, cuja participação foi aleatória e voluntária. Para as médicas, era necessário trabalhar na UBS/Centro de Saúde no mínimo por dois anos.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, de Laurence Bardin, com utilização da técnica de análise temática, visto que a interpretação densa das informações melhor se adequa às investigações qualitativas de materiais sobre saúde.

A investigação segue as determinações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), e o projeto foi submetido à avaliação dos comitês de ética em pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde. Foram utilizados os Termos de Consentimento Informado para assegurar a privacidade e o sigilo das mulheres que, igualmente, foram denominadas com nomes de pedras preciosas oriundas da África e do Brasil.

DESDOBRAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados toma como base a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007), cujo propósito é garantir em maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, nos aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis ou não, incluindo aqueles de maior prevalência nesse grupo.

Para discutir o processo perceptivo das mulheres, as respostas semelhantes foram reunidas e agrupadas sob um título geral, pois se avalia que essas ações expressam e representam as concepções dos dois grupos sobre o acesso à saúde da população negra.

OLHANDO, PERCEBENDO E RECONHECENDO

Os registros referentes ao olhar, ver, perceber, enxergar, apareceram nos mais diversos estilos, todos relacionados às denominações do processo de produção do sentido, o qual representa a apreensão das cores do mundo que nos cerca.

Olhando, percebendo e reconhecendo sintetizam o modo de ver das mulheres participantes. Dentro dessa categoria, foram inseridas três subcategorias analíticas, explicitando e complementando a iniquidade no acesso ao direito fundamental à saúde. Entende-se que os eixos refletem como o preconceito e a discriminação integram a instituição saúde na cidade.

Mais do que refletir a relação que o Estado tem para com a comunidade negra na cidade, sua utilização sinaliza que este pode ser um processo capaz de fazer o caminho inverso da exclusão e resgatar a cidadania negra perdida.

Isso significa iniciar um processo no qual a comunidade negra pode se tornar finalmente visível aos olhos do poder público.

OS MATIZES DA DIVERSIDADE

Este grupo representa o olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica, como percebem a relação como usuárias dos serviços de saúde e ratifica como necessidade primordial que o acesso deve se aproximar dos pressupostos da universalidade e da equidade, parâmetros de justiça social.

A Atenção Básica pela legislação do SUS é um atendimento de ponta que deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Nessa perspectiva, busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades da população de viver de modo saudável. Porta de entrada tem papel fundamental na prevenção, promoção e recuperação da saúde das populações.

Quando se fala de acesso à saúde para a população em geral, muitas são as experiências e as formas como a população se expressa. Lembrando que existem vários tipos de acessibilidade, a acessibilidade e o acesso podem ser medidos tanto do ponto de vista da população como da UBS.

As contradições e incoerências relatadas pelas mulheres no atendimento nas UBSs e no relacionamento da saúde com a comunidade quilombola refletem uma ambivalência: em alguns momentos, se dizem bem atendidas; em outros, relatam nitidamente as situações de preconceito, discriminação e racismo.

Pensar a saúde como um direito coletivo implica ampliar o ponto de vista da assistência à saúde das populações, inclusive no que diz respeito ao aspecto étnico-racial. Todos, sem exceção, têm direito de acesso aos procedimentos sanitários, dos mais simples aos mais complexos. Isso é possível na medida em que a política de saúde seja repensada através das relações institucionais, e estas, materializadas nos serviços, mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas.

As mulheres quilombolas perceberam uma pequena qualificação no acolhimento e atendimento, mas fica nítido em suas verbalizações que a universalidade no acesso à saúde tropeça na iniquidade e isso compromete a integralidade do serviço na atenção.

[...] No começo, há quatro anos atrás, era muito difícil [o acesso], eles diziam que a gente não podia ser cadastrado na unidade porque aqui era uma área irregular, então a gente teve uma briga, tivemos que acionar a prefeitura para poder cadastrar todas as famílias, daí que começamos a ter um olhar diferente, mas até então era difícil [...] (Diamante, negra, auxiliar de cozinha, 31 anos).

A equidade aparece como contradição: quando o assunto é direito à saúde da população afro-brasileira, há a consciência do descaso; todos são iguais em direitos, mas, o acesso do grupo fica comprometido em função do preconceito e da discriminação:

[...] é uma falta de respeito, também não digo por que a gente é do quilombo e é negro, mas acho que todo mundo tem que ter respeito, os órgãos ter o respeito com a gente, com todo mundo, pra qualquer pessoa [...] que todo mundo fica doente, pode ser branco ou preto, fica doente! Mas que a população negra [...] porque a gente está na fila, a gente percebe, os mais descascadinho tem mais prioridade. (Esmeralda, negra, do lar, 55 anos).

Há uma percepção de que a saúde atinge uma camada diferenciada, o que não inclui a população negra. Então, o direito à saúde é considerado um privilégio de poucos:

[...] seleteo, maravilhoso, bonito, vestido de joias e de pétalas e nós aqui, e os negrinhos aqui? [...] eu acho que isso [o acesso à saúde] tem que ser para todos! A elite da saúde tem que ser para todos, sem distinção de raça, de cor, de nada, porque se eu não procurar [...] o que vai ser dos meus netos amanhã? E dos filhos deles, e depois e depois, sim porque geração vai indo [...] (Esmeralda, negra, do lar, 55 anos).

As desigualdades sociais e seus efeitos na saúde são percebidos e a tríade preconceito racial, condições de vida e saúde aparece como reflexo do racismo. Ela afeta o bem-estar das mulheres negras e acarreta sérios efeitos para a saúde da mente e do corpo.

O racismo, para Torres (2001), discrimina grupos e/ou indivíduos. A ideologia da inferioridade, que diferencia negativamente os grupos minoritários ou fere seus interesses, é apontada como determinante das relações raciais no Brasil e hoje se reflete nas condições/qualidade de vida da população negra. Toma como pressuposto que as relações entre negros e brancos são perpassadas por desigualdades socioeconômicas e estruturais.

Ao longo dos tempos, muitos foram os conceitos de saúde estabelecidos. Da perspectiva de ausência de doença, avançamos para um ponto de vista que preconiza um bem-estar pleno. A sanidade física e mental, sem dúvida, passa por processos de inclusão e acesso como forma de inter-relacionar os direitos sociais. Se concebermos o olhar como sinônimo de ver, a invisibilidade das comunidades negras pode ser transcrita como o não acesso à assistência em saúde, e isso acarreta aos sujeitos implicações subjetivas intensas:

[...] tem uma situação que também que está aparecendo muito entre os negros, que é a situação [...] eu acho que isso vai se tornando uma defesa face a todas as dificuldades que as pessoas da nossa [...] classe, assim [...] [pausa na fala] não é colocar os negros pra baixo, não é isso, a maioria [...] todo mundo luta com dificuldade todo mundo tem que pensar no dia de amanhã [...] (Água-Marinha, negra, telefonista, 32 anos).

Os avanços foram reconhecidos, porém, com as restrições da própria discriminação, mas, para as mulheres, divergem do direito à saúde e afetam o conceito de equidade:

[...] mas também é restrito [acesso à saúde] não é aquela coisa aberta, agora que tão começando a abrir um pouco, é mesmos negros quilombolas ou não e tal sempre existiu, e a medicina sempre existiu como é que nunca prestaram atenção a isto? Depois que apareceu isso de ter os quilombos e tal é que começaram a tentar, meio que não muito querendo nessa história [...] de população negra (Esmeralda, negra, do lar, 55 anos).

Apesar de ter algumas melhorias, a saúde para a população negra continua aquém de qualquer direito e o sentimento que perpassa é de pura negligência para com as comunidades. E mais, fica a percepção de que as próximas gerações, como as anteriores, estão em risco, ameaçadas na sua reprodução

física e sociocultural: [...] *se a saúde não olhar a gente, nós vamos se terminar [...] Sim, porque são negros ou porque foram escravos, ou porque são filhos, bisnetos e tataranetos de escravos, por isso que tem que terminar? Tem que se acabar?* (Esmeralda, negra, do lar, 55 anos).

Há de se considerar que etnicidade é um conceito que remete a um processo de construção de uma consciência coletiva, que descreve não somente um conjunto de relações intergrupais dentro de uma ordem social, mas também é uma forma de consciência. Reflete a construção do sujeito, como ele se coloca no mundo, seus conceitos e principalmente como ele está representado socialmente. Olhar para a saúde e considerar o recorte étnico aliado aos aspectos socioculturais é uma maneira de cumprir a premissa da universalidade e o acesso aos procedimentos assistenciais será oportunizado às populações sem preconceito, sem discriminação.

Logo, incorporar o parâmetro étnico na saúde, sob a perspectiva política, pressupõe igualdade de acesso e tratamentos equitativos para as mesmas necessidades, princípios estes que deveriam ocupar lugar de destaque nos propósitos das políticas de saúde. Um sistema de saúde equitativo somente é possível à medida que caracterizar uma cobertura da assistência em saúde para a população negra de forma concreta e universal.

As nuances da negritude

Esta categoria sublinha a percepção dos/das profissionais da Atenção Básica sobre a saúde das comunidades quilombolas urbanas e ratifica que o silenciamento que perpassa as relações raciais no Brasil prevalece e se explicita através da prática do Estado de não falar sobre negritude e, assim, deixar de refletir sobre a realidade étnico-racial.

Sob o aspecto do conhecimento da população atendida pelas UBSs, a distinção entre negros e brancos se torna evasiva, contraditória e denota a invisibilidade: [...] *não parei pra observar, porque tem preto, pardo, branco [...]* (Ametista, branca, clínica geral, 50 anos).

O quesito cor, importante dispositivo de visibilidade, é desconsiderado e nem mesmo é registrado, e mais: essa informação não tem a menor relevância

e o preenchimento do quesito fica sob a responsabilidade de auxiliares e técnicos. A saúde da negritude passa a ser um assunto de menor qualificação, as informações sobre raça/etnia passam a ser de domínio das profissões hierarquicamente ditas de menor prestígio social no universo da saúde:

[...] a cor não é registrada no prontuário [...] eu não me preocupo com a cor da paciente, nem registro a cor, não acho isso importante [...] (Citirino, branca, clínica geral, 58 anos).

Não, ele não tem uma folha sistematizada, não coloco e então isso dificulta esses dados. Esse prontuário, às vezes tem, às vezes não está preenchido. O protocolo inicial são as meninas da recepção, as auxiliares, as técnicas (Ágata, branca, clínica geral, 34 anos).

O reconhecimento da diversidade surge como uma questão social. As médicas podem desconhecer a existência das comunidades quilombolas dentro da área de abrangência das UBSs, mas reafirmam a imagem da sociedade sobre a população negra: *[...] quando se fala em quilombo, na minha concepção, eu tinha quilombo como discriminação racial. Sabe área de invasão ali, mas não tem só pessoas pretas ali [...]* (Topázio, branca, ginecologista, 43 anos).

Anjos *et al.* (2008) afirma que a constituição étnica das Comunidades Quilombolas impõe aos grupos a marca de um território estigmatizado designado à invisibilidade e à segregação racial frente ao Estado. Reconhecer-se nesta diferenciação é assumir-se publicamente dentro de uma condição de minoria étnica e reorganizar as lutas coletivas para transformar marcas de estigmatização racial em estandarte étnico.

Outra vez, é importante mencionar que as comunidades quilombolas urbanas mantêm as características da exclusão. O processo criou nichos étnicos que não são percebidos como territórios de cultura e resistência negra, assim, a população negra urbana quilombola se dilui no contingente negro da grande metrópole.

Se hoje a situação brasileira de acesso à saúde já apresenta sérias dificuldades, se considerarmos a situação dos grupos excluídos, veremos que o problema se agrava. Mais que saber precisar o número de comunidades, o poder público precisa conhecer as condições de vida e o acesso dessa população ao SUS.

Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN) se evidencia o desconhecimento, o que remete ao despreparo do município na formação dos profissionais para a diversidade e na formação técnica para a inclusão. Sobre os agravos de maior incidência na população negra, também parece haver um desconhecimento e descaso:

[...] nada específico, quando estudava alguma patologia, se era de maior incidência [...] até pra gente poder fazer diagnóstico, mas não uma cadeira pra tratar disso. [...] Não, dessas comuns [doenças] é tudo igual [...] não, as patologias são as mesmas, claro que se tem uma pessoa preta que tem anemia, tu pensa numa falciforme, mas é mais raro, nesse sentido, mas nas outras coisas tudo igual [...]
(Ametista, branca, clínica geral, 50 anos).

As expressões da iniquidade

Os trechos de depoimentos a seguir sintetizam, em conjunto, a forma como a instituição saúde deixa de prestar serviços públicos profissionais apropriados à população negra de Porto Alegre. A resistência à negritude e o não acesso à saúde do grupo afro-brasileiro ratifica o *racismo institucional*, o principal fator determinante do não acesso aos serviços de saúde.

A política de saúde esconde-se sob um discurso universalista, que resiste em eliminar as desigualdades acumuladas pelas populações reconhecidas em desvantagem social, e como política pública, a Saúde Integral da População Negra revela sua inconsistência:

[...] na verdade, para o SUS, não precisaria ter isso, porque existe já a equidade, que já contempla esta questão, às vezes eu me preocupo quando segrega muito as coisas, quando segregam os grupos, que tu tem que dar uma atenção diferenciada pra determinado grupo, [...] eu tenho medo dessas leis criadas, [...] diftulte mais até a integração, segreguem mais os grupos, e deixem eles com diferenças
(Ágata, branca, clínica geral, 34 anos).

Afirmar a diferença e eliminar desigualdades acumuladas de determinados setores da sociedade que sofrem ou sofreram injustiças históricas, no sentido de desconstruir o discurso universalista, até porque este não garante

uma correção dessas disparidades, e propor ações concretas que visem à cidadania das populações em desvantagens sociais, tornaram-se tarefas da gestão pública. Por esse motivo e sob o objetivo de combater efeitos cumulativos do racismo em virtude das discriminações ocorridas no passado histórico do povo negro no Brasil, foram construídas as propostas afirmativas para ações do Estado.

Se a gente for fazer alguma coisa assim [políticas específicas], dá brecha pra outras coisas também, aí vai ter que ver também algumas outras etnias que também podem ter mais algum tipo de doença, então eu acho que a saúde deveria ser melhor pra todos, acho que não só pras pessoas da raça negra (Topázio, branca, ginecologista, 43 anos).

As ações afirmativas para Munanga (2003) oferecem aos grupos discriminados e excluídos um tratamento diferenciado para compensar as desvantagens devidas à situação de vítimas de racismo e de outras formas de discriminação assinaladas como relevante mecanismo de equidade no resgate de direitos da população negra, pois concedem aos afro-brasileiros chances de participar da dinâmica da mobilidade social crescente.

Nesse sentido, a PNSIPN se organiza como uma proposta afirmativa, uma espécie de mecanismo de discriminação positiva, que opera em prol de um grupo historicamente sem privilégios, que, por sua vez, teria assim oportunidades aumentadas. Esse procedimento busca viabilizar e assegurar a equidade de resultados no campo sanitário; pode-se, com isso, inferir uma melhoria de acesso em saúde.

A discussão sobre os determinantes sociais na saúde é omitida, as vulnerabilidades sociais em que vive a população negra não surgem como fatores que corroboram para o agravamento das condições de saúde, tampouco são considerados no diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Para chegar à integralidade, a Atenção em Saúde deve estar orientada para a comunidade, visto que todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer da política de saúde o conhecimento do contexto social preconizado.

[...] Não temos assistente social [...] eu acho que entra, aí entra, não é só na saúde da população negra, acho que é no posto, ter mais assistente social, o que acaba acontecendo não só da população negra, mas da população da saúde em geral, que o posto de saúde, ou o médico ou o enfermeiro tem que resolver todos os problemas da população [...] eu tenho que resolver que a paciente não comeu, tenho que resolver que a gestante não tem dinheiro pra comprar remédio [...] pra pegar o ônibus, sabe como é que é, então é esse olhar que eu gostaria que houvesse, que a unidade de saúde, que é a saúde como conceito que não é só a ausência de doença, que é a verdade que ela tivesse como um todo [...] então não é uma questão racial (Topázio, branca, ginecologista, 43 anos).

Sobre a diversidade, é importante que as necessidades especiais sejam reconhecidas e abordadas no projeto dos serviços e quão bem eles seriam aplicados. Isso requer como estratégia uma avaliação qualitativa mais ampla, a fim de identificar a existência de necessidades culturais especiais e a extensão na qual as populações especiais percebem suas necessidades específicas como sendo atendidas.

Starfield (2002) adverte que preconceitos sociais não explícitos como os relacionados a idade, raça ou classe social também são exemplos que podem gerar uma barreira para o acesso. Para analisar a acessibilidade na Atenção Primária, é necessário que se avalie algumas características especiais das unidades onde ocorrem os primeiros atendimentos. Daí, sob esse aspecto, a comunicação entre usuários e profissionais deveria fluir de modo a não haver nenhum empecilho no entendimento da situação de saúde das pessoas.

A porta de entrada da assistência em saúde acontece pela Atenção Básica; este primeiro atendimento é de suma importância, pois orienta a trajetória dos pacientes dentro do sistema. É muitas vezes na Atenção Básica que os cuidados em saúde são realmente efetivados, até porque essa unidade deveria estar equipada para reconhecer e manejar grande parte dos problemas de saúde comuns de sua população.

As mulheres quilombolas percebem do racismo institucional, especialmente pela forma como este restringe o acesso do grupo ao direito humano fundamental à saúde e isso configura a falência da saúde na prestação de serviços como política pública no município: [...] *mas tu percebe, eu acho que*

ninguém é bobo, já viveu bastante pra não ser bobo, tu percebe que [intervalo de fala] as mulheres mais [intervalo de fala] ou a criança mais [intervalo de fala] é uma coisa meio diferenciada (Esmeralda, negra, do lar, 55 anos).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2009), para promover a saúde, o conceito de racismo institucional deve ser desindividualizado, especialmente pelo fato de deslocar a discussão dos preconceitos e das discriminações interpessoais, repondo a discussão no espectro da ideologia e da política, incluindo o racismo institucional no contexto apropriado das relações sociais.

Tal processo retira a responsabilidade dos ombros dos profissionais atuantes, sejam médicas, enfermeiras, auxiliares e técnicas, e a coloca nas mãos do Estado, instituição que tem por obrigação constitucional garantir os direitos fundamentais coletivos, principalmente o direito humano à saúde:

[...] naquela época não existia essa história de olhar os negros sobre isso, [...] como é que agora vão procurar se aprofundar nessas doenças se as pessoas sempre existiram e isso sempre existiu só que não davam nome, mas existia [pausa na fala] é difícil das pessoas entenderem, mas eu não consigo, claro eu não estudei, mas eu vou nos lugares, eu ouço, eu vou nos seminários, eu vou nas palestras (Esmeralda, negra, do lar, 55 anos).

Também fica explícita a recomendação de que o município deve não só perceber a negritude, mas reconhecer a necessidade de se debruçar sobre esse conhecimento. Há indicações de que profissionais devem atentar para as particularidades da saúde da população negra, o que pode ser feito através de uma política de educação permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da saúde das populações vulneráveis até então é uma história sem protagonistas e sem cenários. Trata-se de uma narrativa assinalada pelo silêncio e pela naturalização do preconceito e do racismo, cuja invisibilidade afeta a noção de cidadania e qualidade de vida de negros e negras quilombolas, contrariando os preceitos da justiça social.

Nela, os indicadores de saúde da população negra corroboram o entendimento de que o racismo no Brasil é um fato consumado. Igualmente, que o racismo tem influenciado nas condições de saúde de homens, mulheres, crianças e idosos negros ao longo do seu percurso histórico. A distinção ao acesso aos serviços de saúde se dá pela cor da pele das usuárias. Mulheres negras quilombolas visualizam uma Atenção Básica inconsistente, onde não se sentem reconhecidas na sua cultura e tampouco na sua negritude.

Como política pública, a saúde mantém os olhos cerrados para a diversidade, e, com isso, entrou num movimento de mecanização dos serviços, no qual profissionais abandonam a construção da proposta sanitária estabelecida como direito pela coletividade.

Ao descomprometer-se com seus princípios, a rotina de trabalho no SUS parece ter tomado um rumo tangencial ao direito fundamental à saúde. Então, equidade, no cenário atual brasileiro, tornou-se uma palavra esquecida nas páginas dos dicionários e assume um papel meramente figurativo, furtando-se de uma visão integral.

Sem dúvida, o fortalecimento das populações vulneráveis passa pela parceria com o ativismo social, aquele que foi precursor da reestruturação do sistema de saúde que temos hoje, na mobilização e na articulação entre os territórios rumo ao resgate e fortalecimento da cidadania. Nesse sentido, torna-se relevante a retomada da proposta cidadã de controle social e responsabilização do Estado.

Ainda que as instituições existam para ratificar a ideologia da diferença, a política pública de saúde não pode fechar os olhos para as populações vulneráveis. Não é possível conceber a saúde como um bem-estar amplo se persistir a manutenção do atual processo de exclusão sanitária em que vive a população negra.

É mister uma reorientação educacional dos trabalhadores da saúde no sentido de fazer o caminho inverso dos padrões discriminatórios vigentes como forma de retraduzir a prática da Atenção à Saúde, para contemplar e afiançar o acesso da população negra e garantir, assim, a vida.

Todas as manifestações das mulheres entrevistadas aparecem como espelho de anos de história de naturalização do preconceito e da discriminação contra negras e negros neste país. Produto de um processo primordial que começou ainda antes de o país ser “descoberto”, mas que precisa de uma reflexão para a adequação das políticas públicas à realidade vivenciada por essa população. A percepção das mulheres negras sobre os serviços de assistência, tratamento e diagnóstico é baseada genuinamente em suas experiências de descaso sanitário vivenciadas desde a mais tenra idade.

Uma política que contemple a diversidade somente se concretizará no momento em que o poder público, especialmente na Atenção à Saúde, compreenda que a diferença antecede o homem no tempo passado, presente e futuro, e que, de forma alguma, seja capaz de se tornar desigualdade pela invisibilização. Há de se indicar que o preconceito racial ainda estará nas relações sociais por longo tempo, mas como serviço de assistência, recuperação, promoção e atenção à saúde não deve restringir o acesso à saúde, tampouco preceder à vida.

A inoperância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, assim como a invisibilidade da população afro-brasileira, é contundente, seja nos quilombos, seja nos espaços povoados por populações com características pretas e pardas. Mais uma vez, deve-se readmitir que, como saúde pública, essa política tem estado ausente no acesso à saúde da população negra, e que a iniquidade tornou-se parâmetro de saúde nos territórios remanescentes de quilombos.

Por fim, lança-se uma interrogação sobre a existência e a efetividade da equidade e da integralidade no acesso à saúde da população negra. Entende-se que essa indagação deve ser respondida pelo Estado com políticas públicas reais, que se debruçam sobre as peculiaridades de cada sujeito que acessa a saúde em cada um e em todos os territórios negros de Porto Alegre e do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, José Carlos dos et al. *As condições de raridade das comunidades quilombolas urbanas. Diversidade e proteção social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre: afro-brasileiros; coletivos indígenas; crianças, adolescentes e adultos em situação de rua; remanescentes de quilombos*. Porto Alegre: Centhury, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Se-

nado, 1988. Disponível em: <<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/crfb.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Fev. 2007.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosane Evangelista da. *Sistema Único de Saúde: princípios. Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

MUNANGA, Kabenguelê. Políticas de ação afirmativa em benefício da população negra no Brasil - Um ponto de vista em defesa de cotas. *Rev. Espaço Acadêmico*, ano II, n. 22, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/022/22cmunanga.htm>>. Acesso em: 3 maio 2009.

OLIVEIRA Júnior, Adolfo Neves de. *A invisibilidade imposta e a estratégia da invisibilização entre negros e índios: Uma comparação*. Disponível em: <http://www.unb.br/ics/dan/geri/boletim/oliveira_jr_1997.pdf>. Acesso em: 3 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Promoção da saúde. Combate ao racismo institucional na saúde*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=30&area=conceito>>. Acesso em: 26 abr. 2009.

RUAS NETO, Antônio. Epidemiologia social e saúde indígena: uma visão da saúde coletiva. *Bol. Saúde*. Porto Alegre, v. 21, n. 1, jan.-jun. 2007.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, Cristina. *Etnicidade e saúde: outra perspectiva para alcançar a equidade*. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDD/Etnicidade.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

A Visão da Feminilidade sobre os cuidados em saúde dos Quilombos Contemporâneos

221

Saúde da População **Negra**

Parte II



Raça, interseccionalidades e determinantes sociais da saúde da população negra

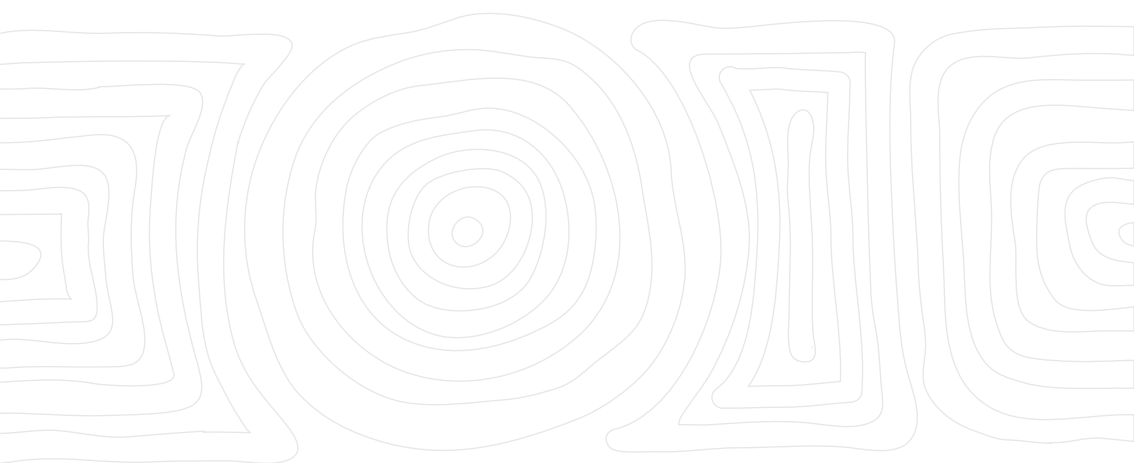


CAPÍTULO 10

Racismo:

um mal-estar psíquico

Marco Antonio Chagas Guimarães e Angela Baraf Podkameni



INTRODUÇÃO

Como diz Maria Inês Barbosa (1998, p. 100): “[...] a maioria das doenças que atinge a população negra é a mesma que atinge a maioria da população em geral. O que diferencia é seu perfil mais crítico de saúde, recorrente a diferentes contextos históricos, recorrência esta pautada na discriminação, no racismo e na negação de direitos [...]”.

Nossa clínica individual e nosso trabalho dirigido a grupos com pessoas negras, concordando com Barbosa, apontam que o racismo e a negação de direitos que dele decorre são um diferencial recorrente a ser mais bem compreendido no processo de construção de mal-estar ou adoecimento psíquico entre esse grupo de brasileiras(os). Procuramos, com nossa pesquisa, contribuir para uma compreensão teórico-clínica, que ajude a dar visibilidade a esse diferencial recorrente, compreensão que pode auxiliar na construção de formas de intervenção, manejo clínico, prevenção.

Para tanto, tomamos como base a hipótese proposta por Podkameni e Guimarães (1999, 2004), Guimarães (2001) e Guimarães e Podkameni (2008) de que o racismo dificulta, por vezes impede, o exercício natural e de direito de um campo de escoamento e elaboração da tensão psíquica nomeado de “espaço potencial” pelo psicanalista inglês Donald Winnicott (1975). Essa hipótese está diretamente ligada à proposição desse autor, segundo a qual o meio ambiente é elemento fundamental na construção, assim como manutenção, desse campo da subjetividade, não só no início, mas também ao longo da vida do indivíduo. Nosso objetivo no presente trabalho, utilizando como metodologia o estudo de caso e a análise de conteúdo, é, por intermédio de vinhetas de um atendimento, trazer novos subsídios para a hipótese levantada.

Começaremos, então, trazendo as vivências de um paciente, em seu terceiro ano de atendimento e que, por sua escolha, aqui chamaremos Jorge¹. Em sua procura inicial por atendimento, ele buscava formas de lidar com um processo de intensa ansiedade, fobia de lugares fechados, de ambientes com

1 O presente material de atendimento foi autorizado por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o nome utilizado é fictício.

muitas pessoas e problemas gastrointestinais (alimentava-se pouco, tinha problemas digestivos e eventuais diarreias). Jorge fazia uso de medicação.

Jorge trouxe para a sessão o incômodo que teve no contato com o gerente de uma imobiliária, depois de visitar um imóvel, quando estava para comprar sua casa própria. Naquela situação, ele estava com a mulher. Ambos são pretos, têm em torno de 40 anos e três filhos. O interesse em deixar de pagar aluguel e comprar uma casa começou a surgir durante o processo terapêutico, e era fruto da descoberta de suas potencialidades e direitos.

Ao ser perguntado sobre a natureza do incômodo, diz que era a sensação de estranheza, já relatada e trabalhada em momento anterior. Disse que a sensação começou a ser gerada a partir da maneira como foram recebidos pelas corretoras que os encontraram em local marcado por telefone. Foi reforçada pela maneira como foram recebidos pelo gerente na imobiliária, para onde foram encaminhados pelas corretoras e, pela forma como foi encaminhada a conversa que lá tiveram, em função do interesse pelo imóvel. As corretoras e o gerente eram brancos.

226

Estimulado a aprofundar a compreensão do sentimento de incômodo vivido, Jorge relata que a estranheza se presentificava em função do olhar de surpresa/espanto excessivos das corretoras e do gerente em cada um desses diferentes momentos de contato vividos. Além da sensação de surpresa/espanto houve, por parte do gerente, um excesso de perguntas sobre como obteriam o financiamento que iriam dispor para comprar o imóvel, assim como uma exacerbação de explicações sobre o processo, como se Jorge e a esposa fossem crianças e não soubessem das vantagens e dos deveres do comprador de um imóvel pela Caixa Econômica Federal. Jorge comenta que, apesar de sentir o incômodo/estranheza, este foi muito menor do que em momentos anteriores, quando gerador de ansiedade, angústia, paralisção e pânico.

A estranheza foi nomeada inicialmente um ano atrás quando, durante uma sessão na qual foram discutidas questões relativas à discriminação racial, ele relata:

Ser negro, muitas vezes, me causou uma sensação de estranheza. É uma sensação como se estivesse vivendo, mas não estivesse existindo. Tinha dificuldade de ver isso.

Com a análise é que tenho resgatado isso. Tenho resgatado também memórias. Também vou resgatando coisas que eu não lembrava quando leio romances que tratam de questões raciais. Era como se tivesse apagado. Como se eu estivesse num sono e que fosse acordando. Como se não quisesse dar conta daquilo [...]

Jorge prosseguiu associando outras tantas vivências de estranheza na sua trajetória de vida durante a sessão, quando relata:

Eu até estudei, mas, como precisei trabalhar para ajudar a família, aos 14 anos tive que parar. Só fiz até o primeiro grau. Eu gostava de estudar, mas não gostava de estudar história. Quando estudava história, os negros eram sempre escravos e estavam sempre com alguma coisa no pescoço, acorrentados. Eu não gostava. Ver isso me dava uma sensação de estranheza. Na escola, eu tinha um colega mais preto que eu. Eu percebia que nós, os mais pretos, tínhamos mais vergonha de levantar o dedo para fazer perguntas. Quanto mais a pele era escura, mais sentia um distanciamento. Me sentia isolado, com um silêncio maior. Meu colega não acabou o primário.

Já casado, eu tinha que trabalhar, fui fazer um teste para servente. O chefe do departamento de pessoal, que conhecia a pessoa que me indicou para a seleção, quando leu minha redação, perguntou se eu tinha mesmo só o primeiro grau e perguntou o que eu já tinha lido. Eu disse que já tinha lido muita coisa. Ele, então, disse que eu esperasse um pouco mais porque eu não poderia ser servente. Ele ia conseguir outro cargo melhor. Depois de alguns dias, ele me ofereceu uma vaga de auxiliar de escritório. A pessoa que se tornou meu chefe imediato me perguntou: "O que você fez para o chefe do departamento de pessoal não querer que você fosse servente?" Eu disse que não sabia. Na época achava que era sorte. Não entendia que isso era um potencial meu. Tinha a estranheza. Eu me lançava nas coisas, mas sem consciência de que podia, que tinha algo dentro que me permitia ir. Era como se fosse sorte. Era como ir de roldão na enchente. Se pegar um galho não morre.

Retomando nossa hipótese de que o racismo dificulta, por vezes impede, o exercício natural e de direito do "espaço potencial", queremos apresentar agora esse "espaço" da maneira como é compreendido por Winnicott (1975, p.13): como um campo intermediário entre o mundo interno (processos inconscientes) e a realidade externa. Do conceito, pretendemos dar relevância a duas proposições:

- Um meio ambiente bom o suficiente é elemento de fundamental importância na construção e manutenção deste campo.
- Esse campo é importante por suas características de espaço de mediação e elaboração psíquica tanto no início como ao longo da vida do indivíduo.

Winnicott (1988, p. 1) denomina de “meio ambiente bom o suficiente” as atitudes de uma mãe “comum”, atitudes em que, ao mesmo tempo, ela é capaz de perceber/compreender/atender às necessidades solicitadas pela criança e é capaz de apresentar limites, ou a “falta”, condizentes com as possibilidades da criança “digeri-los”. A dinâmica que se estabelece entre a capacidade de identificação do meio ambiente maternante, os limites impostos pela realidade sociocultural e o momento cronológico da vida da criança é o elemento que facilita, para a criança, a “digestão” do limite, ou a “falta”.

O encontro da criança com um meio ambiente maternante dotado dessa capacidade de identificação – um meio ambiente que é capaz de compreender, traduzir e atender às necessidades por ela apresentadas – facilita nela a deflagração do potencial para a capacidade de criar. Como nesse momento do amadurecimento, a criança vive um estado de onipotência primária, no qual tem o registro vivencial de que é o centro e vetor de tudo – nesse momento, não há ainda a compreensão de que existe o outro –, a capacidade de identificação da mãe e suas ações de cuidado e atendimento, aliadas ao potencial para a capacidade de criar, propiciam na criança a vivência ilusória de que as ações promovidas para a satisfação de suas necessidades são ações produzidas por si mesma. Por exemplo, em função desse potencial criativo, o leite que é produzido pela mãe durante a amamentação é vivido como se fosse produto dela, criança, de seu impulso de fome, e não da mãe. Winnicott nomeia essas primeiras construções imaginárias de “experiências ilusórias” e elas são as raízes do campo, que é o espaço potencial. Também, segundo ele, são as raízes do sentimento de que é possível buscar e obter o objeto de nossa necessidade, do sentimento de esperança.

O espaço potencial é também compreendido por Winnicott (1975, p.133) como um campo paradoxal. Ele nos mostra que a experiência ilusória implica um paradoxo, porque a experiência da ilusão, a experiência paradoxal do bebê de ser o criador do atendimento da necessidade, foi acompanhada, na realida-

de, por um seio/mamadeira que já estava lá para ser encontrado. É uma verdade paradoxal que se institui como tal em função das atitudes de cuidado e acolhimento, sustentadas pela capacidade de identificação do meio ambiente favorecedor para que o encontro do ego em formação da criança com a realidade externa se estabeleça sem encontros inesperados e incompreensíveis e geradores de angústia e trauma. Para esse autor, a sustentação do paradoxo se faz necessária porque o eu infantil não possui, ainda, mecanismos psíquicos de representação e, portanto, de compreensão das situações de limite ou “faltas”, provenientes da realidade.

Conforme mostra Roussillon (2006), o campo imaginário e de mediação psíquica se constrói sobre “paradoxos maturacionais”, que auxiliam o desenvolvimento e a continuidade psíquica, suavizando o impacto das rupturas naturais do processo de viver. Os paradoxos maturacionais criam formas semelhantes (homomorfas) para as rupturas naturais entre o mundo interno (subjetivamente concebido) e o mundo externo (objetivamente percebido), permitindo a entrada gradativa da diferença (isomorfismo) pelo viés das semelhanças. É a memória do que é semelhante que permite a conquista gradativa da diferença, porque tem como crédito a confiança nas memórias dessas vivências de atendimento da necessidade. Os paradoxos maturacionais, portanto, amenizam situações em que a “falta”, o limite natural, se apresenta. Eles criam um período de hesitação, um campo de repouso, permeado por cuidado e compreensão – que são consequência da projeção natural do eu infantil dos pais em seus filhos, e parte do processo de identificação – que facilita a (re) organização e o amadurecimento do eu.

Podkameni e Guimarães (2004) e Guimarães e Podkameni (2008) têm proposto a ideia de que durante o processo de crescimento da criança negra, quando nossa sociocultura passa também a ocupar o lugar inicialmente ocupado pelo núcleo familiar primário e passa a ser incorporada como parte integrante e necessária na tessitura do espaço potencial, em função do racismo, a sociocultura passa a dificultar, por vezes a impedir, o exercício natural e de direito desse campo de escoamento e elaboração da tensão psíquica entre esse grupo de brasileiros(as).

Evidenciam que nosso meio ambiente não é favorecedor porque, em razão de uma recusa histórica em se identificar com a população de fi-

lhos negras e negros, nossa “pátria mãe gentil” (Podkameni e Guimarães, 1999), em vez de promover uma comunicação que dê continuidade ao processo natural de identificação vivido até então no núcleo familiar primário, interrompe essa continuidade.

Com base nessas observações, este trabalho compreende que vivências positivas decorrentes da elaboração dos paradoxos maturacionais naturais ao desenvolvimento, que ficaram inscritas na subjetividade da criança, se chocam com uma sociocultura racista, à qual falta o elo – um “*quantum*” de identificação do meio ambiente – para dar a continuidade necessária a esse campo de mediação, instaurando-se uma nova ordem de comunicação baseada numa comunicação paradoxal patogênica.

Imaginar que o espaço sociocultural tenha o mesmo nível de identificação do meio ambiente nuclear, além de ser impossível e utópico, seria um impedimento ao desenvolvimento e amadurecimento. A diferença é necessária como instauradora da “falta” e estimuladora do criativo. Contudo, se essa diferença se coloca como um paradoxo insolúvel, porque baseada numa comunicação paradoxal patogênica, ela impede que as qualidades de mediação do espaço potencial sejam exercidas.

Conforme Roussillon (2006), “paradoxos patogênicos” exacerbam as situações de ruptura entre realidade interna e realidade externa, consequentemente exacerbam a diferença (isomorfismo) em detrimento da semelhança (homomorfismo), e criam uma situação traumática, porque ultrapassam as capacidades de ligações do eu. O paradoxo patogênico, por atacar a capacidade natural de ligação da psique incipiente, impede sua função organizadora. Provoca vivências de contradições subjetivas de difícil, por vezes impossível, solução. Roussillon aponta dois tipos de comunicação patogênica estreitamente associadas à comunicação paradoxal patogênica, a saber: a *mistificação* e a *desqualificação*, que entendemos serem paradigmáticas na comunicação que a nossa sociocultura dirige à população negra.

A mistificação atinge geralmente o afeto, a sensação. Assume o sentido de que “o que você está sentindo é falso. Posso lhe dizer o que você deveria sentir. Vou lhe dizer o que você verdadeiramente está sentindo” (Roussillon, 2006, p. 54). A mistificação supõe, portanto, um ataque ao eu e à sua auto-

percepção, tendo como efeito uma confusão de limites do eu, levando a um aumento de dependência daquele que “sabe”. Ou bem o sujeito acredita nos seus sentidos ou bem acredita no outro, numa relação em que a escolha não é possível sem graves prejuízos para a estruturação de sua individualidade, sua identidade e de senso de realidade dele como sujeito.

A desqualificação, por outro lado, implica um não reconhecimento. O outro comunica ao sujeito que é desqualificado, que este “não tem nada a dizer, não tem nada a comunicar, ou seja, não tem nada a pensar” (Roussillon, 2006, p. 55). No geral, significa que ele não é nada.

Discussão

Para começar a discussão das vinhetas clínicas, podemos mostrar a relação existente entre a lógica interna de Jorge, apontando para a normal e natural ação de um sujeito de direito que busca, em diferentes momentos de sua vida, o objeto de seu desejo/necessidade e seu confronto com “limites” que, por paradoxais patogênicos, dificultam o exercício dos paradoxos maturacionais e, conseqüentemente, a ação de “digestão”, escoamento e elaboração psíquica do espaço potencial. Dividiremos os relatos e associações que evidenciam o movimento de Jorge na busca da necessidade/desejo em três categorias: (1) Memória de vividos na procura de imóvel; (2) Memória de vividos na escola e na educação; (3) Memória de vividos no trabalho.

MEMÓRIA DE VIVIDOS NA PROCURA DO IMÓVEL

Busca e conquista da casa própria

Este processo se insere no momento do atendimento, no qual Jorge, por estar mais fortalecido em sua internalidade, e, portanto, mais consciente do reconhecimento de seus direitos, percebe que tem condições de pleitear um financiamento junto à Caixa Econômica, que, como ele verbaliza, “*recolhe o FGTS dos trabalhadores, e conseqüentemente o seu, para esse fim*”. Esse processo implicou ele ter de entrar em contato com dificuldades suas anteriores de lidar com limites que não foram bem organizados e administrados, revê-las e saná-las. Envolveu também uma proposta de (re)organização familiar, portanto, de recolocação de limites, para si e a família, com o objetivo de poupar o dinheiro

da entrada, assim como outras formas de conquistar o complemento do recurso para o sinal. Isso quer evidenciar que houve empenho e investimento afetivo e efetivo no empreendimento.

A comunicação do meio ambiente não favorecedor

O que justifica o excesso de surpresa/espanto no olhar das corretoras e do gerente? O que justifica as explicações excessivas do gerente? Entendemos que, como tantos outros códigos racistas existentes no imaginário sociocultural brasileiro que “parecem” invisíveis, porque não explícitos, mas que são sentidos porque vividos pela interioridade de pessoas negras, essa comunicação espelha e representa o outro igual como diferente, o outro igual como menor, o outro igual como inferior. Esse tipo de comunicação por ser “invisível” é como se não existisse e, portanto, pode ser facilmente negada, no entanto, provoca vivências de difícil, por vezes impossível, elaboração.

MEMÓRIA DE VIVIDOS NA ESCOLA E NA EDUCAÇÃO

Busca da escola e da educação como “alimento” para a vida

É sabido que a escola e os professores exercem um papel importante na vida das crianças. A escola representa o espaço da casa. Os professores têm o duplo significado de representantes das figuras parentais, ao mesmo tempo em que são representantes da sociocultura. Por isso sua importância. A um só tempo, a educação na escola nos transmite as bases do que, aliado ao nosso potencial criativo, vai construir e formar os códigos de significados da linguagem verbal e simbólica que utilizaremos em nossa vida.

As contradições da escola e da educação

Se na escola e com a educação são estabelecidos e introjetados, através das diferentes linguagens do conhecimento, os alicerces das possibilidades e dos limites propostos pelas socioculturas, um jovem estudante que gostava de estudar, ao ver sempre negros como escravizados, com alguma coisa no pescoço, acorrentados, pode construir uma defesa e não gostar de estudar história. Nessa história, ele não é ele mesmo, é um eu que não condiz com seu si mesmo, podendo tornar-se assim um construtor da sensação de estranhe-

za. Mas se a escola e os professores dizem que aquilo é ele, é sua família, como resolver esse paradoxo insolúvel? Talvez só pela associação que os mais pretos tinham vergonha de levantar o dedo e fazer perguntas, pela associação de que a pele mais escura levava a sentir um distanciamento e um silêncio maior, e, finalmente, de que o colega, mais preto que ele, como se fosse um fim inexorável, não completou o primário.

MEMÓRIA DE VIVIDOS NO TRABALHO

Busca do “emprego” para sustentar-se e à família

Na procura de um emprego, Jorge passa por um processo seletivo, e o chefe do setor de pessoal responde positivamente, apreciando a sua capacidade, indicando-o não para servente, e sim para a função de auxiliar de escritório.

Comunicação paradoxal da pessoa que passou a ser seu chefe

“O que você fez para o chefe do departamento de pessoal não querer que você fosse servente?” Diante dessa pergunta, já impactante, Jorge diz que não sabia a razão da mudança na indicação para o cargo de auxiliar de escritório. Porém, relacionou essa decisão ao fator sorte. A questão embutida na pergunta passou despercebida por Jorge até ter sido apontada na sessão para ser compreendida e aprofundada. Que questão? A posição apresentada, *a priori*, pelo chefe de não identificá-lo como um cidadão com direito a ter qualidades de inteligência e sensibilidade para ocupar o novo cargo proposto. Poderia ser um aspecto invejoso do chefe? Poderia, certamente. Mas seria só um aspecto invejoso ou estaria o chefe, numa comunicação tácita e invisível, embutindo uma atitude de discriminação racial?

Outro aspecto também não consciente na fala de Jorge estava em seu relato: *“Tinha a estranheza. Eu me lançava nas coisas, mas sem consciência de que podia, que tinha algo dentro que me permitia ir. Era como se fosse sorte.”* Sobretudo o relato *“Era como ir de roldão na enchente. Se pegar um galho não morre.”* Na lógica dos processos maturacionais, a diferença e o limite promovem e dão sustentação a uma rearticulação no interior do si mesmo, em que a continuidade de ser dos processos de amadurecimento vão, necessariamente, na direção da vida por intermédio da busca da necessidade/desejo. Entendemos que a con-

tradição perigosa do racismo para a subjetividade de Jorge, mas não consciente, estava em dizer que *"Era como ir de roldão na enchente. Se pegar um galho não morre."* Mesmo numa situação de dificuldade como *"ir de roldão na enchente"*, o que nos move na solução de uma dificuldade é a busca da satisfação/prazer, do objeto de nossa necessidade, ou seja, do viver. A busca de um galho não é, como disse Jorge, para não morrer, portanto, para apenas sobreviver, mas é necessariamente para desejar viver.

Queremos chamar a atenção para um elemento impactante que perpassa todas as memórias relatadas no processo de associação de ideias de Jorge, que é a sensação de estranheza. Para Jorge, *"Ser negro muitas vezes me causou uma sensação de estranheza. É uma sensação de como se estivesse vivendo, mas não estivesse existindo"*. Compreendemos que essa sensação é consequência de contradições psíquicas, decorrência – ou como disse Barbosa (1998), recorrência – pautada no racismo e na negação de direitos, pode ter como consequência a produção de defesas, sintomas e possível mal-estar e doença psíquica. Segundo nossa compreensão, é possível perceber a negação defensiva quando Jorge diz que *"Tinha dificuldade de ver isso. [...] Era como se tivesse apagado. Como se eu estivesse num sono e que eu fosse acordando. Como se não quisesse dar conta daquilo..."*

Por que Jorge teria construído um processo defensivo onde não queria ver e não queria dar conta daquilo? **Entendemos que, na lógica promovida pelo racismo, os processos de identificação não existem. Não existem porque a diferença, que deveria ser vivida como natural, provoca, pela falta de identificação (com o outro meu igual, apenas de cor de pele diferente da minha) um "quantum" de tensão psíquica que, por sua recorrência contínua e cotidiana, vai se acumulando aos poucos e acaba "transbordando", porque o acesso ao dispositivo do escoamento do campo de mediação, que é o espaço potencial, fica dificultado ou interrompido. A discriminação racial e a negação de direitos se processam no sentido oposto ao da lógica das experiências ilusórias, dos paradoxos maturacionais, que estabelecem e mantêm as bases do espaço potencial.** Segundo essa lógica, porque existe uma capacidade de identificação do meio ambiente favorecedor, a diferença é apresentada, vivenciada, até estranhada, mas não se estabelece um mal-estar ou uma dor psíquica porque a continuidade não foi interrompida. Visto que a capacidade de identificação é parte da tessitura do processo, a diferença, porque não vivida como uma

invasão, um choque, uma dor, pode ser absorvida, aceita, incorporada e pode acionar a capacidade de criar novas vias de continuidade na busca do objeto de nossa necessidade e desejo.

CONCLUSÃO

Em nosso objetivo de apresentar novos subsídios para a hipótese que Podkameni e Guimarães (1999) têm proposto, hipótese que evidencia que o racismo e a negação de direitos a ele vinculados dificultam e por vezes impedem, o exercício do espaço potencial, mostramos que esse campo de mediação é, primordialmente, um campo paradoxal. Como elemento novo, nossa pesquisa mostrou que os paradoxos maturacionais provenientes da convivência harmoniosa entre meio ambiente facilitador e mundo interno permitem a entrada gradativa da diferença pelo viés da semelhança. Evidenciamos que os paradoxos maturacionais, portanto, amenizam situações nas quais a “falta”, o limite natural, se apresenta. Eles criam um campo de repouso, um período de hesitação, que facilita a emergência do potencial criativo, assim como a (re) organização e o amadurecimento do eu.

Mostramos também que os paradoxos patogênicos exacerbam as situações de ruptura entre realidade interna e realidade externa, conseqüentemente, exacerbam a diferença em detrimento da semelhança, criando uma situação traumática porque ultrapassam as capacidades de ligação do eu. Os paradoxos patogênicos, por atacarem a capacidade natural de ligação da psique, impedem sua função organizadora, assim como a construção e a manutenção do espaço potencial. Mostramos, então, que a comunicação que estrutura a lógica do racismo que se recusa a se identificar com os brasileiros negras e negros é de ordem paradoxal patogênica.

Mudar ou transformar o paradoxo patogênico originário do racismo num paradoxo maturacional é um desafio e uma afirmação de direitos. Nossos trabalhos, tendo como objetivo a construção de uma compreensão teórico-clínica dos impactos do racismo, visam tornar consciente, esmiuçar, expor a repressão invisibilizada, negada, mas existente nas relações sociais brasileiras e sentida e vivida pela população negra. Visam à criação de dispositivos teórico-clínicos para um atendimento com equidade à população negra. Entendemos que, embora o acolhimento seja preconizado pela Política Nacional de

Humanização do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS)², se as questões raciais não estiverem assumidas conscientemente pelos profissionais, não será possível oferecer a capacidade de identificação e, conseqüentemente, não será possível a construção de um *setting* como um território de atendimento adequado.

Queremos enfatizar que o *setting* terapêutico dirigido ao atendimento de brasileiras(os) negros, além de incluir a compreensão e valorização da estética, da história, da religiosidade, enfim, do imaginário negro, deve incluir uma escuta que valorize tanto a interpretação como uma atmosfera relacional, que contemple elementos como *holding* e manejo assim como a capacidade de se identificar. Um *setting* que permita a “realimentação” e a manutenção do campo imaginário que é o espaço potencial, no qual se (re)estabeleça uma vivência de continuidade de ser, um espaço natural de repouso psíquico, no qual seja facilitada a vivência de um período de hesitação e em que a emergência da criatividade potencial existente em cada sujeito possa se apresentar e escolher uma, entre algumas possibilidades de ser e fazer que naturalmente a vida apresenta. Um *setting* onde se compreenda as estranhezas, os disfarces, as invisibilidades e os não ditos do racismo, em que se construa o direito de ter sonhos acordados de futuro, se construa o direito à esperança e a ter a sensação de que a vida valha a pena ser vivida.

Decorrem daí propostas de combate ao racismo institucional, ao racismo interpessoal, à presença nas grades curriculares das faculdades de psicologia, de medicina, de educação, dos cursos que lidam com saúde em geral, de uma disciplina que verse sobre relações raciais, assim como sobre a saúde da população negra. Apontam, portanto, para a importância da necessidade de uma prática supervisionada que também implique processos de sensibilização sobre a temática racial, entre esses estudantes e futuros profissionais em seu início de prática (residência, internato, estágios diversos).

Conforme evidenciamos, **na saída da criança negra do seu núcleo familiar primário para o mundo ampliado da sociocultura, ela necessita de mecanismos de identificação e mediação psíquica, mecanismos estes que são dificultados, por vezes impedidos, pela discriminação racial.** Com base nessa

2 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

afirmação, a capacitação e a sensibilização, sobretudo, dos profissionais que trabalham em creches, escolas de ensino fundamental, como também no atendimento em pediatria e puericultura, são de suma importância. Aponta também para a importância da implementação do quesito cor nos formulários de saúde mental, visando tornar os dados cada vez mais fidedignos para tomadas de decisão de políticas públicas em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHOKA EMPREENDIMENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (orgs.). *Racismos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Takano, 2003.

AUGRAS, M. *Psicologia e cultura: alteridade e dominação no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU, 1995.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M.; Pereira, J. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública*, 38 (5): 630-636, 2004.

BATISTA, L.E Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1): 71-80, 2005.

BARBOSA M. I.S. *Racismo e saúde*. Tese de doutorado em Saúde Pública, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1998.

_____. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo" *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 23, p. 34-36, mar. 2001.

CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (orgs.). *Psicologia social do racismo*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CHAGAS, A. M. *Comunidade popular, população negra, clínica e política: um outro olhar*. Dissertação de mestrado em Psicologia, Niterói, RJ, Universidade Federal Fluminense, 2010.

FANON, F. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

GUIMARÃES, M.A.C. A área de ilusão e a subjetividade afrodescendente no Brasil. *Bol. Arayé*, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, p. 17-22, 1998, número especial.

_____. *A rede de sustentação: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica, 2001.

GUIMARÃES, M.A.C.; PODKAMENI A.B. A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: projeto mãe-criadeira. *Saúde e Sociedade*, 17 (1): 117-130, jan./mar. 2008.

INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE. *Os efeitos psicossociais do racismo*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2008.

LOPES, F. Raça, saúde e vulnerabilidades. *Bol. Instituto de Saúde*, n. 31, p. 7-11, dez. 2003.

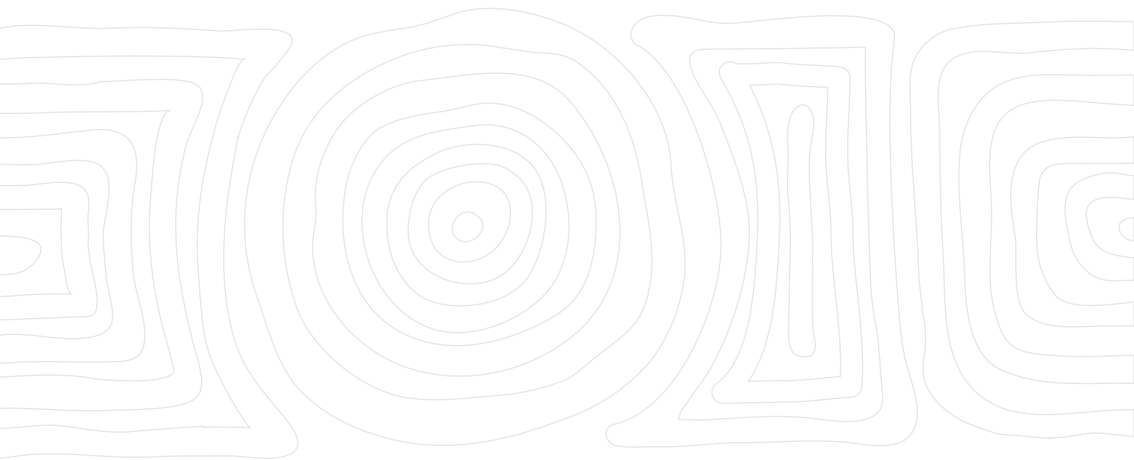
- OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.
- PODKAMENI, A. B.; GUIMARÃES, M. A. C. (orgs.). *Winnicott, 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU/PUC-RJ, 1997.
- PODKAMENI, A. B.; GUIMARÃES, M. A. C. Brasil, pátria mãe gentil? Kizumba (Boletim do Programa de Saúde do Grupo Cultural Afro-Reggae), 2 (3): p. 4-5, 1999, edição especial.
- _____. Projeto Mãe-Criadeira: gestante e grupo espaços potenciais. In: *IX Encontro Latino-Americano sobre a obra de Winnicott*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Psicanálise; 2000. p. 343-349.
- _____. Afrodescendência, família e prevenção. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- ROUSSILLON, R. *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos, 2006.
- SAMPAIO, A. S. *Ecos da hipertensão: a vivência de mulheres negras no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Psicologia, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, 2009.
- _____. Ecos da hipertensão: vivências de mulheres negras. In: SILVÉRIO, V. R.; PINTO, R. P.; ROSEMBERG, F. (orgs.). *Relações raciais no Brasil: pesquisas contemporâneas*. São Paulo: Contexto, 2011.
- SOUZA, N. *Tornar-se negro*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- SODRÉ, M. *A verdade seduzida, por um conceito de cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Codecri, 1983.
- WERNECK, J. *Políticas públicas para negras e negros – Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Criola, 2010.
- WERNECK, J.; DACACH, S. *Saúde da Mulher Negra*. Rio de Janeiro: Criola, 2004. (Cadernos Criola, 2).
- WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (orgs.). *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2000.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- _____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

CAPÍTULO 11

A construção da raça nacional:

Estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher

Eliana Gesteira da Silva e Alexandre Brasil Carvalho da Fonseca



INTRODUÇÃO

A mulher foi colocada no centro de políticas de saúde desenvolvidas durante o primeiro Governo Vargas (1930 a 1945) como parte de uma estratégia governamental que apontava para sua importância como matriz de uma nova raça nacional. Esse direcionamento partia da perspectiva de que a salvação do país precisava ser preparada tendo em vista um modelo idealizado de sociedade, na qual saúde, beleza e moralidade serviriam como base para a construção de uma geração futura de homens capazes de contribuir para o desenvolvimento da nação. Nesse sentido, a eugenia, ciência muito popular nos meios acadêmicos brasileiros da época, seria uma aliada do Estado na busca do aprimoramento racial dos brasileiros, segundo a argumentação de seus seguidores, que defendiam a importância das leis da hereditariedade para se atingir a reprodução de tipos ideais – fortes, belos e saudáveis – como os mais adequados a uma sociedade em via de se modernizar.

O conhecimento dessa estratégia saneadora, que tinha como foco a figura da mulher, objetivo do presente texto, origina-se de um recorte feito com base na dissertação *Ciência, estética e raça: observando imagens e textos no periódico “Brasil Médico” – 1928 a 1945*, que foi estruturada a partir da leitura e análise de 932 exemplares do referido periódico, publicados entre 1928 e 1945, num total de dezoito volumes. Destes, foram selecionados e copiados digitalmente 1.423 imagens e textos. A metodologia foi baseada em pesquisa documental de linha histórico-cultural e inspirada em procedimentos e perspectivas sugeridas no livro *Arqueologia do saber*, de Michel Foucault (1986) e em sua concepção de biopolítica (Foucault, 2005).

Nesse sentido, foram apresentadas as práticas discursivas de conteúdo eugênico, articuladas à ideia de progresso e de ciência em oposição à de anormalidade e à de degeneração, que se fizeram presentes na formulação de tecnologias de poder e saber com a finalidade de buscar a formação de uma raça nacional homogênea. Assim, dentro desse contexto maior, as relações estabelecidas entre as políticas de Estado e os saberes acadêmicos se voltaram para a figura da mulher, que passaria a ser um alvo importante por representar a possibilidade de se diminuir o grau de degenerescência na população brasileira, uma vez que se reconhecia o potencial que possuía em assimilar os

preceitos de uma educação eugênica e que, principalmente, podia disseminá-lo em prol do melhoramento racial da nação.

O periódico *Brasil Médico* (BM), criado em 15 de janeiro de 1887 por Azevedo Sodré, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apresentou, ao longo de suas edições, uma série de artigos subdivididos em áreas como a de higiene pública e saneamento, que tratavam tanto da orientação de costumes alimentares e higiênicos, como da condenação de “perversões sexuais” e de desvios que levavam à degeneração (Schwarcz, 2008).

Sendo assim, a observação dos textos e imagens do BM nos possibilitou a percepção de um processo em que havia a presença de estratégias, conflitos e relações de poder envolvendo as questões raciais, que ora se daria por meio de um discurso de objetivação do negro como elemento que compunha a cultura e a raça brasileira, ora se referiria ao negro, de maneira indireta, como um obstáculo ao desenvolvimento e ao progresso da nação, por seu “natural” envolvimento com os problemas criminais e com as condições precárias de higiene e saúde em que vivia. Notamos, igualmente, na descrição de casos e procedimentos apresentados no BM, algo que pôde nos levar a compreender a maneira pela qual se impôs nos discursos o poder de se instituírem verdades sobre um outro que não aquele que corresponderia ao ideal de beleza e saúde esperado para a população brasileira.

Na quadra de tempo correspondente ao período pesquisado, aconteceram alguns fatos relevantes, destacando-se, no Brasil, uma mudança política profunda, em 1930, com a passagem da chamada República Velha para a República Nova e, no plano externo, a quebra da Bolsa de Nova York, em 1929, que afetou a economia por todo o mundo e conseqüentemente a do Brasil. Nesse mesmo ano, também aconteceria o I Congresso de Eugenia, evento organizado pela Academia Nacional de Medicina, que recebeu o apoio do BM com ampla cobertura do programa do Congresso e de algumas de suas conferências.

Foi dentro do novo panorama representado pela Era Vargas que passaria a ter assento nos quadros do governo uma intelectualidade que ansiava por participar das reformas prometidas pelo governo, passando a haver, na administração estatal, maior presença de intelectuais e técnicos das áreas médicas e educacio-

nais, como um grupo importante na implementação do projeto que traçaria os rumos do futuro da nação (Oliveira, 1982). Desse modo, houve também entre alguns colaboradores do BM um vínculo com os programas desenvolvidos pelo Estado brasileiro por meio da atuação em cargos administrativos e de contribuições para a elaboração de políticas de saúde e educação sanitária.

Um exemplo foi a divulgação no BM de propostas dos membros da Comissão Brasileira de Eugenia para a Assembleia Nacional Constituinte. O presidente dessa comissão era o médico Renato Kehl, um dos colaboradores da revista e importante nome da eugenia no Brasil. As sugestões dos eugenistas se baseavam nos princípios definidos pela Comissão da Sociedade Alemã de Hygiene Racial. No texto divulgado no BM, cogitava-se inserir na Constituição de 1934 proposições de caráter eugênico voltadas para a esfera familiar, colocando-se a importância de se empreenderem “todos os esforços” para a “conservação e a multiplicação das famílias bem constituídas e de proles sadias de ‘bem dotados’, [reconhecendo-se] sua função geradora útil à nacionalidade” (1933, p. 73). (BM, 1933, p. 73)

Embora de maneira vaga, a influência do grupo de eugenistas se efetivou na Carta Magna: os aspectos educacionais e sanitários apresentados em seu artigo 138 se relacionavam com os princípios propostos pela Comissão Brasileira de Eugenia, que se manifestava a favor de um Estado que buscasse a “defesa das futuras gerações na preservação e multiplicação das boas linhagens das diversas classes de trabalhadores” (BM, 1933, p.73). Assim, situações como casamentos, nascimentos, vícios, taras e doenças mentais eram vistas como estratégias para se descobrirem os indícios degenerativos presentes na constituição de certos indivíduos cujos caracteres eram considerados nocivos para a saúde da nação. Portanto, a questão da sexualidade receberia especial atenção não só em relação a doenças, mas para controlar a transmissão, visando à preservação das futuras gerações e da espécie. Esse movimento que se conjugaria com as relações médicas e políticas em torno da gestão das questões voltadas para os nascimentos e casamentos e da união entre casais.

Antes de dar prosseguimento ao texto, faremos referência a algumas lembranças de infância pessoais que se aproximam dos assuntos aqui tratados. A primeira mostra quanto desde pequeninos estamos envolvidos com aspectos relacionados à cor da pele que, possivelmente, podem vir a ter reflexo

em nossas escolhas futuras. Essa lembrança, uma inocente brincadeira entre meninas, vem de um jogo de pular corda em que se cantava uma canção que dizia assim: “Qual é a cor de seu namorado? É branco? É preto? É louro ou moreno?”. A graça da brincadeira estava em cantar repetidas vezes a cantiga até que as pernas se embaralhassem, momento em que todas ríamos, tanto por causa de um tropeço, de um movimento descompassado, como da adivinhação da cor do namorado, que ninguém ainda tinha. Da lembrança, pouca coisa mais se revela, mas é provável que houvesse manifestações de preferências sobre os tipos de namorados que sonhávamos ter, não sei dizer com certeza.

A outra lembrança vem de uma música, “O teu cabelo não nega” (*apud* Tatit, 2002), composta por Lamartine Babo e os irmãos Valença, em 1932, início da época áurea do rádio, veículo de comunicação muito utilizado pelos aparelhos de propaganda do Estado nacionalista de Vargas. Essa marchinha de carnaval traz à tona a questão das relações inter-raciais no Brasil, com a marca de um racismo bastante explícito: a começar pelo título, “O teu cabelo não nega”, prosseguindo com o trecho: “Mas como a cor não pega”. A música, de exaltação à miscigenação, procura mostrar que a cor da pele não ofereceria risco ao “tenente interventor”, que poderia assim, usufruir, sem problemas, o amor da “mulatinha”, com “sabor bem do Brasil”:

O TEU CABELO NÃO NEGA

O teu cabelo não nega
 Mulata
 Porque és mulata na cor
 Mas como a cor não pega
 Mulata
 Mulata quero o teu amor

Tens um sabor
 Bem do Brasil
 Tens a alma cor de anil
 Mulata, mulatinha, meu amor
 Fui nomeado teu tenente interventor

A terceira recordação vem dos bancos escolares, mais precisamente das aulas de literatura brasileira, em que se lia o poema de Manuel Bandeira (2005, p. 57) “Irene no céu”, cuja primeira edição ocorreu em 1930 como parte do livro *Libertinagem*. O título do livro se relaciona à busca do poeta pela liberdade de composição e também reflete a modernidade na procura do novo, da síntese e do ritmo da vida industrial (Gebara, 2005). Seu caráter biográfico (Coelho, 2009) vem de sua infância e remete a um passado simbolizado pela imagem de afeição e conciliação entre as raças.

IRENE NO CÉU

Irene preta

Irene boa

Irene sempre de bom humor.

Imagino Irene entrando no céu:

- Licença, meu branco!

E São Pedro bonachão:

- Entra, Irene. Você não precisa pedir licença.

Nesse poema, podemos perceber a descrição de um personagem que apresenta características desejáveis para a condição de mulher negra naquela sociedade. Irene, além de ser uma pessoa boa, estava sempre de bom humor, não possuindo nenhum traço de tensão ou de amargura que pudesse ameaçar a ideia de um país livre de conflitos raciais. Sua entrada no céu estava assegurada, embora o autor não tenha deixado que isso ocorresse sem uma dose de subserviência por parte de Irene, que, mesmo não precisando, pedia licença a São Pedro.

Essas memórias trazem em comum noções como raça, sexualidade, estética e moralidade e nos encaminham para uma reflexão sobre o processo histórico que veio a produzir um tipo de discurso que apresen-

ta uma violência simbólica que se perpetua como forma de racismo no modo como olha e desqualifica o corpo negro. Esses discursos perderam a perspectiva em que foram determinados pelo processo de construção de técnicas de poder próprios da sociedade moderna, e, ao terem sido incorporados por um processo de naturalização, foram mantidos ao longo do tempo, conduzindo ao ordenamento de hierarquias raciais, que passaram a ser aceitas como uma característica histórica determinante da sociedade brasileira.

No presente texto, são abordados alguns tópicos da pesquisa que tangenciaram a relação da eugenia com as políticas de Estado, que resultaram em debates em torno da atenção à maternidade e do interesse pela construção de uma raça nacional. Esses temas, articulados, produziram discursos nos quais o racismo esteve presente ora de maneira velada, ora de maneira explícita, corroborando as dissimulações e contradições, que historicamente têm caracterizado os debates sobre as questões raciais no Brasil. Antes, porém, de serem analisados os textos e as imagens do BM, consideramos relevante fazer uma síntese a respeito da discussão estabelecida por alguns autores sobre a relação entre nação, modernidade e racismo.

MODERNIDADE E RACISMO

Alguns autores procuraram discutir a relação entre Estado, população e racismo no processo que envolveria procedimentos e técnicas de poder que foram utilizados na busca do melhoramento da espécie humana como forma de servir ao desenvolvimento industrial e tecnológico nas sociedades modernas.

Para Bauman (1999), esses mecanismos de poder, cujo exemplo mais extremo de “engenharia social” foi o guiado por Hitler, eram concepções genuínas do “espírito moderno”, que tinha a necessidade de acelerar o progresso da perfeição humana, baseando-se numa visão otimista sobre as conquistas científicas e o desenvolvimento industrial.

Segundo Gilroy (2007), essas ações de poder influíram na maneira como a concepção de raça passou a ser “compreendida e praticada” pela modernidade, uma vez que grupos dominantes passariam a perceber seus “subor-

dinados”, considerados anacrônicos, como se fossem algo que pertencesse ao passado, não possuindo, portanto, qualquer possibilidade de futuro. Esse autor reconhece que os povos coloniais e os judeus se encontram interligados por intervenções governamentais e transnacionais associadas a programas de higienização da raça.

Foucault (2005) demonstra que o racismo surgido na modernidade estaria associado a técnicas de normalização de uma sociedade que avançava para a industrialização e para a explosão demográfica, criando, desse modo, mecanismos de poder que possibilitaram um estado de equilíbrio dentro dessas novas condições. Surgiria daí, então, a origem da noção de população, que seria um assunto científico e político da “biopolítica”, campo de saber e poder que teria como objeto os problemas de natalidade, morbidade e das “incapacidades biológicas diversas”. É nesse sentido que o autor demonstra como foi possível se aceitar “a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal)”, para que “a vida em geral” se tornasse “mais sadia; mais sadia e mais pura” (Foucault, 2005, p. 305). Note-se que, ao falar em tirar a vida, Foucault não está simplesmente se referindo a um “assassinato direto”, mas a tudo aquilo que pode ser visto como um “assassinato indireto”, como a maior exposição ao risco de morrer, que pode incluir modos de morte política e situações de expulsão, de rejeição e de isolamento.

A noção eugênica de purificação das raças se relacionaria também com a teoria da degenerescência, que, segundo Foucault (2005), se estabeleceu como um problema da sexualidade, uma vez que se entendia que um indivíduo sexualmente doente teria uma hereditariedade que afetaria sua descendência por várias gerações. Portanto, uma sexualidade pervertida acabaria por afetar a população, sendo a sexualidade, assim, um “ponto de articulação do disciplinar e do regulamentador, do corpo e da população” (Foucault, 2005, p. 301).

Assim, o conhecimento dos processos que envolveram técnicas de poder voltadas para o controle social nas sociedades modernas pode nos fornecer elementos para a compreensão das condições que motivaram a busca de vínculos de identidade e de homogeneidade no projeto nacionalista brasileiro, como também da permanência de modos de exclusão e formas de racismo em nossa sociedade atual.

De modo conjunto, nação e modernidade se encontraram entrelaçadas em questões que envolveram a percepção e o domínio do “outro”, com base numa pretensa superioridade europeia, bem como na crença do poder da ciência e da técnica para a solução dos problemas sociais. Essas questões, associadas aos movimentos promovidos em proveito de uma higiene da raça por meio da eugenia, procuraram justificar como verdade científica a existência de uma herança hereditária superior de alguns indivíduos. Tal pensamento tornou possível a existência de genocídios em massa. Não obstante tenha havido, posteriormente, um repúdio a tais atrocidades, essa concepção serviu de modelo a nações, como o Brasil, que desejavam atingir um grau de desenvolvimento dentro de parâmetros que se aproximassem das sociedades reconhecidas como modernas e civilizadas.

DISCURSOS SOBRE A RAÇA BRASILEIRA NO *BRASIL MÉDICO*

No Brasil, com a chegada do presidente Getúlio Vargas ao poder, abre-se uma perspectiva que possibilitou um novo olhar sobre os problemas da nação e dos brasileiros, que passariam a ser encarados, doravante, como doentes que precisavam ser tratados pela ação regeneradora do Estado. Assim, regenerar e curar se tornaria parte das estratégias prioritárias tanto para a esfera individual como, em sua extensão, para a nação. Desse modo, a política de Vargas procuraria atuar em duas frentes, utilizando ao mesmo tempo um discurso ideológico e práticas higienizadoras para buscar recuperar a imagem do trabalho e do trabalhador, que, por meio desse novo discurso, seria apontado como o “novo homem nacional”, o que condizia com o projeto de valorização do trabalhador e da raça brasileira (Souza, 2008). Partindo-se da constatação de que havia degenerescências a ser superadas, buscar-se-ia a educação dos melhores indivíduos para que o país fosse dotado de trabalhadores moral e fisicamente fortes e saudáveis, além de se constituir uma elite intelectual e política capaz de apontar os caminhos do desenvolvimento cultural e econômico.

No primeiro Governo Vargas, buscava-se a constituição da homogeneidade racial com o objetivo de eliminar diferenças étnicas e culturais para que não viessem ocorrer ameaças à unidade do Estado-nação. Nesse sentido, nos meios acadêmicos do período, havia uma posição supostamente igualitária sobre a inexistência de preconceito racial, ideia que se tornou corrente na sociedade brasileira de maneira geral; o que não impediu a convicção, entre alguns intelectuais, de que a miscigenação tornaria possível, no futuro, o bran-

queamento do povo brasileiro (Seyferth, 2002). Desse modo, a mestiçagem seria aceita como um acontecimento histórico explicado pelo cruzamento de três raças. Esse fato somente teria ocorrido pela “benevolência” da raça superior em se misturar com as outras duas, que, inferiores biológica e culturalmente, seriam dissolvidas pela mais forte, como podemos observar nas palavras de Afrânio Peixoto (1975 *apud* Seyferth, 2002, p. 135) em seu livro *Clima e saúde*, cuja primeira edição saiu em 1938:

A albumina branca depura o mascavo nacional [...] Negros puros já não há; mestiços, por fraqueza somática, sensualidade, nervosidade, sensibilidade à tuberculose, ou desaparecem pela morte precoce, ou se cruzam, sempre com elementos mais brancos: a raça se aclara.

Portanto, o ideal da harmonia racial, que se baseava na ausência de antagonismo e violência entre brancos, negros e índios, considerados unidades formadoras da sociedade brasileira, serviria como um importante dispositivo de definição da identidade nacional. Dessa maneira, Gilberto Freyre, valendo-se do tema da colonização em sua obra *Casa grande e senzala*, publicada em 1933, procurou relatar a origem da sociedade brasileira, onde escravos e senhores, brancos e pretos conviveriam harmonicamente em uma sociedade miscigenada (Siqueira, 2007). Assim, o culto à mestiçagem como processo principal da formação da identidade nacional foi a base de um discurso que se tornaria desde então hegemônico no Brasil.

Dessa maneira, foi afastada uma percepção negativa das misturas raciais, considerando-se como certa a transformação do país em uma nação miscigenada, que seria conduzida pela educação sanitária e pelo higienismo, tendo como base os princípios eugênicos e não um processo ocorrido de forma espontânea. Havia, portanto, um tipo ideal de homem nacional a ser alcançado e, desse modo, a mulher tinha uma função importante nessa ação, visto que o cuidado com a infância e a maternidade faziam parte dos esforços dos poderes, tanto do Estado como da elite, para que se chegasse ao resultado esperado.

Na leitura dos exemplares do BM, podemos observar o papel relevante atribuído à mulher, pelo seu reconhecimento como ser que conceberia o futuro trabalhador e o criaria para se tornar forte e saudável,

constituindo-se como elemento adequado à formação de uma raça brasileira e como força construtora de uma nação desenvolvida, civilizada e moderna. Logo, os esforços empreendidos para criar essa nova raça de brasileiros estavam relacionados à busca do aprimoramento da espécie humana, que colocava “a unidade mãe-filho” em situação de centralidade da atenção médica, visto que as crianças eram consideradas “recursos biológicos-políticos da nação” (Stepan, 2005, p. 86).

Um exemplo do reconhecimento dessa importância é o discurso de Getúlio Vargas reproduzido no BM, “O problema de assistência à infância”, no qual o presidente associa a proteção à mulher e à criança com a necessidade de eugениzar a população:

Já fiz ressaltar, no discurso do Dia da Independência, a imperiosa necessidade de proteger a infância e a maternidade e de eugениzar as nossas populações. O povo brasileiro, dotado de tão excelentes qualidades, reclama, apenas, para completo desenvolvimento das suas energias, um cuidado permanente pelas gerações novas (BM, 1938, p. V).

Assim, a mulher passaria a ser visada pelas instituições médicas do Estado como o elemento que dispunha de meios para gerar filhos saudáveis, robustos e bonitos, desde que fosse devidamente orientada nesse sentido. No entanto, a estratégia não era direcionada a qualquer mulher, mas àquela que tinha condição de fornecer “índice de natalidade qualitativa e quantitativamente bom”. Percebe-se isso num trecho do artigo “Aspectos da ginecologia social”, de autoria do médico Assad Mameri Abdenur (BM, 1941, p. 521), que demonstra a importância do papel assumido pela mulher nesse novo contexto, como também da eugenia, vista como o aprimoramento da população. O autor menciona, ainda, sua preocupação com a heterogeneidade racial, fator que poderia dificultar o projeto de formação de indivíduos com características consideradas desejáveis para o trabalho e para o progresso do país:

À fração feminina deve caber grande parte das medidas de proteção. Pela importância de suas funções geratrizes, e ser o primeiro agente protetor da infância, merece os desvelos de quem vise índice de natalidade

qualitativa e quantitativamente bom. Surge daí a razão de ser de um ponto de vista eugênico. A heterogeneidade racial merece grande atenção (BM, 1941, p. 521).

E seria com o intuito de se buscar a construção de uma nação miscigenada e eugenizada, que as atenções se voltariam para a mulher, dona de uma “missão” importante, embora secundária, que era o de conceber a nova raça de homens brasileiros que deveriam ser gerados e criados para essa nova etapa de desenvolvimento do país. Esse tema foi desenvolvido em “A mulher e a raça”, de autoria de João Maurício Muniz de Aragão (BM, 1941, p. 41), artigo que traz um exemplo do uso da palavra *puericultura*, que, originada dos estudos eugênicos franceses, guarda relação com a noção de agricultura (Stepan, 2005) pela forma como mãe e criança se transformaram em recursos biológicos que precisavam ser cultivados para o aprimoramento da espécie humana e para o futuro da nação:

No preparo da mulher reside incontestavelmente uma das grandes forças que dispõe a puericultura para construir uma raça sã. Ninguém semeia em terra safara. Todos preparam a terra em busca de boa colheita. Assim devem fazer os puericultores. É preciso preparar toda mulher em idade de conceber, para a alta missão de perpetuar o homem. Assim os productos saídos das suas entranhas serão sadios e fortes e, aqui fóra, criados num ambiente propicio ao seu desenvolvimento, formarão uma raça poderosa, orgulho de uma nação livre e civilizada (BM, 1941, p. 41).

A Figura 1 mostra uma paciente que apresenta lesões na pele (pelagra). Ela é um dos casos ilustrados no artigo “Observações e ligeiras notas acerca de cinco casos de pelagra”, de Orestes Diniz (BM, 1944, p. 56). Em sua ficha, constam dados como número de identificação, residência, naturalidade, idade (15 anos), cor (parda) e estado civil (solteira). No espaço para profissão, consta a palavra “Me-retriz”. A anamnese faz referência a seus pais (falecidos) e ao número de filhos de sua mãe, 10, dos quais 4 eram mortos; há ainda referência a sua primeira menstruação, ocorrida aos 12 anos; a um aborto que havia feito (de 5 meses) e ao fato de ser “alcoólatra inveterada”. Constam ainda doenças como escabiose, sífilis e blenorragia.



Figura 1. BM, 1944, p. 56

Sobre essa imagem, se fosse desconhecido o contexto, não seria difícil vê-la como a fotografia de uma pessoa morta. O fotógrafo captou as lesões no rosto e abaixo do pescoço da paciente, que se encontra em posição frontal, imóvel e encostada a uma parede, onde é projetada sua sombra. Seu colo nu está à mostra. Seus olhos estão fechados. De todas as fotografias pesquisadas, essa é a única ocasião em que encontramos uma pessoa de olhos que se fecharam para a câmera. Podemos especular sobre a causa de isso ter acontecido. Seria orientação do fotógrafo ou do médico? Vergonha de sua posição como prostituta? Ou não concordaria com a situação de exposição, reagindo com o fechar dos olhos?

Essa imagem intrigante (Figura 1), com a descrição da vida pregressa da paciente, faz pensar numa antítese do modelo de mulher ideal que serviria ao progresso do país, por não apresentar a possibilidade de uma procriação boa e normal, ou seja, a mulher/menina da foto parece estar morta para um futuro que não lhe cabia.

Em outro texto do BM, de autoria de seus editores, demonstra-se de maneira clara como os cuidados com a infância e a maternidade eram vistos como exclusividade de uma parcela privilegiada da população. Intitulado “Proteção à infância no Brasil”, publicado em 1940, esse texto contém um comentário sobre a inauguração do serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que, segundo os autores, não seria “exclusivamente destinado aos filhos da pobreza miserável, isto é, aos desfavorecidos das favelas e barracões dos terrenos baldios”:

Renato Kehl, em magnífico estudo sobre os “parasitas sociais [...] mostra, com argumentos irrefragáveis, que esses parasitas, criança e adultos, são valores definitivamente perdidos para a Sociedade, porque oriundos de fontes definitivamente condenadas pelas leis da Eugenia. E sendo assim, será preciso compreender os serviços de proteção à infância e de proteção à maternidade e com eles o da implantação, nas mulheres destinadas à parturição, das precauções a serem por elas tomadas com o fim de gerarem produtos aproveitáveis à Sociedade e não candidatos ao parasitismo de todas as categorias – gatunos, vagabundos, impulsivos, criminosos e outros (BM, 1930, p.189)¹.

1 Os artigos sem assinatura publicados na seção “Commentarios” constituem matéria de autoria da redação (BM, 1930).

Conseqüentemente, as gerações consideradas aproveitáveis à sociedade passam a ser motivo de maior cuidado, já que, naquele momento, percebia-se, ainda, a existência de muitos indesejáveis e, portanto, era necessário preparar o futuro para que o país pudesse mudar essa situação. Com esse direcionamento, as concepções eugênicas buscariam, então, a preservação de pessoas consideradas normais e adequadas e o banimento dos parasitas, dos embriagados e dos imorais, ou seja, os com tendências aos “venenos raciais” e, que, portanto, não eram vistos como convenientes ao projeto de construção de um futuro progressista para a nação (Stepan, 2005, p. 92).

A imagem dos “filhos da pobreza” estava presente nas crianças fotografadas que aparecem no BM (Figuras 2 e 3). Em geral nuas, magricelas e não brancas, elas acabavam sendo associadas a uma infância sem futuro e, portanto, não eugênica, representando o atraso, a doença e a desnutrição (Figura 2). É interessante notar que no mesmo período a revista *Fon Fon*, semanário definido como “alegre, político, crítico e esfuizante”, apresentava também fotografias de crianças, que na grande maioria eram de cor branca (Figura 3). Essas fotografias serviriam como importante referência na construção da imagem de uma infância idealizada, em que robustez, beleza e alegria eram atributos para se projetar um futuro de sucesso (Brites, 2000).



BM. 1929, p. 797



BM, 1938, 519



BM. 1938, p. 500

Revista *Fon Fon!*, 1940, apud Brites, 2000.

O BM nos forneceu outros exemplos de tipos considerados distantes do modelo ideal de cidadão. Nas imagens congeladas pelo tempo, são os pobres, os negros, os disformes que aparecem em sua grande maioria, associando-se os doentes fotografados a um corpo que se afastava das noções de normalidade e perfeição. Assim, configurando um "outro" que se tornava distinto do ideal de saúde, beleza e robustez, os corpos dessas pessoas foram fixados como algo a ser banido, em nome de uma sociedade que desejava se tornar moderna, civilizada e branca. As imagens vinham acompanhadas de relatos sobre os pacientes, como histórico de doenças na família, de abortamento, de mortalidade, de trabalho, tipo de cabelo, estatura e alguns adjetivos como sujo, velho ou franzino (Figura 4). O conjunto de fotografias de três pacientes (Figura 5): uma mulher em flexão de pernas para teste de catalepsia cerebelar; uma criança com um processo destrutivo dos ossos do braço; e um homem, que apresenta lesões provocadas pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, evoca em nós a impressão de desamparo e pobreza. Mesmo sabendo-se do contexto das doenças, as imagens trazem a marca do contraste entre um tipo ideal desejado, imaginado como normal e perfeito, e "outro", que incomodava pela realidade de sua existência.

Inspeção geral : — Individuo bastante velho, cabelos carapinhados e grisalhos, dentes falhos, ptose palpebral direita, compleição physica franzina, labios entre

BM, 1928, p. 1.367

Status praesens — O individuo é de estatura regular, muito emmagrecido e sujo; apresenta as seguintes lesões

BM, 1936, p. 713



BM, 1929, p. 62



BM, 1938, p. 602



BM, 1936, p. 708

A fotografia da paciente L. X. (Figura 6) é também uma amostra de imagem que pode ter essa eficácia de congelar e marcar esse “outro” indesejado. No caso, a paciente apresenta um problema de visão e foi fotografada com a face puxada por diversas mãos, que fazem pular ainda mais as órbitas



Figura 6. BM, 1943, p. 81

de seus olhos doentes, o que resultou numa imagem um tanto quanto assustadora. Na ficha da paciente consta: “preta, brasileira, mineira, lavadeira, tendo aproximadamente 25 anos, [...] endereçada pelo Dr. Diogenes Magalhães, provector cirurgião da Casa de Saúde São Luiz de Uberlândia, um dos mais perfeitos mestres da cirurgia que conhecemos no interior”. Ao associarmos a fotografia ao texto escrito, que numa mesma frase mostra o contraste entre as qualidades profissionais do médico e as características sociais e físicas da paciente, temos a construção de imaginário sobre um corpo que destoaria das concepções vinculadas às ideias de modernidade e civilização, possuindo, assim, grande potencial de estigmatização².

Portanto, a visibilidade dos corpos negros em situação de doença e vulnerabilidade mostrada no BM relacionava-se com as concepções científicas e cotidianas sobre um grupo social, que seria marcado pela herança de escravidão e de discriminação inscritas na aparência.

Imagens como a da Figura 7, que historicamente se vincularia à ideia de anormalidade e degeneração, foram importantes para a permanência de um racismo que perceberia o negro como naturalmente propenso a uma “infra-humanidade” (Gilroy, 2007). Ideias que se complementam com a ficha do pa-

2 O termo *estigma* foi criado pelos gregos, que o teriam definido como sinais corporais que evidenciavam “alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral daqueles que os apresentavam”. Eram “feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos” (Goffman, 1988, p. 5). Embora estigma na atualidade tenha outras definições, a associação que os gregos fizeram com os aspectos visuais do termo permanece como forma de classificar uma pessoa que ao primeiro contato é vista como incomum ou diferente.

ciente: “C. S. preto, com 48 anos de idade, casado, lavrador, natural da Bahia, residente em S. Miguel [...] Antecedentes pessoais: sarampo, variola, gonorréia, adenite suppurada, herpes genital.” (BM, 1932, p. 787)



Figura 7. BM, 1932, p. 787

Outra paciente retratada no BM, M. J. G (Figura 8), foi um dos casos relatados pelo médico Olyntho Orsini, no artigo “Sarna crostosa ou norueguesa.” (BM, 1934, p. 324). No relato sobre a paciente, constam os seguintes dados: “20 anos de idade, preta, solteira, com profissão de serviços domésticos [...] A doente teve as moléstias comuns à infância; menarca aos 12 anos; catamênios [menstruações] posteriores regulares. Negava passado venéreo” (BM, 1934, p. 324).



Figura 8. BM, 1943, p. 324

Algumas questões nos chamaram a atenção nesse relato. Primeiro, a exposição desnecessária da nudez da paciente, cuja doença se mostrava claramente aparente na parte exterior de seu abdômen; segundo, a identificação por extenso de seu nome logo abaixo da fotografia, embora no texto ele esti-

vesse sido escrito abreviado; e, por fim, a frase “negava passado venéreo”, colocando em dúvida o comportamento moral pregresso da moça, que, aos vinte anos de idade, sendo negra e doméstica, era vista como uma possível suspeita de portadora de doenças sexuais.

Além das imagens, a leitura dos textos BM pôde demonstrar até onde se chegava para que se atingissem, na população, os critérios de normalidade defendidos pela eugenia. Assim, foi possível constatar a realização de um procedimento chamado “abortamento eugênico” na publicação de uma nota sobre uma conferência realizada pelo médico Ernani Lopes, cujo pronunciamento cobrava uma postura mais determinada de seus colegas no uso de concepções eugênicas para o tratamento de doentes mentais. No texto, há referência ao relato do médico sobre o caso de uma paciente com “oligophrenia imbecil”, que teria sido submetida ao abortamento por questões de ordem hereditária encontradas na conjuntura familiar da paciente, que possuía uma irmã também doente mental e um pai alcoólatra:

A doente que tem uma irmã também deficiente mental e o pae alcoolista, se não fôra, como, foi, submettida, ha cerca de tres annos, a um verdadeiro “abortamento eugenico”, que teria já, sem duvida iniciado a triste replica brasileira da “familia Kallikak”, tão profundamente estudada pelo psicologo norte-americano Goddard (BM, 1940, p. 80).

A família Kallikak, a qual se refere Ernani Lopes, fez parte de uma série de estudos empreendidos H. H. Goddard, que, em Nova Jersey, veio a descobrir uma “estirpe de indigentes e fracassados”, originada da união entre uma “criada de taverna”, classificada como doente mental, com um “homem decente”, que mais tarde veio a se casar agora com uma “mulher respeitável”, formando, então, uma família cujos membros foram considerados todos honrados e honestos. O nome Kallikak, surgido da combinação das palavras gregas *kallos* (belo) e *kakos* (mau), foi criado por Goddard para a família que simbolizaria a existência de indivíduos com genes transmitidos em linhagens de traços indesejáveis, que poderiam ser eliminados com medidas de restrição à reprodução. Por sua força simbólica, a família Kallikak foi considerada um “mito fundamental” para o movimento eugênico (Gould, 2003, p. 173).

A história da família Kallikak se apresentava como modelo das circunstâncias que, segundo os eugenistas, podiam afetar a formação familiar. De um lado, o homem, ser naturalmente mundano; do outro, duas mulheres, a ideal-normal, que procriaria uma linhagem perfeita para a sociedade, e sua antítese, a doente e degenerada, que reproduziria uma classe de fracassados. Daí, a importância do papel da mulher, que, submetida desde cedo ao controle de seus instintos sexuais e estando voltada para dentro do lar, seria o elemento mais adequado a prestar o serviço, visto como essencial, que era o de cuidar dos futuros trabalhadores da nação.

Embora Goddard defendesse a restrição da reprodução de pessoas inferiores intelectual e mentalmente e o médico Ernani Lopes se referisse abertamente não só à defesa do aborto de incapazes, como sua efetiva execução, esse procedimento seria, normalmente, criticado pelos eugenistas brasileiros, que tendiam a considerar outras formas de eugenia mais apropriadas, as quais deveriam estar de acordo com as tradições católicas e conservadoras das famílias brasileiras.

Mesmo assim, os problemas relacionados às incapacidades diversas que podiam afetar a população brasileira seriam alvo de debates controversos, que, considerados sob uma perspectiva científica e política, tenderiam para um direcionamento mais educativo, mas sem abrir mão das leis da hereditariedade. Por exemplo, o reconhecimento de Roquete-Pinto, no Congresso de Eugenia em 1929, da condição não degenerativa do mulato, colocando como finalidade da eugenia a educação das pessoas sobre a importância da hereditariedade, usando-se programas de saneamento concebidos pelo Estado para que participassem de forma voluntária na “purificação” da raça humana (Stepan, 2005). Já o médico Renato Kehl, embora defendesse também os meios educativos, aproximar-se-ia de uma posição eugênica mais extremada ao apontar a “fealdade” dos brasileiros e defender a eliminação dos “fracos”, dos “doentes” e dos “degenerados”, assim como a superação do “normal” sobre o “anormal”, como constatado em um texto de sua autoria publicado no BM em 1933.

No pano de fundo desses debates estava o Governo Vargas, que possuía como características principais a ampliação do poder do Estado, a incorporação de novos grupos sociais, como a classe operária industrial, e a tentativa de implementação de mecanismos e políticas sociais de contenção de grupos

considerados problemáticos. Para Stepan (2005), o entrelaçamento da eugenia com o Estado Novo se daria nas formulações de raça e nacionalidade a partir dos novos instrumentos criados para se gerar um sentimento nacionalista e de patriotismo, sendo que a união entre raça e cultura era apontada, pela ideologia oficial do Estado, como solução para a composição da identidade nacional. Desse modo, essas fusões eram consideradas eugênicas, no sentido de que seriam “constituídas por meios raciais e culturais que permitissem aos negros desaparecer e ao Estado-nação formar uma nova homogeneidade” (Stepan, 2005, p. 174).

Portanto, na sociedade brasileira do período, a condição determinada como natural para o negro se associaria ao discurso eugênico, esse baseado num discurso científico moderno de saúde, e assumiria para si a responsabilidade de regenerar a massa miscigenada do país. Embora de opiniões divergentes sobre o papel da eugenia, seus defensores estavam de acordo em vê-la como um projeto contemporâneo e moderno e como proposta regeneradora dos indivíduos habilitados a contribuir para o futuro da nação (Cunha, 2002).

CONCLUSÃO

O resultado da pesquisa realizada com base na leitura do BM mostrou que no referido periódico havia fotografias que acabavam por reforçar o racismo: corpos negros associados à prostituição, ao alcoolismo, à doença venérea e à “feiúra”, que reforçariam uma suposta condição de degenerescência. Assim, nas estratégias eugênicas, a mulher passaria a ser um alvo importante, por representar a possibilidade de se diminuir o grau de degenerescência na população, sendo, portanto, por seu esperado caráter dócil e obediente, mais receptiva a uma educação sanitária, que levaria à geração de filhos robustos, bonitos e saudáveis.

Essas estratégias ocorreram dentro do contexto de um Estado nacionalista-desenvolvimentista, que passou a valorizar a mestiçagem, mas como “boa mistura”, para se construir o homem nacional como modelo ideal de trabalhador. Logo, seria com o intuito de se buscar a construção de uma nação miscigenada e eugenizada que as atenções se voltariam para a saúde da mulher, dona de uma “missão” importante, embora secundária, que era a de conceber a nova raça de homens brasileiros, que deveriam ser gerados e

criados para essa nova etapa do desenvolvimento do país. Portanto, as práticas discursivas que historicamente decorreram dessas ideias permitiram a permanência, na forma de racismo, de noções que passariam a associar ao corpo negro um modo de vida relacionado à violência, à doença e ao crime, perpetuando hierarquizações raciais que se refletem, ainda hoje, no acesso às oportunidades educacionais, à distribuição de renda e ao atendimento em saúde (Guimarães, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDEIRA, M. *Meus poemas preferidos, Manuel Bandeira*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- Brites, O. Crianças de revistas (1930/1950). *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 26(1): 161-176, jan.-jun. 2000.
- COELHO, E. S. *Arqueologia da composição: Manuel Bandeira*. Tese de doutorado em Letras Vernáculas, Rio de Janeiro, UFRJ, 2009.
- CUNHA, O. M. G. da. *Intenção e gesto: pessoa, cor e a produção da (in)diferença no Rio de Janeiro, 1927-1942*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2002.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1986.
- _____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- GEBARA, A. E. L. Libertinagem: espaço e tempo, a ocupação banderiana. In: GOLDSTEIN, N. S. (org.). *Traços marcantes no percurso poético de Manuel Bandeira*. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2005.
- GILROY, P. *Entre campos: noções, culturas e o fascínio da raça*. São Paulo: Annablume, 2007.
- GOFFMAN, E. *Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- GOULD, S. J. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- GUIMARÃES, A. S. A. Raça e pobreza no Brasil – a rationale dos estudos de desigualdade racial. *Bol. Epidem. Paulista*, v. 3, sup. 6, dez. 2006.
- OLIVEIRA, L. L. As raízes da ordem: os intelectuais, a cultura e o Estado. In: CPDOC/FGV. *A Revolução de 1930: seminário internacional*. Brasília: Ed. UnB, 1982. p. 505-526.
- SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SEYFERTH, G. Os imigrantes e a campanha de nacionalização do Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. O beneplácito da desigualdade: breve digressão sobre racismo. In: vários autores. (Org.). *Racismo no Brasil*. 1, p. 17-43. Peirópolis, SP: ABONG - ANPED, 2002.

SIQUEIRA, C. H. R. de. *A alegoria patriarcal: escravidão, raça e nação nos Estados Unidos e no Brasil*. Tese de doutorado em Ciência Sociais. Brasília, UnB, 2007.

SOUZA, M. N. O. *O discurso político do Estado Novo*. Dissertação de mestrado em Ciência Política, São Paulo, USP, 2008.

STEPAN, N. L. *A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TATIT, L. A. de M. *O cancionista*. São Paulo: Edusp, 2002.

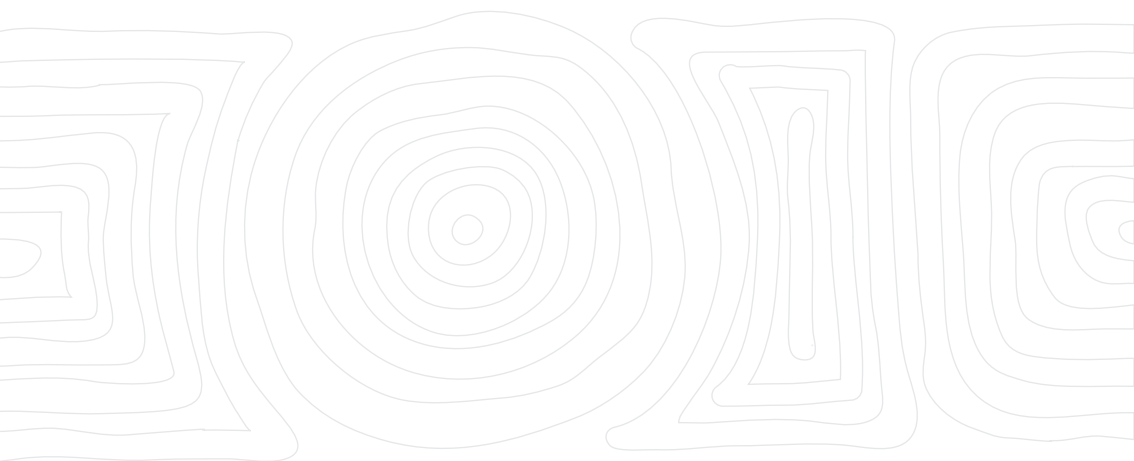
Fonte primária: periódico Brasil Médico (BM) - edições de 1928 a 1945.

CAPÍTULO 12

Ecos do silêncio:

Reflexões sobre uma vivência de racismo

Adriana Soares Sampaio



O racismo que existe,
o racismo que não existe.
O sim que é não,
o não que é sim.
É assim o Brasil
ou não?
(Oliveira Silveira)

INTRODUÇÃO

A vivência de discriminação racial encontra na sociedade brasileira um grande desafio que é poder expressar genuinamente a sua indignação. A despeito de este ser um país que preconiza a falácia do paraíso da democracia racial, esse fato é facilmente desmascarado ao evidenciarmos as condições de viver, nascer e morrer da população negra. Por conseguinte, nesse cenário, verificamos que “apesar do racismo persistente, raramente os atores sociais se admitem racistas e, ao mesmo tempo, são poucos os que revelam terem sido vítimas de discriminação” (Santos, 2011, p. 152).

Soma-se a esse contexto, a desfavorável realidade socioeconômica à qual grande parte dessa população está inserida. Seyferth (2002, p. 41) afirma que “a desigualdade concedida como beneplácito é a própria essência do racismo”. Por isso, é inevitável afirmar que a experiência de discriminações e de desigualdades raciais e econômicas terá o seu *quantun* de repercussão no processo saúde/doença das pessoas negras. Este artigo tem, portanto, o objetivo de apresentar reflexões a partir de uma vivência de discriminação sofrida por uma mulher negra e o prejuízo causado à sua saúde. Passemos ao relato.

“Uma noite estávamos eu, minha mãe e meu marido, sentados aí debaixo dessa árvore, o vizinho da frente começou a bater na mulher dele, e a minha mãe, que participa do Deam [Delegacia de Apoio à Mulher], foi falar com ele. Ele xingou a minha mãe de tudo quanto era nome, chamou de negra, de macaca, de não sei o quê, de tudo quanto foi nome. A minha mãe não falou nada, sabe o que é nada? Ficou quieta, escutando ele xingar ela, por ter defendido a mulher dele e a mulher dele também não falou nada. Ele xingou muito, xingou mais a minha mãe do que a própria mulher dele. Ninguém falou nada... mas ele xingou muito, xingou, xingou, mas assim tudo, como é que eu vou dizer? Se a minha mãe fosse dar parte

dele na Delegacia do Negro, ele ia ser processado e teria que pagar um dinheiro de indenização. Após a discussão, eu fui para dentro de casa, para o meu quarto e quando cheguei lá a minha cabeça estava estourando. Voltei e falei com a minha mãe o que estava sentindo, o meu marido já tinha ido embora, ele trabalhava à noite. Quando eu voltei para o meu quarto, desmaiei. Fui para o hospital e chegando lá, mediram a minha pressão e verificaram que estava 18 por 10. Na época, eu estava grávida e o neném foi todo gerado com 3 cm de dilatação. Durante toda a gravidez, tive que ficar deitada [...] Passei a tomar um remedinho para baixar a pressão, e a médica do pré-natal, a obstetra falava: "Isso tudo é da pressão alta.", mas o meu sentimento é que não era isso. Aí ela me encaminhou para um psiquiatra, eu fui." (Luíza, preta, 29 anos).

O relato supracitado foi extraído de uma pesquisa¹, cujo objetivo era investigar as vivências de mulheres negras acometidas pela hipertensão arterial. A partir do questionamento disparador "Conte-me como é viver com hipertensão", as mulheres eram convidadas a compartilhar suas experiências. A protagonista da história escolhida é Luíza², uma mulher preta, hipertensa e que tem atualmente 32 anos.

O indivíduo que insultou a mãe de Luíza era um homem branco, também pobre, que, ao revoltar-se com a iniciativa/intromissão que ela fez em defesa de sua mulher, sentiu-se no direito de xingá-la de modo pejorativo e discriminatório. O que o fez xingá-la dessa forma? Por que será que na fala desse homem não houve apenas uma solicitação para que ela não se intrometesse?

Nesse caso, é possível perceber um fato comumente banalizado na sociedade brasileira – a facilidade da utilização e do acionamento do ataque racista em momentos de raiva ou de descontração. Corroborando com esse acontecimento, houve um episódio presenciado pela autora em um transporte

1 A referida pesquisa foi financiada pelo Programa Internacional de Pós-Graduação da Fundação Ford (International Fellowship Program - IFP) no período de 2007-2009. A amostra só foi realizada após a devida autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Todas as participantes concordaram com a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

2 O nome Luíza é fictício e foi escolhido a fim de homenagearmos Luíza Mahin, guerreira africana que teve importante papel na Revolta dos Malês, além de ser mãe de Luiz Gama, poeta e abolicionista.

coletivo. Era uma tarde de verão, um senhor pediu a um vendedor ambulante negro uma cerveja e ele não vendeu por não ter o troco suficiente. Após a negativa do vendedor, esse senhor que também deve ser discriminado por ser de origem nordestina, contudo salvo pela pele branca, verbalizou em alto e bom tom: “Preto não serve para nada, porque preto fede, rouba e faz macumba”.

Apoiando-nos nesses exemplos, identificamos que a nossa sociedade não oferece às pessoas de cor preta e parda uma identificação fidedigna. Segundo Donald Woods Winnicot (1988), o meio ambiente tem um papel fundamental no desenvolvimento do potencial humano e da criatividade. Guimarães (1998) destaca que, para Winnicot, a presença de um meio ambiente bom o bastante é essencial para o desenvolvimento de um campo imaginário denominado por ele de “área de ilusão” e de “espaço potencial”, o qual funciona como um campo de “mediação, de transição, entre aquilo que o indivíduo necessita, deseja e aquilo que pode obter em função das possibilidades e limites que a vida e a cultura apresentam” (Guimarães, 1998, p. 18).

Esse campo imaginário que se inicia na relação com o ambiente familiar continua como um importante elemento de mediação psíquica e encontra nos processos da cultura a continuidade do acolhimento oferecido inicialmente, exercendo a sociocultura um papel fundamental na manutenção e retroalimentação desse campo.

Contudo, Podkameni e Guimarães (2004) evidenciam que o indivíduo negro ao sair de seu núcleo familiar primário constituinte e alimentador do espaço potencial e ao se defrontar com a sociocultura tem o processo de desenvolvimento, manutenção e amadurecimento desse campo impedido de realizar seus reais potenciais, em função da discriminação, do racismo e do ataque à suas características fenotípicas. Para esses autores, essas condições adversas provocam uma dor psíquica, que por ter sido historicamente silenciada, negada, banalizada e naturalizada, tem o seu risco social, psíquico, psicossomático e até físico esvaziado.

Isso posto, é importante destacar que a perversidade do plano racial fundador e existente há séculos em nosso país ultrapassa uma mera questão de classe. Por isso, ressaltamos a condição subalterna do agressor branco, o qual “mesmo em situação de pobreza, [...] tem o privilégio sim-

bólico da brancura” (Bento, 2002, p. 27). Esse privilégio foi o mesmo que recaiu sobre o homem branco nordestino que se encontrava no coletivo, o qual se achou no direito de agredir despropositadamente o ambulante negro. No Brasil, o racismo diz respeito a um problema social de pessoas que estão inseridas em um complexo sistema político-ideológico e socioeconômico, cuja primazia permissiva da desvalorização e da discriminação consente os maus-tratos que vão das precárias condições de existência até a suposta menos valia inculcada nesse grupo.

No caso de Luíza, por exemplo, seu marido esteve presente durante toda a situação e não conseguiu em momento algum intervir a favor da sogra, de sua família. O que será que aconteceu com ele nesse momento? E com Luíza? Já que o silêncio do qual ela reclama não foi só o de sua mãe, mas sim o de todos os negros presentes. Silêncio este que a machucou e a desestruturou. Será que podemos pensar em uma provável reatualização traumática da vivência de discriminação em todas as pessoas negras ali presentes? Reatualização da dor de ter o seu corpo, sua alma, sua essência, constantemente discriminados, negados e associados ao negativo, como um machucado que não se encontra devidamente curado.

O caráter perverso do racismo brasileiro está justamente na invisibilidade dessa realidade, desse sentimento que faz com que essas pessoas que são bombardeadas cotidianamente por esse estigma mantenham uma dor profunda em um lugar bem guardado, e que, apesar de reatualizado com as novas vivências, se mantém como algo que não é falado, não ecoado e sim silenciado. No entanto, é sentido, percebido e deixa marcas bem profundas.

Em muitos momentos, parecem não querer falar para não sangrar, talvez porque esse sangramento traga consigo a revolta da indignação, da incompreensão, de um sentir não compartilhado, de um silêncio que pulsa dentro de si, por não encontrar eco - identificação com seus pares na sociedade.

O silêncio que congela, que tira a potência, que fere o campo subjetivo e criativo e que traz o sentimento de que, às vezes, é melhor “deixar pra lá”, é um dos resultados de uma situação que, segundo Podkameni e Guimarães (2008), é conflitual traumatizante. A “situação conflitual traumatizante” é criada pela vivência de racismo, de desigualdade, intolerância

e preconceito desde a infância e é mantida por toda a vida do indivíduo de descendência negra. Há nessa vivência, a construção cumulativa da negação do si mesmo no lugar de uma afirmação fidedigna e autêntica, impedindo a utilização natural e efetiva do seu processo de simbolização e do seu real potencial criativo.

Por ter a sua origem na vivência constante e cumulativa de paradoxos insolúveis e patogênicos, criados pela sociocultura brasileira, a partir de atitudes de dupla mensagem, em que a população negra é empurrada a abrir mão das representações do seu si mesmo, para poder se adequar às imposições que lhe são comunicadas, ora de forma sutilmente velada, ora de forma crua e objetiva. As situações conflituais fomentadas pelo racismo são traumatizantes, pois surgem da não identificação e da intolerância com o outro, gerando a vivência "de contradições psíquicas entre ser 'estimulado' a viver assumindo naturalmente a sua identidade, seu si mesmo e, no entanto, não ser aceito" (Podkameni e Guimarães, 2008, p. 122).

Por isso, reflitamos: para onde ecoa todo esse silêncio secularmente mantido no país que é o paraíso da mistura das raças, da suposta democracia racial que só traz benefício para alguns de seus filhos? Para Luíza, esse silêncio oriundo da situação de discriminação relatada foi o responsável pela eclosão da sua hipertensão, que se manifestou pela primeira vez imediatamente após o acontecido: "*Quando eu voltei para o meu quarto, desmaiei. Fui para o hospital e chegando lá, mediram a minha pressão e verificaram que estava 18 por 10*".

Se ela está correta ou não, não cabe o julgamento, visto que está em jogo a dimensão subjetiva dessa vivência que para ela foi o disparador do gatilho. Compreendemos como dimensão subjetiva, o *quantun* emocional presente na experiência discriminatória vivida por Luíza, o seu significado para esse campo e as suas repercussões.

É possível notar, como o significado dessa vivência é expresso na sua revolta ante ao seu silêncio e ao de sua família, o que a deixa com a sensação de que algo deveria ter sido feito: "*A minha mãe não falou nada, sabe o que é nada? Ficou quieta, escutando ele xingar ela, por ter defendido a mulher dele e a mulher dele também não falou nada. Ele xingou muito, xingou mais a minha mãe do que a própria mulher dele. Ninguém falou nada...*".

Na continuidade da entrevista, entendemos ainda mais o motivo de tanta angústia por parte de Luíza, que conta que havia sido desrespeitada da mesma forma que sua mãe quando trabalhava em uma loja no *shopping* localizado em bairro nobre carioca. Era uma época de liquidação e ela, por ordens superiores, não deixou que uma cliente entrasse já que havia uma fila de espera. A cliente insatisfeita disse que “esse era o problema de empregar gente preta, porque esse tipo de gente não tem capacidade”. Luíza teve a intenção de responder aos insultos, mas foi impedida pela gerente da loja, que se desculpou com a cliente e, em seguida, permitiu a sua entrada na loja dando aquiescência a sua rude e irracional atitude. Depois disso, Luíza pediu demissão da loja.

O silêncio alienado diante das questões raciais e do racismo deixa entrever o quanto a naturalização de fatos que não são naturais acabam por “minar” os seres humanos, cuja condição de existência fica amplamente vulnerável devido a uma contínua realimentação do trauma. Com esse relato, evidenciamos como o racismo é uma ideologia que possui várias facetas, ora sendo explícita, ora sendo sutil, camuflada, mas sendo sempre uma forte estratégia causadora de sofrimento psíquico e de destituição de direitos de cidadania para os que sofrem com ele.

O sofrimento psíquico é caracterizado, na maioria das vezes, pela invisibilidade e individualidade por se processar internamente, é um tipo de sofrimento que em muitos casos não encontra eco, identificação. Quando tratamos de um sofrimento psíquico que se origina em um fato histórico banalizado e naturalizado que é o racismo, temos uma construção altamente deletéria. Como já apontamos, a sociedade em que vivemos não admite verdadeiramente o racismo como parte integrante da sua espinha dorsal. Esse mal sempre habita no outro e nunca em si mesmo e a importância da sua reflexão é sempre erroneamente ou quem sabe estrategicamente vinculada às questões de classe. Como refletir e cuidar de algo que não existe? Como lidar com esse paradoxo insolúvel? A perversidade existente nesse processo está justamente em se invisibilizar o que está clara e limpidamente visibilizado, mas não verbalizado, não admitido, não permitindo, deste modo, a cura e a elaboração do trauma.

É um sentido cotidiano gerador de tensões, angústias e amarguras que, por não encontrar campo para ser devidamente elaborado, não pode ser escoado, dissipado. Resultado: VIVO, SINTO, SOFRO, mas o outro diz o contrário ou

simplesmente ignora por naturalizar, deixando sempre ativa a “situação conflitual traumatizante”.

Podemos, portanto apreender o racismo e suas expressões como pilar-mestre de nossa história, por alicerçar toda a estrutura ideológica, política e econômica da sociedade, dificultando a compreensão e, por conseguinte, o enfrentamento real desse fato. Como resultado, teremos o sofrimento psíquico potencializado ao nos depararmos constantemente com seus fortes tentáculos na sociedade, enredando essa população em uma “trança perversa” de vulnerabilidades (Sampaio, 2009, 2011).

O termo trança é bastante apropriado, porque estamos tratando de fenômenos advindos de um complexo e firme sistema de entrelaçamento entre situações contínuas e históricas de falta de atendimento às necessidades básicas dessa população, pelo não cumprimento real dos seus direitos humanos e civis. Além disso, cabe com justeza o adjetivo perversa, pois a falta de atendimento é historicamente banalizada, silenciada e naturalizada, com impactos deletérios nessa população, resultando, por conseguinte, em uma cadeia de vulnerabilidades [...] (Sampaio, 2011, p. 121).

Sampaio (2011) faz um apanhado das vulnerabilidades destacando:

- social, em razão da inserção desqualificada e desvalorizada na sociedade;
- programática, devido à falta de atendimento às necessidades específicas nos programas de assistência, promoção da saúde e prevenção de doenças que são oferecidos pelo Estado;
- individual, no que diz respeito às dificuldades na integração com o meio, o que pode resultar em comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (Ayres *et al.*, 1998);
- subjetiva, que se origina da exposição do indivíduo negro a meio ambiente adverso e racista (Guimarães, 2001);
- psicossomática, proveniente das tensões excessivas e cumulativas, causadas pela vivência em espaço social racista, que não puderam se dissi-

par devido aos problemas que provocaram no amadurecimento e no enriquecimento do espaço potencial o que, conseqüentemente, dificulta a elaboração das excitações sentidas, sendo essas tensões descarregadas ou escoadas de forma patológica nos aparelhos somáticos (Podkameni, Guimarães, 2004).

Sendo assim, com o relato de Luíza, queremos demonstrar o quanto a “situação conflitual traumatizante” cotidianamente vivenciada pela população negra, somada a essa “trança perversa” de vulnerabilidades, agirá como um bombardeio na existência e na saúde desse grupo de pessoas, trazendo, portanto, conseqüências nefastas. A conseqüência nefasta à saúde dessa mulher foi uma condição hipertensiva que quase custou a sua gestação, como ela nos diz: *“Durante toda a gravidez tive que ficar deitada [...] Passei a tomar um remédio para baixar a pressão, e a médica do pré-natal, a obstetra falava: ‘Isso tudo é da pressão alta’, mas o meu sentimento é que não era isso. Aí ela me encaminhou para um psiquiatra”*.

270

O atendimento acolhedor recebido por Luíza em seu pré-natal e a possibilidade de ter acesso a um atendimento psicológico e psiquiátrico garantiram que essa história tivesse um desfecho com sucesso. Esse mesmo cuidado identificado com o outro perpassou todo esse relato através da postura da mãe de Luíza, a qual, após a entrevista, relatou à pesquisadora que a escolha pelo silêncio objetivava fazer com que o vizinho parasse de bater na esposa. O seu silêncio não foi de retraimento, mas sim, de sua luta, de uma ação muito focada no alvo a atingir. Podemos dizer, portanto, que foi ela quem venceu a guerra, pois agiu como uma guerreira estrategista, que soube neutralizar o vizinho com o seu silêncio e a sua postura.

CONCLUSÃO

O caráter sexista presente no relato de Luíza não pode deixar de ser evidenciado, pois que o homem destacado, inicialmente, agredia sua própria esposa, passando em seguida a agredir outra mulher, só que desta vez preta. Para Young-Bruehl (2005), trata-se, nesse caso, de um racismo sexista, ou seja, aquele que recai diferenciadamente sobre mulheres de um grupo supostamente inferior.

Esse racismo sexista diferenciará a situação da mulher negra, pois, como aponta Werneck (2001), a vulnerabilidade no caso dessas tem de ser compreendida como o somatório de fatores histórico-sociais, político-institucionais e comportamentais, os quais funcionarão como um fator determinante de violência estrutural, em que há a vivência simultânea de “graus extremos de violência decorrente do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, em um bloco monolítico e tantas vezes pesado demais” (*idem*, p. 54).

Com isso, apontar o racismo e em especial o racismo sexista como favorecedores de adoecimento, seja ele psíquico ou físico, é compreender que necessitamos definitivamente ter olhos para ver e ouvidos para escutar. Para vermos, sim, que o racismo é como um câncer que mata aquele que o possui, mas também leva um pouquinho de todos os que passam pelo processo, e para ouvir identificadamente o clamor de quem sofre. Por isso, a reflexão tem de perpassar a compreensão de que essa é uma chaga que mina não só as pessoas de cor preta ou parda, mas todos os componentes da sociedade que deixam de ganhar ao não aceitar a qualidade e o engrandecimento que é a vida vivida na aceitação da diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34, 1998.

BARBOSA, M. I. S. *Racismo e saúde*. Tese de doutorado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. .

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 16).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente*. Brasília, DF, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 123).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*.

Perfil de mortalidade do brasileiro. Brasília, DF, 2007.

GUIMARÃES, M. A. C. A área de ilusão e a subjetividade afrodescendente do Brasil. *Bol. Arayé*, p. 17-22, 1998, número especial.

_____. *A rede de sustentação: um modelo winnicottiano de intervenção na saúde coletiva*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica, 2001.

GUIMARÃES, M. A. C.; PODKAMENI, A. A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: projeto mãe-criadeira. *Rev. Saúde e Sociedade*, 17 (1): 117-130, 2008.

PINHEIRO, L. et al. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 3. ed. Brasília: Ipea; SPM; Unifem, 2008.

PODKAMENI, A.; GUIMARÃES, M. A. C. Afrodescendência, família e prevenção. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. Brasil, pátria - mãe gentil? *Kizumba*, n. 3, p. 4-5, 1999.

SAMPAIO, A. *Ecos da hipertensão: a vivência de mulheres negras no Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, 2009.

_____. Ecos da hipertensão: a vivência de mulheres negras. In: SILVÉRIO, V. R.; PINTO, R. P.; ROSEMBERG, F.(orgs.). *Relações raciais no Brasil: pesquisas contemporâneas*. São Paulo: Contexto, 2011.

SANTOS, L.M.R. As argumentações para formalizar uma denúncia de discriminação racial. In: SILVÉRIO, V.R; PINTO, R.P.; ROSEMBERG, F. *Relações raciais no Brasil: pesquisas contemporâneas*. São Paulo: Contexto, 2011.

SANTOS, S. M.; GUIMARÃES, M. J. B.; ARAÚJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife: 2001 a 2003. *Rev. Saúde e Sociedade*, 16 (2): 87-102, 2007.

SEYFERTH, G. O beneplácito da desigualdade: breve digressão sobre racismo. In: ABONG (org.). *Racismo no Brasil*. São Paulo: Peirópolis, 2002.

SILVEIRA, O. Ser e não ser. In: QUILOMBOJE (org.). *Cadernos Negros: os melhores poemas*. São Paulo: Quilomboje.1998.

WERNECK, J. Aids: A vulnerabilidade das mulheres negras. *RedeSaúde*, n. 23, p. 53-58, 2001.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

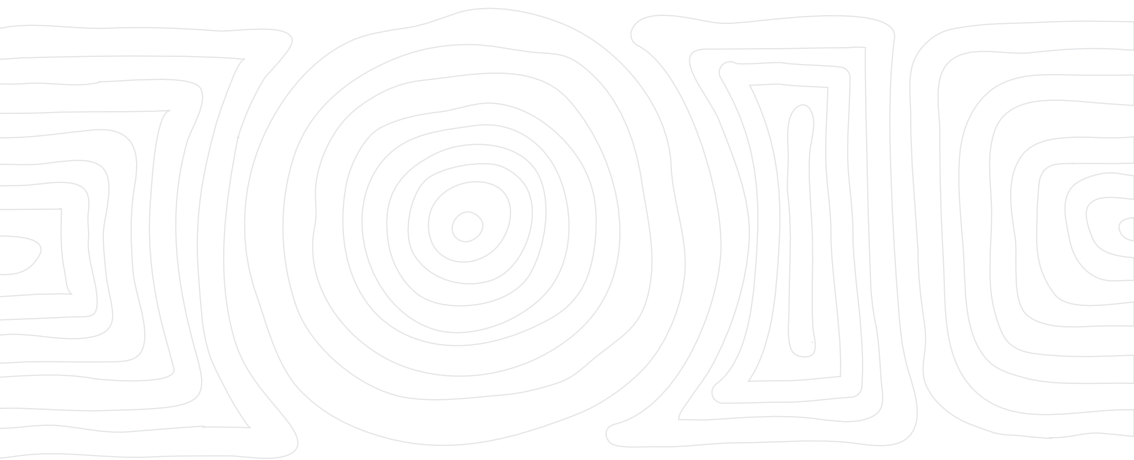
_____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, [1987] (1988).

YOUNG-BRUEHL, E. Os caracteres da violência e do preconceito. In: LEVINE, M.P.; PATAKI, T. (orgs.). *Racismo em mente*. São Paulo: Madras, 2005.

CAPÍTULO 13

Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD - 2008

Emanuelle F. Goes e Enilda R. Nascimento



INTRODUÇÃO

O acesso e a utilização dos serviços de saúde é um direito garantido pela Constituição brasileira e por tratados internacionais e, no entanto, em um país com marcas profundas de desigualdades sociais como o Brasil, as articulações do racismo com as relações desiguais de gênero e socioeconômicas impactam no acesso e na utilização dos bens e serviços de saúde.

Para as mulheres negras, a articulação do racismo com outros tipos de relações desiguais, como as relações de gênero, é particularmente importante. O fato de representarem um dos segmentos mais pobres da população brasileira agrava as condições do acesso aos bens e serviços da saúde dessas mulheres e compromete a sua inserção na sociedade como sujeitos de direitos, principalmente na saúde.

As barreiras geradas pelas desigualdades raciais e de gênero são determinantes para o processo de saúde e doença das mulheres, particularmente das mulheres negras. Essas barreiras, muitas vezes geradas pelo racismo institucionalizado, impedem ou dificultam a utilização e o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, quando comparadas com as brancas.

De acordo com Barata (2009), as desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de várias formas, tanto no processo de saúde-doença em si como no acesso e utilização de serviços de saúde, pois as desigualdades no estado de saúde estão, de modo geral, fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade.

E somente a partir de meados da década de 1990, com a normatização da inclusão do quesito cor nos vários documentos da área da saúde, é que começam a se ampliar com mais sistematicidade os estudos da influência das desigualdades raciais sobre os processos de exclusão social no Brasil.

No entanto, ainda existem relativamente poucos trabalhos que utilizam a raça/cor como categoria de análise na saúde das mulheres, a partir de dados populacionais, de modo que este trabalho pretende contribuir para a ampliação desse conhecimento. Tendo gênero e racismo como categorias analíticas, este estudo pretende responder à seguinte questão:

em que medida o acesso a serviços de saúde se diferencia entre mulheres negras e brancas? Para uma resposta inicial a esta pergunta, é pertinente identificar e descrever características do acesso e utilização de serviços de saúde entre mulheres negras e brancas.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise de frequência com distribuição proporcional para identificar as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde entre mulheres negras e brancas no Estado da Bahia em 2008. Para esse estudo, foram utilizados os dados provenientes de fonte secundária, obtidos a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2008.

A pesquisa realizada pelo IBGE é um inquérito de base populacional de abrangência nacional, com periodicidade anual. As informações obtidas abrangem grande número de dados socioeconômicos e demográficos, como habitação, educação, trabalho e rendimento da população brasileira, fecundidade, e temas específicos com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que são incluídos no sistema, de acordo com as necessidades de informação para o país.

A Pesquisa Suplementar de Saúde ocorre com uma periodicidade de cinco anos e, no ano de 2008, compreendeu os seguintes tópicos: morbidade, cobertura de plano de saúde, acesso a serviço de saúde, utilização de serviços de saúde, internação, atendimento de urgência no domicílio, violência, acidente de trânsito e sedentarismo, para todas as pessoas; tabagismo, para as pessoas de 15 anos ou mais de idade; serviços preventivos de saúde feminina, para as mulheres de 25 anos ou mais de idade; mobilidade física e fatores de risco à saúde, para as pessoas de 14 anos ou mais de idade; e, ainda, acesso ao Programa Saúde da Família, para os domicílios particulares permanentes.

A amostra definida para este estudo foi constituída de mulheres negras (pretas e pardas) e brancas com 25 anos ou mais, residentes na Bahia no ano 2008. As mulheres de raça/cor amarela e indígena foram excluídas do estudo devido ao contingente populacional ser pequeno, principalmente no que se refere ao Estado da Bahia.

A descrição e as definições operacionais das variáveis foram agrupadas em sociodemográficas e assistência à saúde e podem ser observadas no Quadro 1.

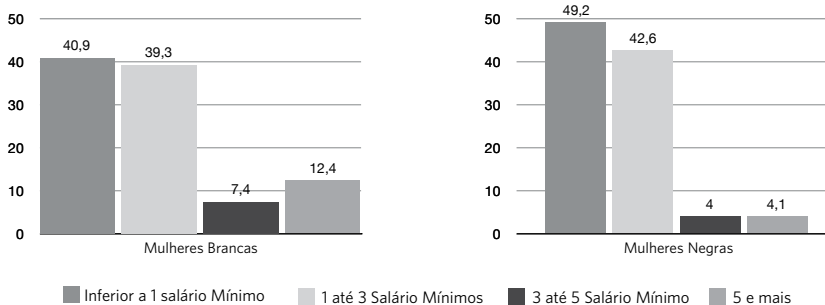
Quadro 1
Definições operacionais, categorizações das variáveis do estudo

VARIÁVEIS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIAS
Sociodemográficas		
Raça/cor	Cor autodeclarada	Branca e negra (preta e parda)
Nível de instrução	Nível de instrução mais elevado (completo e incompleto)	Sem instrução, fundamental médio, superior
Renda mensal	Rendimento mensal de todos os trabalhos (valor referência do salário mínimo de setembro de 2008 (R\$415,00))	Inferior a um salário mínimo 1-3 salários mínimos 3-5 salários mínimos Superior a 5 salários mínimos
Assistência à saúde (acesso, utilização e avaliação)		
Cobertura de plano de saúde	Plano de saúde, médico, particular, de empresa ou órgão público	Sim, Não
Número de consultas médicas	Número de consultas médicas	Nenhuma, até 2, mais de 2 até 5, mais de 5
Tipo de serviço de saúde procurado	Serviço procurado para receber atendimento de saúde	- Posto ou centro de saúde - Ambulatórios (consultório de clínica, consultório particular, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato) - Pronto-socorro ou emergência - Outros serviços de saúde
Internação	Houve alguma internação durante o ano	Sim, não
Tipo de atendimento de saúde recebido	Tipo de atendimento recebido (internação nos últimos 12 meses)	Tratamento clínico, parto normal, parto cesáreo, cirurgia, outros (tratamento psiquiátrico, exames)
Tipo de estabelecimento	Tipo de estabelecimento que esteve internada	Público, privado
Internação pelo SUS	Se a internação foi realizada pelo SUS	Sim, não
Avaliação do atendimento	Avaliação do atendimento recebido na internação	Muito bom/bom regular, ruim/muito ruim

RESULTADO

A PNAD 2008 realizou o inquérito nos 27 Estados do Brasil, gerando um total de 391.868 pessoas entrevistadas. Para o Estado da Bahia, a pesquisa entrevistou 35.567 pessoas, sendo 48,9% (17.391) do sexo masculino, e 51,1% (18.176) do sexo feminino. Destas, 19,8% (3.604) são brancas, 79,5% (14.458) são negras (pretas e pardas) e 0,6% (109) representam a soma de indígenas e amarelas. Do total de mulheres maiores de 25 anos de idade, 79,1% são negras e 20,9%, brancas.

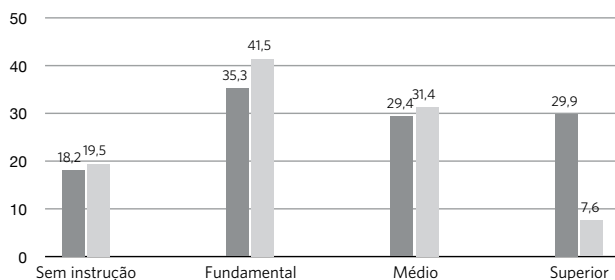
Figura 1
Distribuição proporcional da renda pessoal das mulheres com 25 anos ou mais segundo raça/cor, Bahia, 2008



Em relação à renda pessoal, registra-se distribuição distinta segundo a raça/cor, estando as mulheres brancas em melhores condições quando comparadas às negras, uma vez que, nos mais altos níveis de renda, o percentual de brancas chega a representar o triplo em relação às negras (Figura 1).

Ao verificar o nível de instrução das mulheres, destaca-se que as mulheres negras têm percentuais maiores em todos os níveis, exceto no nível superior, onde se verifica uma inversão. Nesse caso, as mulheres brancas chegam a ocupar esse nível em proporção quase quatro vezes maior (29,9%) quando comparadas às negras (7,6%) (Figura 2).

Figura 2
Distribuição proporcional do nível de instrução das mulheres com 25 ou mais segundo raça/cor, Bahia, 2008.



As condições do acesso e utilização de serviços de saúde apontam para desigualdades raciais, pois a cobertura de plano de saúde é proporcionalmente maior para as mulheres brancas, assim como para as demais variáveis apresentadas na Tabela 1.

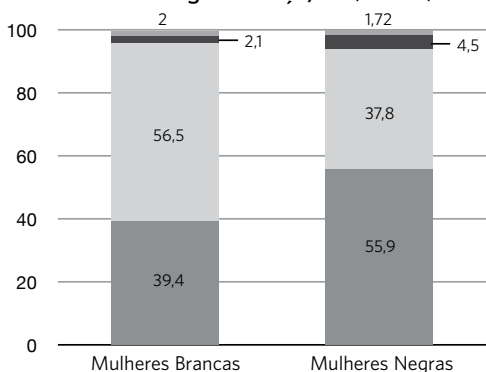
Tabela 1
Distribuição proporcional de cobertura de plano de saúde e número de consultas das mulheres com 25 anos ou mais segundo raça/cor, Bahia, 2008

Descrição	RAÇA/COR	
	Mulheres brancas Nº (%)	Mulheres negras Nº (%)
Cobertura de plano de saúde		
Sim	679 (31,6)	1580 (19,4)
Não	1472 (68,4)	6560 (80,6)
Consulta médica (últimos 12 meses)		
Sim	817 (84,5)	6687 (82,2)
Não	334 (15,5)	1453 (17,8)
Número de consultas médicas (últimos 12 meses)		
Nenhuma	334 (15,5)	1453 (17,8)
Até 2	739 (34,4)	2703 (33,2)
Mais de 2 até 5	647 (30,1)	2388 (29,4)
Mais de 5	431 (20,0)	1596 (19,6)

Quanto ao tipo de serviço de saúde utilizado, as mulheres negras utilizam preferentemente os serviços públicos de saúde, representados por postos ou centros de saúde, contra a utilização de ambulatório pelas mulheres brancas, que se refere a consultório de clínica, consultório particular, ambulatório hospitalar, consultório de empresa ou sindicato.

Gráfico 3

Distribuição proporcional do tipo de serviços utilizados por mulheres com 25 anos ou mais segundo raça/cor, Bahia, 2008.



- Outros serviços de saúde
- Ambulatórios
- Pronto Socorro ou emergência
- Postos ou centro de saúde

Encontram-se na Tabela 2 informações sobre o acesso à internação, e pode ser destacado o diferencial sobre o tipo de estabelecimento utilizado. As mulheres negras têm no público a sua maior concentração, em detrimento das mulheres brancas, para as quais é o privado. Ao analisar internação para a realização de parto, observou-se que as mulheres negras realizaram mais o parto normal (11,1%) e as mulheres brancas, o parto cesáreo (9,4%).

Tabela 2
Distribuição proporcional sobre acesso a internação nos últimos 12 meses das mulheres com 25 anos ou mais segundo raça/cor, Bahia, 2008

Descrição	RAÇA/COR	
	Mulheres brancas Nº (%)	Mulheres negras Nº (%)
Internação nos últimos 12 meses		
Sim	213 (9,9)	669 (8,2)
Não	1938 (90,1)	7471 (91,8)
Internação pelo SUS		
Sim	131 (61,5)	518 (77,8)
Não	82 (38,5)	148 (22,2)
Tipo de estabelecimento		
Público	121 (56,8)	512 (76,9)
Privado	92 (43,2)	154 (23,1)
Tipo de atendimento utilizado		
Tratamento clínico	111 (52,1)	343 (51,27)
Parto normal	17 (7,9)	74 (11,1)
Parto cesáreo	20 (9,4)	50 (7,5)
Cirurgia	58 (27,2)	170 (25,4)
Outros	7 (3,3)	32 (4,8)
Avaliação do atendimento		
Bom/muito bom	192 (90,1)	568 (84,9)
Regular	13 (6,1)	74 (11,1)
Ruim/muito ruim	8 (3,8)	27 (4,0)

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que as mulheres negras estão em situação de desvantagem e, quando se analisam indicadores de renda e nível de instrução em relação às mulheres brancas, revela-se a articulação do racismo e do sexismo, fazendo com que as mulheres negras sofram a dupla desigualdade em um mesmo tempo-espço.

Para medir as desigualdades sociais, são utilizados os indicadores relacionados à distribuição das riquezas sociais como renda, escolaridade e ocupação, sendo os mais representados para descrever as desigualdades de uma população. Pois as desigualdades nessas áreas refletem-se no acesso aos bens de serviços como saúde, educação e moradia. E, ao analisar as desigualdades raciais e de gênero, percebe-se que existe uma população específica que é mais atingida, refletindo as disparidades sociais.

Para Abramo (2004), em qualquer indicador social como educação, emprego, trabalho, moradia, existe uma desvantagem sistemática das mulheres em relação aos homens, assim como da população negra em relação à branca, porém essa desvantagem é especialmente elevada para as mulheres negras.

A renda e o nível de instrução são fatores macrossociais que determinam as condições de vida da população. E, de acordo com o relatório do Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, as mulheres negras registram, em média, 7,4 anos de estudo contra 9,3 apresentados pelas mulheres brancas. A mesma situação foi registrada com relação ao acesso no mercado de trabalho, pois a taxa de desemprego para as mulheres brancas é de 9,2%, enquanto que, para as mulheres negras, é de 12,2% (Pinheiro *et al*, 2008).

As mulheres negras sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas às “múltiplas formas de discriminação social, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida” (Carneiro apud Soares e Pinheiro, 2004, p. 3).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, o presente estudo demonstrou diferenças nos serviços utilizados pelas mulheres negras e

brancas. O plano de saúde, por exemplo, é mais utilizado pelas mulheres brancas, e os serviços mais procurados pelas mulheres negras são os centros ou postos de saúde. Essa análise demonstra que são as mulheres negras que mais acessam e utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O *Atlas Racial Brasileiro* registra que a população negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pois o percentual de pessoas que conseguiu atendimento médico nas últimas duas semanas antes da pesquisa é substancialmente maior entre os brancos (83,7%) do que entre os negros (69,7%). E, em relação a atendimento ambulatorial, apenas 66% dos homens negros foram atendidos, contra 82% dos homens brancos, 85% das mulheres brancas e 72% das mulheres negras (Pnud, 2004).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), ao descrever sobre população feminina e cobertura por plano de saúde, revelou que 73% da população feminina brasileira, em idade fértil, não possuíam plano de saúde ou convênio, sendo esta população usuária do SUS. E, ao analisar por diferenciais de raça e cor da pele, observou que 80% das mulheres negras não possuíam plano de saúde, em contraste com 64% correspondentes às mulheres brancas (Brasil, 2009).

Pesquisas sobre o acesso e utilização dos planos privados de assistência à saúde apontam para a disparidade social acrescida das discrepâncias raciais (Brasil, 2009) e afirmam que essa diferença pode ser explicada pelo fato de que a população negra atinge rendimentos menores que a população branca, o que restringe o acesso aos planos privados de saúde (Pinheiro *et al*, 2008).

Mesmo ao analisar a internação realizada pelo SUS, em relação ao tipo de estabelecimento utilizado, pode ser identificado que as mulheres brancas, ainda sim, utilizam o estabelecimento privado, tendo uma maior representação (43,2%) quando comparadas às mulheres negras (23,1%).

As discriminações com base em gênero e raça não são fenômenos mutuamente exclusivos, mas, ao contrário, são fenômenos que interagem, sendo

a discriminação racial fortemente marcada pela de gênero, o que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens, principalmente no que se refere às mulheres negras (Soares e Pinheiro, 2004)..

Para o tipo de parto, que é um atendimento utilizado na internação, as mulheres brancas têm no cesáreo o maior percentual, enquanto as mulheres negras apresentam maior percentual no parto normal.

Esse aspecto do estudo demonstra as desigualdades no SUS, podendo refletir o racismo institucionalizado, pois os estereótipos que são construídos a partir das representações na sociedade definem as mulheres negras como mais resistentes que as outras mulheres e, por isso, suportariam mais dor.

Um estudo realizado nas maternidades no Rio de Janeiro revela que quase um terço das mulheres negras não conseguiu atendimento no primeiro estabelecimento procurado e, no parto vaginal, receberam menos anestesia se comparadas com as mulheres brancas (Leal; Gama e Cunha, 2005).

De acordo com Rodrigues (2009), em Salvador, as mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto são majoritariamente negras (92%), possuem, em sua maioria, baixos indicadores socioeconômicos, o que é atestado pelo fato de a maior parte possuir renda de até dois salários mínimos, exercer atividade sem remuneração e ter, em média, 9,62 anos de estudo.

Ao avaliar o atendimento recebido, verifica-se que as mulheres negras apresentam percentual um pouco menor em relação a todas as categorias utilizadas quando comparadas com as mulheres brancas, exceto para o que é considerado ruim, onde se registra uma inversão. Mesmo sendo as mulheres negras as maiores usuárias dos serviços do SUS, as mulheres brancas referem ser mais bem atendidas. Essa análise pode indicar como as instituições ainda estão preenchidas de preconceitos e discriminações em relação à raça/cor, comprometendo o acesso das pessoas e a utilização dos serviços de saúde, com base nesse requisito.

Werneck (2001), em seu artigo "Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras", descreve que as iniquidades em saúde das mulheres negras

são heranças das desigualdades postas pelas relações sociais e políticas pautadas nas discriminações de origem racial e sexista, violando direitos, impossibilitando as ações de políticas públicas, assim como dificultando o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde de qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstra que as mulheres negras em alguma medida estão em desvantagem em relação às mulheres brancas, e o Estado da Bahia não é diferente de outros estados ou mesmo do País quando se analisam as desigualdades raciais sobre as populações.

Apesar de o sistema público de saúde ser universal, igualitário e equânime, com garantia constitucional conferida a todas/os as/os cidadãs(os) brasileiras(os) independentemente de sua cor/raça, sexo ou qualquer outra característica, em relação ao acesso universal aos serviços de saúde, os dados demonstram que existem determinados grupos populacionais com o acesso integral facilitado em detrimento de outros. Em especial, nesse caso, destacam-se as diferenças de acesso entre as mulheres negras e brancas.

É importante destacar que o experimento da saúde na sua integralidade para as mulheres está diretamente influenciado pelas condições de vida e diferentes formas de inserção social. As questões de gênero, raça e geração conformam assimetrias e vulnerabilidades sobre as mulheres, restringindo direitos, liberdades de escolha e opções.

Dessa forma, o estudo conclui que, apesar de o Brasil ter avançado nas políticas de promoção à igualdade racial e para as mulheres, seja pelo reconhecimento do racismo no País na sua forma institucionalizada, seja com implementações de políticas de ações afirmativas no campo da saúde, educação, mercado de trabalho, entre outros, as desigualdades ainda persistem nas estruturas sociais, no acesso aos serviços de saúde, gerando reflexos nas condições de vida das mulheres negras, com destaque para o processo, diferenciado, de saúde-doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas. *Mercado de Trabalho*. Brasília: Ipea, 2004.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, Maria Inês da Silva. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do “quarto do despejo”. *RedeSaúde*, n. 23, mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, 2009.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700007&lng=pt&nrm=i>. ISSN 0102-311X. Acesso em: 6 de Junho de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad) 2008*. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2010.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). População negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. *Atlas Racial Brasileiro*. Brasília: Pnud; Cedeplar, 2004.

PINHEIRO, Luana et al. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 3. ed. Brasília: Ipea, Unifem, 2008.

RODRIGUES, Quessia Paz. *Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto*. 2009. 98f. Dissertação de mestrado, Salvador, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2009.

SOARES, Vera; PINHEIRO, Luana Simões. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 2. ed. Brasília: Ipea; Unifem, 2004.

WERNECK, Jurema. Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras. *RedeSaúde*. n. 23, mar. 2001.

Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008

287

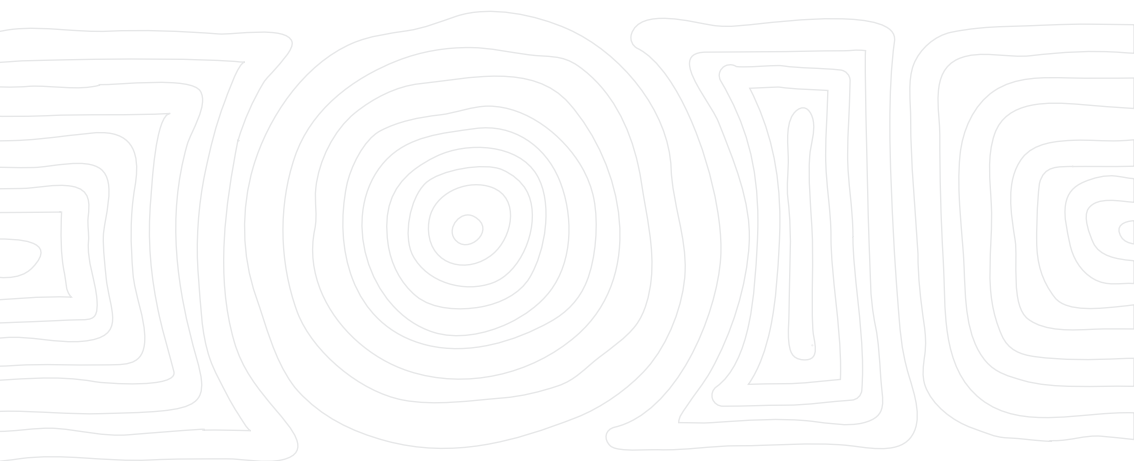
Saúde da População **Negra**

CAPÍTULO 14

Acesso à saúde, promoção e prevenção ao hiv/aids e o recorte étnico-racial:

Revisão bibliográfica (1995-2009)¹

**Raquel Souzas, Olívia Ferraz Pereira Marinho
e Karla Loyse Oliveira de Melo**



INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO: DAS DESIGUALDADES ÀS VULNERABILIDADES

A distribuição de doenças na população relaciona-se à organização social e a determinados sistemas que potencializam as desigualdades existentes. Diante da constatação de desigualdade é necessário medidas no âmbito das políticas e de serviços à saúde para a promoção da equidade. A desigualdade apresenta-se como reflexo de fenômenos sociais complexos: desigualdade na distribuição de renda, poder e ausência de garantias para o exercício de direitos sociais.

Se por um lado igualdade e desigualdade são conceitos fundamentais para a compreensão de situações de saúde de diferentes segmentos populacionais, por outro, para medir a desigualdade é necessário interrogar bases de dados estabelecidas, sistemas de informação de reconhecida confiabilidade, criar metodologias cada vez mais sofisticadas que auxiliem no reconhecimento de variáveis importantes na compreensão dos problemas de saúde que impactam determinados grupos populacionais de modo desigual, e que exigiria, então, medidas mais eficazes e concernentes à realidade social.

As desigualdades nas condições de vida repercutem nas situações de saúde, produzindo/reproduzindo iniquidades. As desigualdades sociais podem produzir diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como “riqueza, educação, ocupação, raça, etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (Barata, 2009, p. 11).

De acordo com Barata (2009), questões étnico-raciais são temáticas de abordagem complexa. Com relação aos efeitos de raça/etnia no processo saúde-doença, a autora acredita que seus efeitos somente são perceptíveis ao se considerar os contextos nos quais as diferenças por raça/cor e etnia se apresentem como elementos importantes na análise. Ainda segundo Barata (2009), os efeitos deletérios das assimetrias de poder e suas repercussões nos diferentes grupos da população são fenômenos difíceis de serem apreendidos em abordagens estratificadas clássicas.

1 Artigo resultado de uma consultoria realizada para o Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA em 2010 e apresentado em Congresso de Ciências Sociais e Saúde [Abrasco] 2011.

Acesso, prioridades em saúde e cuidado à saúde e possíveis articulações conceituais

Na abordagem dos estudos estratificados é importante observar que as desigualdades no uso dos serviços básicos de saúde extrapolam as demandas e, para alcançar os indivíduos fora dos sistemas de saúde e identificar focos de exclusão são necessários procedimentos metodológicos que vão além das análises estratificadas univariantes isoladas segundo grupos de variáveis de natureza demográfica, socioeconômica ou epidemiológica para definir necessidades e prioridades em saúde (SILVA et al, 2000).

O conceito de acesso e utilização dos serviços de saúde atualmente foi deslocado para os resultados dos cuidados de saúde e ainda assim encontra limitações para sua avaliação porque requer medidas multidimensionais de difícil apreensão, operacionalização e é de validade discutível (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Isso porque a utilização dos serviços de saúde, por ser uma medida de acesso, não se explica somente por esse indicador.

Travassos e Martins (2004) afirmam que a saúde da população é um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pela utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido é que entendemos que a abordagem das vulnerabilidades acrescenta importante contribuição na compreensão da situação de saúde de diferentes grupos populacionais.

EQUIDADE – CONCEITO FUNDAMENTAL PARA ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS BIBLIOGRÁFICOS

“A **equidade na saúde** (*grifo nosso*) pode ser definida como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.” Crenshaw (2002, p. 173).

“Iniquidades na saúde envolvem **mais que meras desigualdades** (*grifo nosso*), já que algumas desigualdades na saúde

- como, por exemplo, a disparidade entre a expectativa de vida de homens e mulheres - não podem ser descritas razoavelmente como injustas, e algumas não são nem evitáveis e nem remediáveis." (CDSS, 2005)..

"Iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde (*grifo nosso*) que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Elas têm suas raízes na estratificação social" (CDSS, 2005)..

"Portanto, a iniquidade na saúde pode ser definida como uma categoria moral profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder." (CDSS, 2005)..

VULNERABILIDADES

De acordo com Crenshaw (2002, p. 173), as desigualdades atingem as mulheres diferentemente e assim todos os fatores relacionados às identidades sociais, tais como classe, raça, cor, religião, orientação sexual, entre outras características são "diferenças que fazem diferença" na forma como a discriminação é vivenciada.

Os diferenciais de gênero, classe, raça/cor, orientação sexual entre outros criam "vulnerabilidades exclusivas" ou como a autora refere em outro momento "vulnerabilidade interseccional". Isso porque diferentes vulnerabilidades se entrecruzam para formar "vulnerabilidades exclusivas" que podem ser definidas como condições diferenciadas do ponto de vista dos direitos humanos. Tais condições podem estar invisibilizadas dadas às condições de marginalidade que vivem certos grupos, especialmente mulheres.

A medida de vulnerabilidade foi considerada um recurso teórico aperfeiçoado no campo de estudo da Aids, se traduz em planos interdependentes de análise, individual, social e coletivo, político ou programático (Lopes, 2003). E acrescentamos que para pensar nas vulnerabilidades é necessário se amparar em abordagens metodológicas mais complexas e interdisciplinares.

De acordo com Garcia *et al.* (2009), derivado do conceito de vulnerabilidade no plano individual, inúmeras definições vão designar populações desprotegidas em números absolutos, exposição ao maior risco em termos relativos, em maior grau de exposição na perspectiva epidemiológica, na identificação de pessoas incapazes de avaliar o nível e na qualidade da assistência que lhe é oferecida, pessoas sujeitas ao trabalho desumano, discriminação, tratamento injusto, desrespeito a dignidade humana.

Para a vulnerabilidade programática Garcia *et al.* (2008) guarda a concepção que se expressa na dimensão das ações, serviços, informação e investimentos em saúde distribuídos democraticamente. Na sua dimensão social a vulnerabilidade se expressa na ausência de cidadania e na ausência do exercício de direitos humanos nas suas diferentes dimensões e gerações.

A literatura nos informa sobre a história da epidemia do HIV/Aids. A princípio era ligado a homens que faziam sexo com homens (HSH) e foi constituída a preconcepção de “grupo de risco” para aqueles definidos como homossexuais, hemofílicos e usuário de drogas injetáveis. Num segundo momento, observa-se que se estabeleceu uma segunda hipótese: a da heterossexualização da epidemia e posteriormente a sua feminização, que pode ser comprovada pelo decréscimo da razão masculino/feminino de casos de infecção pelo HIV/Aids e pelo número de óbitos, e a Aids rodeia entre as principais causas de mortalidade entre as mulheres em idade fértil.

A literatura revela que no momento do diagnóstico, muitas mulheres apresentavam parceria sexual única e a quantidade de parceiros sexuais que tiveram durante a vida não diferem do descrito pela maioria da população.

A vulnerabilidade das mulheres para contrair DST/HIV esteve sempre relacionada ao contexto sociocultural, no qual a mulher é limitada na tomada de decisões quanto a sua vida sexual e reprodutiva. A vulnerabilidade das mulheres aumenta quando se acrescenta questões socioeconômicas e o racismo que dificultam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e ocasiona um menor conhecimento no que se refere às questões relacionadas às DST.

Analisando as vertentes explicativas sobre a feminização da aids, observa-se que a mulher negra apresenta maior vulnerabilidade, já que está sujeita

ao menor grau de escolaridade, renda mensal e condições de moradia e essa vulnerabilidade não é somente em relação ao HIV.

As teses e dissertações sobre a questão racial e saúde preenchem lacunas importantes no campo do conhecimento, possibilitam avançar na discussão mais geral sobre como medir as barreiras ao acesso e o grau de acesso dos diferentes grupos populacionais na utilização dos serviços de saúde, fornecem as categorias de análise mais importantes para o estudo do termo de referência e descreve o alcance e limites de cada abordagem. E é, nesse sentido, que algumas das inúmeras pesquisas de doutorado e mestrado, estudos e pesquisa sobre a questão racial e saúde balizam intensas discussões detectadas nos artigos presentes em bases de dados bibliográficos.

Ainda que sejam considerados os limites explicativos de cada modelo de análise, a desvantagem para a população negra no acesso à saúde se apresenta de modo evidente em publicações importantes, destacando-se a tese de Fernanda Lopes (2003); Lopes *et al.* (2007) e Leal *et al.* (2005) entre outros.

Dessa perspectiva, os conceitos centrais para análise sobre barreiras e desigualdades sociorraciais no acesso aos serviços de saúde e às ações de saúde da mulher, com foco nas ações relacionadas à promoção e atenção em saúde sexual e reprodutiva, incluindo prevenção de infecção por HIV e outras DST e dirigidas às mulheres adultas, adolescentes e jovens são: (I) Desigualdades (disparidades e iniquidades) em saúde e raça/cor e etnia; (II) Intersecções de gênero e raça/etnia no campo da saúde (ênfase na saúde sexual e reprodutiva, prevenção e promoção ao HIV/Aids); (III) Vulnerabilidade e HIV/Aids. Tais conceitos não são mutuamente excludentes e podem possibilitar alcances diferenciados em nível de operacionalização das categorias de análise dos achados.

- Desigualdades (disparidades e iniquidades): podem derivar categorias de natureza demográfica, socioeconômica ou epidemiológica para definir o acesso e utilização dos serviços de saúde, necessidades e prioridades em saúde.
- Intersecções de gênero e raça/etnia no campo da saúde (ênfase na saúde sexual e reprodutiva, prevenção e promoção ao HIV/Aids):

derivam estudos qualitativos e focados na educação, promoção de ações para prevenção do HIV/Aids e identificação de semelhanças e diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde.

- Vulnerabilidade e HIV/Aids: plano individual, programático e dimensão social.

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS RECENTES SOBRE RAÇA/ETNIA E SAÚDE

Na pesquisa bibliográfica identificou-se a existência de cinco revisões de literatura que tratam das desigualdades, diferenciais em saúde por raça/cor etnia e por sistematizarem produções bibliográficas relacionadas à saúde da população negra. São elas:

- (i) Oliveira, Fátima. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003;
- (ii) Barreto, J. H. S. Diferenças raciais e sua relação com a saúde [artigo de revisão]. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 28 (2): 242-258, 2004;
- (iii) Araújo, E. M.; Costa, M. C. N.; Noronha, C. V.; Hogan, V. K.; Vines, A. L.; Araújo, T. M. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Rev. Saúde Coletiva*, 7 (40): 116-121, 2010;
- (iv) Souza, R. Movimento de mulheres negras e a saúde: análise documental sobre a reivindicação de inclusão do “quesito Cor” no sistema de informação à saúde. *Rev. Saúde Coletiva*, 7 (40): 110-115, 2010.
- (v) Bastos, J. L.; Celeste, R. K.; Faersten, E.; Barros, Al. J. D. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Social Science & Medicine* 70 (2010): 1091-1099.

A revisão elaborada por Oliveira (2003) possibilitou a construção do conceito “doenças raciais/étnicas” indicadas pela maior prevalência de um determinado agravo na população autodefinida como preta/parda (negra). Araújo *et al.* (2010) foca as desigualdades do ponto de vista epidemiológico e revela que a variável raça/cor da pele raramente apresenta significância nesse tipo de estudo. Já o artigo de Souza (2010) foca os documentos nos quais o movimento das mulheres negras reforça a necessidade de se conhecer o nascer, adoecer e morrer da população com base no recorte racial e no conceito de raça como resultado das relações socioculturais, históricas e de poder. E, finalmente o artigo de Bastos (2010) aborda a presença da variável raça e sua associação com iniquidades em saúde.

De modo geral, as revisões bibliográficas anteriores indicam que: (i) O recorte étnico-racial está presente na produção bibliográfica sobre saúde no período de análise e revisão bibliográfica; (ii) Os estudos epidemiológicos incluem temas variados no campo da saúde e raça/cor e etnia; (iii) Os estudos clínicos apresentam os diferenciais de raça/cor ou etnia no processo saúde/doença; (iv) As análises qualitativas oferecem contribuição importante na discussão da temática geral “saúde, gênero, raça/cor e etnia”.

A diferença com relação à raça/cor e à saúde se revelou produtiva nos últimos anos; seja para negá-la ou para afirmá-la; após 2002 houve um crescimento significativo de pesquisas de caráter epidemiológico, sociodemográfico ou nos campos das ciências sociais e da saúde sobre essa questão.

O campo da Saúde Pública tem como importante preocupação os motivos pelos quais as pessoas morrem; nesse caso, a inclusão do “quesito Cor” no Sistema de Informação em Saúde faz todo sentido e atualmente é possível encontrar uma variedade de artigos que focam diferentes temas considerando a variável raça/cor. Alguns desses trabalhos, presentes na literatura científica atual, podem ser colocados em destaque por considerar a análise com base na classificação do IBGE. São eles: Barata, Almeida e Pereira da Silva: 2007; Jaime, Latorre, Tanaka, Zerbini: 2006; Simão, Miranda-Ribeiro, Cesar: 2006; Lima: 2004; Molina, Sá Cunha, Herkenhoff, Mill: 2003; Lopes, Silveira, Martinelli, Rocha: 2001; Lopes, 2005; Travassos; Simão, Miranda-Ribeiro; Cesar: 2006; entre outros. Diferentes problemas de saúde são analisados na literatura especializada.

SOBRE A CLASSIFICAÇÃO RACIAL

A definição da cor, então, é estabelecida num campo de percepção, de acordo com o qual as pessoas podem ser colocadas no limite entre brancos e não brancos. Dado que esta categoria de classificação não tem limites estanques e que o conceito de raça é construído no limite das relações sociais, e, portanto, definido no campo relacional em que há inúmeras disputas e hierarquias, trata-se de uma construção num campo de relações sociais que desvendam formas de exercício de poder e o próprio racismo, além de ser um dado do imaginário social. Assim, ser negro, segundo Costa Lima: 2004; “é ser violentado de forma constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso, por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais de Ego do sujeito branco e a de recusar a presença do corpo negro”.

Wood (1994) demonstrou em sua pesquisa dois tipos de classificação racial no Brasil que se distinguiam pela forma de abordagem do entrevistado: uma considerada censitária, por utilizar parâmetros de classificação racial estabelecida previamente; e outra, considerada subjetiva, pela qual a população classificou-se por meio de nomações, sem um critério preestabelecido, em diferentes pesquisas do IBGE. Wood afirma ainda que a população não branca não se identifica com a nomação censitária “parda”, o que foi revelado também em pesquisa conduzida pelo Datafolha (*Folha de S. Paulo*, 25 jun. 1995), que constata uma característica da população brasileira de considerar-se “morena”.

METODOLOGIA DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica foi realizada com base na combinação de palavras-chave. Foi privilegiada a página <www.scielo.br> por colecionar a maior parte de revistas de saúde com assuntos de interesse para a revisão bibliográfica, e a página <www.scholar.google.com> possibilitou o acesso às bases não indexadas e/ou ausentes de <www.scielo.br>. Além disso, foram consideradas a BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e a biblioteca virtual da Unaiids. Somente foram considerados dados bibliográficos completos em PDF para leitura ou consulta na íntegra.

No primeiro momento do levantamento de dados todos os artigos foram incluídos no conjunto de dados bibliográficos, independente do escopo da análise. Foram identificados artigos e estudos que tinham como elemento estruturador da análise a categoria raça/cor e etnia e estudos cujo uso da informação sobre raça/etnia constava da estratificação dos dados; mesmo que a significância dessa variável não tenha sido constada nos resultados finais.

Em razão do recorte étnico-racial estar contido em artigos de caráter quantitativo e/ou em estudos estratificados, foi realizada busca ampla e posterior seleção com base nos critérios de inclusão descritos em seguida. A identificação da presença e significância ou não significância da variável raça/cor e etnia permitiu o acesso aos artigos relacionados ao tema, direta ou indiretamente.

A busca foi concretizada com base nas combinações de palavras-chave, e o primeiro grupo refere-se a conceitos estruturadores da análise (desigualdade, disparidades, iniquidades, vulnerabilidade, violência e promoção à saúde); o segundo grupo trata de caracterizar populações de estudo (mulheres, mulheres adultas, jovens e negras, e adolescentes). Tais combinações resultaram em um total de 2066 artigos, dentre os quais foram baixados 202. Um terceiro grupo de palavras foi denominado como conceitos norteadores da proposta de estudo (Direito à saúde, sexuais e reprodutivos, aspectos socioculturais, aspectos socioeconômicos, epidemiológicos e sociodemográficos), dentre os quais foram identificados 750 artigos e foram baixados 111; um quarto grupo tratava da raça, raça/cor, raça/etnia, cor e negras. Para esse grupo foram identificados 61 artigos e baixados 20. Esse grupo de palavras-chave foi combinado ao primeiro grupo, por esse meio foram encontrados 111 artigos e baixados 25 que se enquadravam nos propósitos do levantamento bibliográfico. O levantamento foi realizado no período de março a setembro de 2010.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O critério de inclusão dos artigos para mapear a produção científica sobre saúde reprodutiva e sexual, gênero e raça/etnia no período de 1995 a 2009 foi aplicado a um esquema geral elaborado preliminarmente, que

delimitou o campo de pesquisa bibliográfica. O alcance dos estudos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: (i) Saúde sexual e reprodutiva; (ii) Acesso e barreiras aos serviços de saúde e ações voltadas para a saúde da mulher, ênfase na promoção e prevenção ao HIV/Aids; (iii) População alvo de mulheres adultas, jovens e adolescentes; (iv) Raça/cor e etnia. Os estudos de abordagem qualitativa ou teóricos foram incluídos no levantamento e seleção somente se abordassem temáticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Para abordagem da literatura produzida foi realizado dois recortes temporais: (i) 1995 a 2000 (antes da conferência mundial contra o racismo) e (ii) 2001 a 2009 (pós- conferência mundial contra o racismo). Os estudos podem ser agrupados em diferentes perspectivas: (i) estudos quantitativos sobre desigualdades, disparidades e iniquidades no campo da saúde sexual e reprodutiva; (ii) estudos de gênero e/ou qualitativos e reflexões teóricas acerca saúde da população negra; (iii) estudos sobre a vulnerabilidade às DST/Aids e raça/cor; (iv) estudos com a variável raça/cor em análise estratificada.

No levantamento bibliográfico, a busca com as palavras: raça, raça/cor, raça/etnia, cor e negra não identificou muitos artigos, quando comparamos com os demais grupos de palavras-chave, o que revela a escassez de material e pesquisa nessa área. Com base na análise dos artigos, observa-se que a mulher negra apresenta-se como um dos grupos mais vulneráveis da sociedade já que está inserida em um contexto social desprivilegiado.

FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS ACHADOS BIBLIOGRÁFICOS

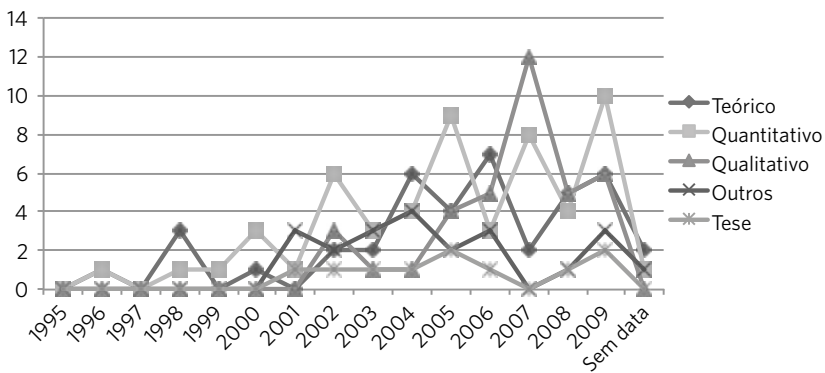
- I. Sistematização com base nos referenciais teóricos selecionados sobre desigualdades no acesso à saúde. Segundo as recomendações de Minayo (1996), o processo de análise pode ser dividido em diferentes fases, sendo a primeira caracterizada por três aspectos, a destacar:
 - i) “Constituição do *corpus*”: os conteúdos levantados devem satisfazer o critério de “exaustividade”.
 - ii) “Leitura flutuante”: consiste em uma leitura exaustiva do

material coletado, tendo em vista a identificação do conteúdo nos documentos.

- II. “Categorização”: modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais para orientação da análise.
- i) A definição de categorias específicas com base na articulação de palavras-chave com significados similares ou aproximados, passíveis de se constituírem em elementos de análise significativas dos achados empíricos identificados.
 - ii) A definição de categorias gerais ou núcleos de sentido com base na articulação, ou não, das categorias específicas identificadas empiricamente. Tais categorias ou núcleos constituirão a estrutura interna do discurso da investigadora a ser elaborado sobre as falas dos sujeitos entrevistados.

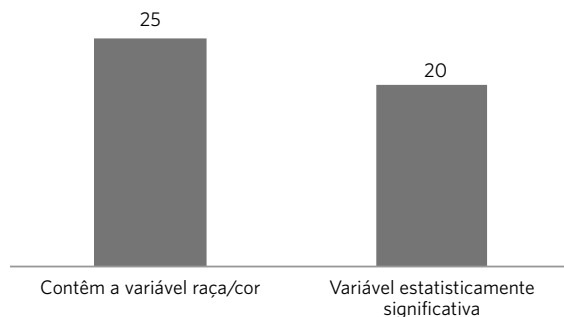
Os dados foram organizados em três gráficos (Figura 1, 2 e 3):

Figura 1 - Tipo de Pesquisa relacionada a saúde sexual e reprodutiva no ano de 1995 a 2009



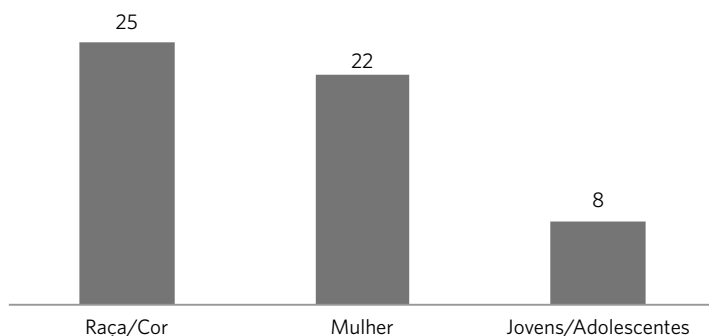
Fonte: Pesquisa de revisão bibliográfica realizada em consultoria para o Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2010.

Figura 2 - Artigos quantitativos estatisticamente significativos que possuem a variável raça/cor



Fonte: Pesquisa de revisão bibliográfica realizada em consultoria para o Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2010.

Figura 3 - Quantidade de artigos quantitativos por variáveis Raça/Cor, Mulher e Jovens/Adolescentes



Fonte: Pesquisa de revisão bibliográfica realizada em consultoria para o Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2010.

ABORDAGEM NARRATIVA DE ARTIGOS E PUBLICAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS SOBRE ACESSO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIFERENCIAÇÕES SOCIORACIAIS

Ao analisar o perfil das pesquisas de gênero e saúde, Aquino (2006, p. 127) revela a “predominância das temáticas reprodução e contracepção; violência de gênero; sexualidade e saúde, com ênfase nas DST/Aids; trabalho e saúde, incluindo trabalho doméstico e trabalho noturno”. Os dados obtidos

mapeiam o campo de pesquisa de gênero e saúde, o processo de institucionalização de um campo de pesquisa no Brasil de suma importância para a compreensão de diferentes problemas de saúde e articula-se ao campo de estudo da sexualidade e saúde da mulher. A Saúde Coletiva contribui com a maior proporção de estudos encontrados nas bases de informação bibliográfica de natureza científica. A análise da transversalidade de gênero e raça/etnia mostra-se pouco explorada e se configura como lacuna importante para estudo e pesquisa.

A pesquisa publicada por Souza (2007) descreve diferentes concepções sobre a liberdade das mulheres negras (pretas e pardas) e brancas de diferentes escolaridades. Essas diferenças podem estar relacionadas aos processos históricos e/ou ao racismo presentes em nosso cotidiano. É interessante observar que a escolaridade é um fator importante ao se considerar o exercício da liberdade. Depreende-se daí que a escolaridade associada à raça/etnia são importantes na análise sobre o exercício de direitos.

Diferentes estudos vêm sinalizando diferenças concretas no campo da saúde quando se analisa por raça/etnia. Recentemente, Santos, Guimarães e Araújo (2007) constataram maior mortalidade de mulheres adultas em Recife. Batista, Escuder e Pereira (2004) já haviam constatado padrões de mortalidade diferenciados por cor no estado de São Paulo. Destaca-se nessa pesquisa a mortalidade materna das mulheres negras.

Inúmeros estudos de natureza quantitativa, do tipo demográfico ou epidemiológico vêm trazer esse tipo de informação na qual a variável cor /raça ou etnia adquire grande importância. É possível tratamento desigual na assistência pré-natal voltada para mulheres negras, para a qual é preconizado um “pacote mínimo” de consultas e atendimentos. Sinal claro desta diferenciação é o menor acesso delas ao tratamento ginecológico ao qual elas em tese teriam igual direito, sobretudo porque esse é um instrumento importante para controle das DST e para prevenção do câncer ginecológico (Perpétuo, 2000, p. 14).

A princípio, vê-se com clareza que existem condições de vida e de morte distintas para negros e brancos, como se pode ver pelos índices que acusam uma taxa maior de mortalidade infantil entre as crianças negras: “as mães negras residentes em áreas rurais experimentavam, para cada mil nascidos vi-

vos, 67 mortes a mais de filhos menores de um ano que as mulheres brancas” (Cunha; 2001. p.50).

As mães do nordeste, por seu turno, estão sujeitas a um “risco de morte 44% superior que o da Região Sul, com valores (coeficientes) de 66 e 37 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos, respectivamente” (Cunha, 2001, p.50). Segundo a autora dessa pesquisa, o controle de variáveis de raça e socioeconômicas, do tipo renda, grau de instrução, e grupo sócio-ocupacional, não explicam as diferenças entre brancos e negros. Isso quer dizer que as raízes do problema são mais profundas e não podem ser reduzidas ao tratamento estatístico de relação entre variáveis isoladas.

Para a mortalidade materna no Estado do Paraná, por exemplo: “O risco relativo de morte materna foi 7,4 vezes maior nas pretas que nas brancas e cinco vezes maior entre amarelas” (Martins, 2001, p. 39).

Assim, é possível perceber que a questão racial apresenta-se para os pesquisadores como um dilema para a construção de um saber no campo da saúde. Publicação recente nessa área, e de grande utilidade para nós, é o *Livro da saúde da mulher negra* (2000), que expõe vários estudos e depoimentos sobre a condição da mulher negra e saúde. Entre esses, podemos destacar o relato sobre a dificuldade de coletar dados sobre a prevalência de miomas uterinos em mulheres negras (Souza, 2000); o estudo sobre síndromes de anemia falciforme (Oliveira, 2000); depoimentos sobre aborto (Roland, 2000); uma reflexão sobre a saúde mental em grupos de autoajuda (Pinto, Boulos, Assis, 2000), mulher negra e obesidade (Nogueira, 2000), reflexão sobre violência doméstica (White, 2000); e outros trabalhos que tratam particularmente da saúde da mulher negra tendo em vista a vulnerabilidade à Aids.

Ainda no campo da saúde, a esterilização foi objeto de inúmeros debates e pesquisas por causa de uma suspeita levantada pelo Movimento Negro (Hasenbalg, 1998) de que teria havido esterilização em massa de mulheres negras. O que acabou não sendo confirmado em pesquisa elaborada por Berquó (1994), que atribui as altas taxas de esterilização a uma cultura que se formou em torno dessa prática nas diferentes camadas sociais. O que é ratificado por Chacham (2001, p.44): “As dificuldades de acesso a uma ampla variedade de métodos contraceptivos e seu uso pouco eficiente, devido à má qualidade do acompanhamento mé-

dico, favoreceram que a esterilização se tornasse o principal recurso para suprir a demanda das mulheres por meios para regular sua fecundidade.”

Segundo Scavone (1999), a consagração da prática da esterilização feminina como método de anticoncepção no Brasil colocou várias questões, por exemplo, sua aplicação como política demográfica no país e controle da população mais pobre e de raça negra.

O interessante é que a interface gênero e raça revela facetas políticas presentes no curso da história em que aparece no cenário a “saúde da população negra” como construção teórica e política. A transversalidade de gênero, amplamente defendida na literatura especializada, e a raça/etnia apresentam-se igualmente nas questões gerais de saúde (Souzas, 2004).

As subjetividades negras se deparam com realidades bastante adversas para o conjunto da população negra. No que diz respeito, especificamente, à saúde reprodutiva, Souza (1995; 2000; 2002) verificou, ao analisar mulheres negras e brancas, usuárias de um posto de Saúde em São Paulo, maior prevalência de miomas entre mulheres negras: 41,6% contra 22,9% entre mulheres brancas e reincidência de 21,9% contra 6%, respectivamente. Ao aprofundar sua análise, verificou que havia um largo desconhecimento quanto ao quadro clínico e às consequências de se ter um mioma uterino. Sua pesquisa bibliográfica evidencia que estudos norte-americanos sinalizavam para uma maior prevalência de miomas em mulheres negras norte-americanas. Souza (1995; 2000; 2002) verificou, ainda, que nos casos de miomas em mulheres negras investigadas, estas chegaram à maior proporção que as mulheres brancas a uma histerectomia. Isso foi relacionado ao largo desconhecimento do quadro clínico, além de questões associadas às condições de vida.

A pesquisa de Leal, Gama e Cunha (2005), por exemplo, foi capaz de mostrar as desigualdades raciais, sociodemográficas na assistência pré-natal e ao parto, no município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001. As autoras apresentam uma clara desvantagem, nesse setor, para as mulheres negras, revelando a potencialidade que tem a introdução do “Quesito Cor” nas fichas dos serviços de saúde. A saúde constituiu-se, ao longo de uma década, como uma área, na qual as mulheres negras recebem um tratamento desigual no atendimento pré-natal e ao parto.

Colocando sob foco, mais uma vez, as mulheres negras, Batista (2002) afirma que elas estão em última posição na escala de valorização social e isso pode intervir, segundo ele, no poder de negociação sexual e uso da camisinha. O direito de escolha do método contraceptivo está comprometido por uma percepção estereotipada da mulher negra e, com isso, mulheres negras estariam mais vulneráveis ao HIV/Aids. Essa percepção determinaria visões, como aquela apontada por Pinto, Boulos e Assis (2000). Isso é o que constata Lopes (2003), que verificou que mulheres negras que vivem com HIV/Aids, são ainda mais vulneráveis, individualmente, que mulheres não negras.

Um conjunto de fatores sociais, como menor acesso à educação formal, condições de moradia e habitação menos favoráveis, baixo rendimento individual e familiar *per capita*, responsabilidade pelo cuidado, maior número de pessoas, dificuldade de acesso ao teste diagnóstico, dificuldade de acesso às informações sobre terapia antirretroviral para o recém-nascido e sobre redução de danos no uso de drogas injetáveis, dificuldade em adotar comportamentos protetores, como é o caso do uso de preservativo. Além disso, Lopes (2003) aponta outros fatores contribuíram para o aumento da vulnerabilidade das mulheres negras, por exemplo, a baixa percepção de risco individual de infecção, associada a outros fatores ligados à dificuldade de acessar um serviço de saúde adequadamente. Ainda, segundo a autora, mulheres negras se mostraram menos conscientes da sua condição de soropositiva para o HIV/Aids. Todo esse quadro mostra a complexidade da realidade das mulheres negras diante da epidemia da aids.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

DAS INTERSECÇÕES DE GÊNERO E RAÇA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A “condição” biológica de mulheres negras e brancas, especialmente aquelas ligadas a sua capacidade reprodutiva, não estabelece e nem mesmo é suficiente para instaurar uma dada igualdade, do ponto de vista do poder no campo relacional, pois essa condição tanto é base para ingerências de inúmeros aspectos sociais como é resultado desses aspectos. Ao contrário, apostar no argumento de igualdade, com base na questão biológica, como pressuposto de uma mesma condição feminina, naturaliza diferenças historicamente construídas.

Observa-se que é somente dentro de uma perspectiva relacional, que coloca sob foco a intersubjetividade, ou o confronto de diferentes subjetividades, que podemos apontar para a possibilidade de um campo de articulação entre raça e gênero que designaria realidades construídas em contextos sociais comuns, em que comportamentos, atividades e opções no campo da saúde reprodutiva configurariam distintos processos de construção para mulheres negras e brancas. Desse modo, é necessário analisar situações de exclusão frente à possibilidade de reconhecimento social e político, em sentido amplo e plural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, S. M.; GUIMARÃES, M. J.; ARAUJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc.* São Paulo, 16(2): 87-102, 2007.

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad. de Saúde Pública*, 23(2): 305-313, 2007.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BATISTA, L. E. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. Tese de doutorado, Araraquara, Unesp, 2004.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999-2001, *Rev. Saúde Pública*, 38 (5): 630-6, 2004.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1):71-80, 2005.

BERQUO, Elza. Esterilização e raça em São Paulo. *Rev. Brasileira de Estudos da População*. v. 11. n. 1, 1994.

BRASIL. Ministério da Justiça. Relatório do Comitê Nacional para Preparação da Participação Brasileira na III Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, Discriminação racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. In: MOURA, C. A.; BARRETO, Jônatas Nunes. *A Fundação Cultural Palmares na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata*. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Textos básicos de Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher - bases de ação programática*. Brasília, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mesa Redonda sobre A Saúde da População Negra*. Relatório Final. Brasília, ago.1996

CARDOSO, A. M.; VENTURA, S. R.; COIMBRA Jr., C. E. A mortalidade infantil segundo raça/

cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad. de Saúde Pública*, 21(5):1602-1608, 2005.

CASTRO, A. A.; SACONATO, H.; GUIDUGLI F.; CLARK, O. A. C. *Curso de revisão sistemática e metanálise* [Online]. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>>.

CDSS - COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. *Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde*. Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf>. Acesso em: 18 de Junho de 2012.

CHANCHAN, A. S. Condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. *RedeSaúde*, n. 23, p. 44-47, 2001.

CORASSACZ, V. R. *O corpo da nação*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

COSTA, J. F. Da cor ao corpo: a violência do racismo. In: *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Costa J. F. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

CUNHA, E. M. G. de P. da. Mortalidade Infantil e raça: as diferenças da desigualdade. *RedeSaúde*, n. 23, 2001: 48-50.

DECLARAÇÃO de Itapecerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. Itapecerica da Serra, 22 de agosto de 1993.

DOCUMENTO da Articulação de Mulheres Negras Brasileiras. *Rumo à III Conferência Mundial Contra o Racismo*. Rio de Janeiro, 1-3 de setembro de 2000.

FERREIRA, R. F. *Afrodscendente : identidade em construção*. São Paulo: Educ; Rio de Janeiro: Pallas, 2000.

GARCIA, Sandra; BERQUÓ, Elza; LOPES, Fernanda; LIMA, Liliam P. de; SOUZA, Fabiana Mendes de. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro. Considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. In: MIRANDA-RIBEIRO, Paula e SIMÃO, Andréa Branco (orgs.). *Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. Belo Horizonte: ABEP/UN-FPA, 2008. (Col. Demografia em debate; v.2). Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/ebooks/Demografia_em_Debate/Demografia_em_Debate_Volume2.pdf. Acesso em: 18 de Junho de 2012.

GILLIAM, A. Globalização, identidade e os ataques à igualdade nos Estados Unidos: esboço de uma perspectiva para o Brasil. In: *Estudos de Cultura e Poder: Identidades*. FELDMAN-BIANCO, B.; CARPINHA, G.(orgs.). São Paulo: Hucitec, 2000.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R., GALVÃO J. (orgs). *Quebrando o silêncio - mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 89-113. (História Social da Aids, 7).

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*: Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HASENBALG, C. Relações raciais no contexto nacional e internacional. *Estudos & Pesquisas: Racismo: perspectivas para um estudo contextualizado da sociedade brasileira*. Niterói: EdUFF, 1998.

HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.

IANNI, Otavio. A racialização do mundo. *Tempo Social. Rev. Sociologia da USP*, São Paulo 8 (1): 1-23, maio 1996.

INFORMATIVO da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *RedeSaúde*, n. 22, nov. 2000.

INFORMATIVO da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *RedeSaúde*, n. 23, mar. 2001.

JAIME, P. C.; LATORRE, M. do R. Dias de O.; FLORINDO, A. A.; ZERBINE, C. A. de F. Dietary intake of Brazilian black and white men and its relationship to the bone mineral density of the femoral neck. São Paulo, *Med. J.* 124 (5): 267-70, 2006.

LAGUARDIA, J. O. Usos da Variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (2): 1997-234, 2004.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, 39 (1): 100-7, 2005.

LIMA, M. E. Sucesso Social, Branqueamento e Racismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (1): 011-019, 2004.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; MONTEIRO, S.; MAIO, M. C. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21 (1): 171-180, 2005.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, 21 (5): 1595-1601, 2005.

_____. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo*. Tese de doutorado, São Paulo, Depto de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil*. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, Dezembro de 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de Junho de 2012.

MAGALHAES, Rosana. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 12, n. 3, 2007.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (11): 2473-2479, 2006.

_____. Maior risco para mulheres negras no Brasil. *RedeSaúde*, n. 23, p. 37-40, 2011.

MOLINA, M. del C. B.; SÁ CUNHA, R. de; HERKENHOFF, F. L.; MILL, J. G. Hipertension and salt intake in urban population. *Rev. Saúde Pública*, 37 (6), 2003.

MUNANGA, K. Negritude Afro-brasileira: perspectivas e dificuldades. *Revista de Antropologia*, v.33, 1990.

_____. Teorias sobre o racismo. In: *Estudos & pesquisas: racismo: perspectivas para um estudo contextualizado da sociedade brasileira*. Niterói: EdUFF, 1998.

_____. A identidade negra no contexto da globalização. *Ethnos Brasil*, n. 1, p. 11-20, 2002.

NOGUEIRA, R. Mulher negra e obesidade. In: *O livro da saúde da mulher negra*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; GlobalExchange, 2000.

MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 12, n. 2, 2007.

OLIVEIRA, F. As síndromes falciformes e o PAF/MS. *O livro da saúde da mulher negra*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; GlobalExchange, 2000.

PAIXÃO, M; CARVANO, L. M. (orgs.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2008.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. *RedeSaúde*, n. 22, 2000.

PINTO, E. A.; BOULOS, R.; ASSIS, M. A. Saúde mental da população negra: uma breve reflexão a partir da experiência com grupos de autoajuda. In: WERNECK, J; MENDONÇA, M; WHITE, E. C. (orgs.). *O livro da saúde da mulher negra: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; GlobalExchange, 2000.

PNUD/OPAS. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Workshop Interagencial Saúde da População Negra, Brasília, 6 e 7 de dezembro de 2001.

RACISMO cordial: a maior e mais completa pesquisa sobre o preconceito de cor entre os brasileiros. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 25 jun. 1995, Caderno Especial?

RACISMO: diminui preconceito entre brasileiros. *Folha de S.Paulo*, 23 nov. 2008.

RAMOS, P. V.; DRUMOND, J. R. M. *Levantamento da morbidade atendida na rede ambulatorial*

da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – demanda do sexo feminino por cor. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação, 1993.

ROLAND, E. Saúde reprodutiva da população negra no Brasil: um campo em Construção. In: *Perspectivas em Direitos Reprodutivos*. Informativo Semestral da Fundação MacArthur, n. 4, p. 17-24, 2001.

_____. O movimento de mulheres negras brasileiras: desafios e perspectivas. In: GUIMARÃES, A. S. e HUNTLEY, L. (orgs.). *Tirando a Máscara – Ensaio sobre o racismo no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2000, p.237-256.

_____. Eu fiz aborto: aborto e clandestinidade. *O livro da saúde da mulher negra*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; GlobalExchange, 2000.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

SANTOS, B. de S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: FELDMAM-BIANCO, B.; CARPINHA, G.(orgs.). *Estudos de cultura e poder: identidades*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCAVONE, L. Anticoncepcion, aborto y tecnologias conceptivas: entre la salud, la ética y los derechos. In: SACAVONE, L. (org.). *Genero y salud reproductiva em America Latina*. Catargo: Libro Universitario Regional, 1999.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1991.

SILVA, Nilza N. da et al . Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, Feb. 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000100009&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de Junho de 2012.

SOUZA, V. A prevalência de miomas uterinos em mulheres negras: as dificuldades e avanços na coleta e análise de dados com recorte racial. *O livro da saúde da mulher negra*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; Global Exchange, 2000.

SOUZA, V. C. *Mulher negra e miomas uterinos: uma incursão na área da saúde*. Tese de mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, 1995.

_____. A prevalência de miomas uterinos em mulheres negras: as dificuldades e avanços na coleta e análise dos dados com recorte racial. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (orgs.). *O livro da saúde da mulher negra*. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; Global Exchange, 2000.

_____. *Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e histerectomia*. Tese de doutorado em Ciências Sociais, São Paulo, PUC-SP, 2002.

SOUZAS, R. *Sob o signo de Marte: relações conjugais, gênero e saúde reprodutiva de mulheres de baixa renda em São Paulo*. Dissertação de mestrado, São Paulo, FSP – USP, 2000.

_____. *Relações raça e gênero em jogo: mulheres negras e brancas e questão reprodutiva*. Tese de doutorado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo/USP, 2004.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad. de Saúde Pública*, 16(supl.1): 19, 2000.

TORRES, C. *Equidade em Saúde: uma visão pelo prisma da etnicidade*. Programa de Políticas Públicas e Saúde e Desenvolvimento Humano (mimeo – versão preliminar).

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Junho de 2012.

VIEIRA E. M. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudoeste do Brasil e fatores ligados a sua prevalência. *Rev de Saúde Pública*; n. 28, p.440-8, 1994.

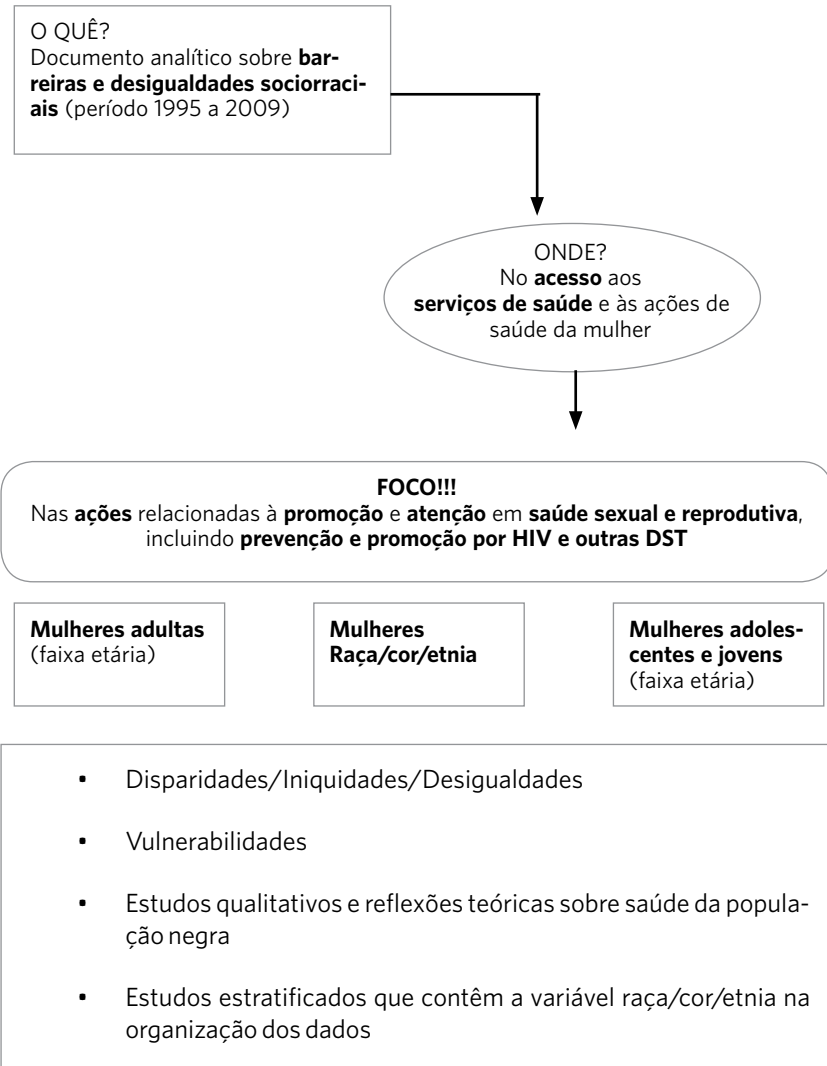
VIANA, A; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

WERNECK, J. *et al.* (org). *O livro da Saúde das Mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.

WHITE, E. C. O amor não justifica: mulheres negras e violência doméstica. *O Livro da Saúde da Mulher Negra*. Rio de Janeiro: Pallas, Criola, GlobalExchange, 2000.

WOOD, C. Categorias censitárias e classificações subjetivas no contexto de raça no Brasil. In: *Desigualdade racial no Brasil contemporâneo*. Belo Horizonte: Cedeplar, Face, UFMG., 1991.

Anexo 1 - Esquema Geral



Anexo 2 - Conjunto de palavras-chave para busca de artigos em bases de dados bibliográficos - 1995-2009

Conceitos estruturadores da análise	Objetos de estudo	Conceitos norteadores da proposta de estudo	Categoria de análise/variáveis	Populações de estudo
Desigualdade	Direito à saúde	Direito à saúde		
Disparidades	Acesso aos serviços de saúde	Direitos sexuais	Raça/cor	
Iniquidades	Ações de saúde da mulher	Direitos reprodutivos	Raça/etnia	Mulheres
Vulnerabilidade	Atenção à saúde sexual	Direitos sexuais e reprodutivos	Gênero	Mulheres adultas
Violência	Atenção à saúde reprodutiva	Aspectos socioculturais	Idade	Mulheres jovens
Promoção à saúde	Saúde sexual e reprodutiva	Aspectos socioeconômicos	Sexo	Mulheres negras
	Prevenção de infecção por HIV e outras DSTs	Aspectos epidemiológicos	Renda	Adolescentes
		Aspectos sociodemográficos	Escolaridade	
		Aspectos sociorraciais		

Fonte: Revisão bibliográfica - UNFPA, 2010

CAPÍTULO 15

Paralelos opostos:

Raça e *status* socioeconômico em pesquisas e políticas sobre hiv/aids no Brasil e nos Estados Unidos

314

Kia Lilly Caldwell e Lisa Bowleg

INTRODUÇÃO

Brasil e Estados Unidos compartilham várias semelhanças que têm levado estudiosos, especialmente historiadores e cientistas sociais, a comparar os dois países com relação a questões de raça e racismo. Ao longo de várias décadas, nos Estados Unidos, pesquisadores dedicaram-se ao exame comparativo da dinâmica racial entre ambos os países. Como foram sociedades escravocratas, tanto o Brasil como os Estados Unidos têm lutado contra seu legado e as realidades atuais de hierarquias sociais vinculadas a raça e desigualdades raciais persistentes. Enquanto os Estados Unidos instituíram práticas legalizadas de segregação racial e discriminação na sequência da abolição da escravatura em 1865, o Brasil, após a abolição em 1888, seguiu o caminho da discriminação racial não legal, porém com frequência institucionalizada, que teve profundo impacto na inclusão social dos afrodescendentes brasileiros até os dias atuais.

Este artigo apresenta uma análise comparativa da dinâmica racial no Brasil e nos Estados Unidos, com ênfase no impacto da epidemia de HIV/Aids nas populações negras dos dois países. Comparamos três áreas em cada país: pesquisa de disparidades na saúde, políticas relativas a HIV/Aids em âmbito nacional, e abordagens quanto à prevenção e ao tratamento de HIV/Aids com foco nas comunidades negras. Os pontos fortes e os fracos da pesquisa de disparidades na saúde, bem como a pesquisa e as políticas sobre HIV/Aids em cada país, estão destacados e acompanhados de recomendações sobre melhorias. Também são feitas comparações sobre como cada país lida com as questões de raça e *status* socioeconômico. A análise destaca a ênfase no *status* socioeconômico em pesquisa e política sobre HIV/Aids no Brasil e seu paralelo oposto, a ênfase na raça em pesquisa e política sobre HIV/Aids nos Estados Unidos. Argumentamos que uma abordagem interseccional da raça e do *status* socioeconômico é necessária, a fim de aumentar a relevância e a utilidade da pesquisa e da política sobre HIV/Aids para as comunidades negras em ambos os países.

AS CHAVES DO SUCESSO DO BRASIL NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DE HIV/AIDS

O Brasil tem assumido a dianteira nos esforços para promover a prevenção e o tratamento de HIV/Aids há mais de uma década. A diminuição da

epidemia e a redução do impacto geral do HIV/Aids no país são creditadas às estratégias eficazes de saúde pública.

Pesquisadores perceberam uma diminuição na epidemia de HIV/Aids a partir de 1997 em diante, particularmente em cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo. Essa diminuição deveu-se, sobretudo ao uso efetivo de medidas de prevenção, inclusive a distribuição de informações sobre prevenção, o aumento no uso de preservativo entre a população em geral e a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais para indivíduos infectados com o HIV (Werneck, 2004).

Dois fatores importantes contribuíram para o sucesso do Brasil no combate ao HIV/Aids: o compromisso do governo brasileiro com a implantação de um plano nacional de larga abrangência para a Aids e o envolvimento ativo da sociedade civil na prevenção, assistência e no tratamento de HIV/Aids (Safreed-Harmon, 2008). Como vários ativistas, estudiosos e autoridades de saúde pública notaram, as políticas proativas do governo brasileiro sobre HIV/Aids têm sido o resultado direto da ampla mobilização da sociedade civil no combate à epidemia (Berkman *et al.*, 2005; Galvão, 2005; Levi, 2002; Parker, 2009). Essa mobilização incluiu a progressista Igreja Católica e o movimento das comunidades eclesiais de base, ligados à Teologia da Libertação; o movimento de reforma sanitária; e o movimento de liberação gay emergente (Parker, 2009). Devido, em grande parte, à sociedade civil e à mobilização de movimentos sociais, o primeiro programa governamental para a aids nas Américas foi estabelecido no Estado de São Paulo em 1983, e, em 1986, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle da Aids/STD (Bacon *et al.*, 2004; Berkman *et al.*, 2005; Parker, 2009).

A mobilização da sociedade civil relativamente ao HIV/Aids durante a década de 1980 ocorreu em um momento crítico da história política do Brasil, em meio à transição da ditadura militar para o governo democrático. Embora o movimento de reforma sanitária tenha surgido durante os anos 1970, ganhou proeminência durante esse período, conduzindo a transformações importantes nas políticas de saúde à medida que o Brasil iniciava sua redemocratização (Berkman *et al.*, 2005). O estabelecimento de assistência médica como um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado brasileiro na Constituição de 1988 foi um avanço significativo nas tentativas de desenvolver um sistema público de saúde que pudesse atender às necessidades de to-

dos os brasileiros. A nova Constituição também exigia o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi outro passo importante nos esforços de ampliação do acesso à assistência médica no país. Ativistas e organizações não governamentais de apoio na luta contra a aids desempenharam papel vital na garantia da assistência médica como um direito na Constituição de 1988 e na implantação de Conselhos de Saúde participativos nos âmbitos municipal, estadual e federal durante os anos 1990 (Parker, 2009).

A ênfase nos direitos humanos tem sido um dos pontos fortes na abordagem brasileira do HIV/Aids, tanto nas organizações da sociedade civil como no governo. Esses direitos eram o foco do início da mobilização contra o HIV/Aids durante a década de 1980 e continuam a ser fundamentais nos esforços para lidar com a epidemia. Essa ênfase nos direitos humanos tem contribuído para o sucesso do empenho do Brasil em refrear a epidemia e proporcionar tratamento a pessoas portadoras do HIV. Ao sacralizar o direito dos cidadãos brasileiros à saúde, a Constituição de 1988 estabeleceu uma ligação importante entre direitos humanos e saúde, servindo como forte ponto de referência para a legislação futura a respeito do tema da saúde no país (Safreed-Harmon, 2008). Com a ratificação pelo Brasil dos tratados das Nações Unidas que descrevem os direitos humanos, tais como o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, seus dispositivos constitucionais sobre saúde têm sido utilizados para promover esforços na luta contra o estigma e a discriminação associados ao HIV e também para garantir o tratamento aos portadores do HIV (Safreed-Harmon, 2008).

A mobilização civil ativa e o foco combinado em saúde e direitos humanos foram instrumentos imprescindíveis para pressionar pelo fornecimento universal de medicamentos contra a aids a todas as pessoas que vivem com HIV/Aids durante os anos 1990. Em novembro de 1996, o presidente Fernando Henrique Cardoso assinou a Lei nº 9.313, que exigiu do governo o fornecimento gratuito de medicamentos contra a aids a todos os brasileiros, sem custos, por meio do SUS. Essa decisão foi tomada menos de seis meses após o anúncio em 1996 dos sucessos anteriores dos medicamentos antirretrovirais (ARVs) durante a Conferência Internacional sobre Aids realizada em Vancouver, Canadá (Parker, 2009). Desde que o Brasil começou a fornecer os ARVs em meados da década de 1990, tornou-se líder mundial na luta contra a aids e um modelo na busca arrojada de tratamento para pessoas portadoras do HIV nos países desenvolvidos.

A SITUAÇÃO DA PESQUISA SOBRE DISPARIDADES RACIAIS NO BRASIL

Dinâmicas políticas e culturais têm sido um instrumento importante no delineamento da pesquisa sobre HIV e saúde de maneira mais geral no Brasil. Até recentemente, muito poucas pesquisas tinham se atido à saúde da população afrodescendente ou às disparidades raciais no país. Esse fato deveu-se primordialmente à supressão da pesquisa sobre raça durante a maior parte do século XX, sobretudo durante a ditadura militar (1964-1985). Além disso, a ideologia da democracia racial havia sido usada por muito tempo para promover a crença de que as diferenças e desigualdades raciais não são importantes no país. Essas crenças moldaram posturas populares, bem como as pesquisas e as agendas das políticas, inclusive aquelas em áreas relacionadas à saúde. Reconhecer os meios pelos quais os métodos oficiais de coleta de dados utilizados pelo governo brasileiro têm perpetuado a invisibilidade estatística dos afrodescendentes é fundamental para entender e avaliar o quanto as necessidades de saúde dessa população foram negligenciadas. A negação oficial da raça como uma categoria saliente de identidade social e de divisão social permitiu ao Estado brasileiro abandonar a coleta de dados raciais no censo nacional e nos registros do governo na maior parte do século XX. Além disso, até 2004, o Brasil não possuía uma política oficial que permitisse a coleta de dados de saúde por raça/cor no campo da aids, embora desde 1996 a informação tenha sido incluída no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascimentos (SINASC). Antes do desenvolvimento dessa política, era extremamente difícil aferir a condição de saúde dos brasileiros de ascendência africana.

No decorrer da última década, um pequeno, porém crescente, número de estudos ligados à pesquisa começou a se voltar para as disparidades raciais quanto à saúde, porém, a falta de dados tabulados por raça e a pequena quantidade de pesquisadores concentrados em tais disparidades apresentam desafios ao avanço do desenvolvimento da pesquisa nessa área¹. Além do

1 As pesquisas das teses de doutorado de Maria Inês Barbosa (1998) e de Fernanda Lopes (2003) trouxeram algumas das primeiras análises sobre disparidades étnico-raciais no campo da saúde pública no Brasil. A publicação em 2005 de um volume editado sobre a saúde da população negra pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) reflete a crescente discussão das disparidades raciais/étnicas na área da saúde no governo federal brasileiro (FUNDAÇÃO, 2005)

crescente interesse dos pesquisadores em disparidades raciais no campo da saúde, nos últimos anos começou a surgir uma ênfase visível na questão da saúde da população negra no âmbito dos ministérios. Durante 2004, o Ministério da Saúde desenvolveu um Plano Nacional de Saúde que tornou o Brasil o primeiro país no mundo a reivindicar a inclusão de informações étnico-raciais em todos os registros de saúde. O Plano Nacional de Saúde para 2004-2007 também considerou a condição de saúde de mulheres negras e indígenas ao incluir disposições específicas para promover a saúde da mulher em ambos os grupos. O copatrocinio do Ministério da Saúde em um Seminário Nacional sobre a Saúde da População Negra em agosto de 2004 forneceu mais comprovações das discussões de alto nível a respeito das dimensões da saúde no governo federal brasileiro desde a III Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban, África do Sul, em 2001². Em 2004, o Programa Nacional de Aids também começou a desenvolver iniciativas voltadas à população negra. Em 2005, a campanha nacional de prevenção contra HIV/Aids dirigiu-se aos afro-brasileiros com o *slogan* "Aids e Racismo - o Brasil tem que viver sem preconceito". O Programa Nacional de DST/Aids também começou a patrocinar o Programa AfroAtitude em dezembro de 2004, que ofereceu bolsas de estudo a estudantes universitários afrodescendentes para apoiar a pesquisa sobre HIV/Aids, bem como outras áreas. Todavia, nos últimos anos, o Programa Nacional de DST/Aids afastou-se das campanhas de prevenção com foco na população negra e encerrou o apoio financeiro ao Programa AfroAtitude.

PESQUISA E POLÍTICA DE HIV/AIDS COM FOCO NA POPULAÇÃO AFRODESCENDENTE NO BRASIL

Em seu recente livro, Evan Lieberman (2009) argumentou que o sucesso das políticas do Brasil com relação à aids deveu-se à existência de fronteiras étnicas flexíveis, senão totalmente permeáveis, no país. Esse argumento baseia-se na crença de que o Brasil é uma democracia racial na qual a discrimina-

2 O Seminário Nacional foi organizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). "Trabalhando para Atingir Igualdade Étnica na Saúde", *workshop* regional para as nações da América Latina e do Caribe, realizado em Brasília em dezembro de 2004, foi patrocinado pelo Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores, pela Seppir e organizado pelo Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para Direitos Humanos e a Organização Pan-Americana da Saúde.

ção e a desigualdade racial são virtualmente inexistentes. Lieberman também torna explícitas as comparações entre Brasil, África do Sul e Índia, destacando as divisões étnicas, raciais e de castas na África do Sul e Índia, ao mesmo tempo em que minimiza a importância das divisões raciais que existem no Brasil. Ao fazê-lo, deixa de reconhecer práticas correntes de discriminação racial e desigualdade que colocam os brasileiros afrodescendentes em desvantagem com relação a emprego, renda, educação e saúde. Paralelamente à análise de Lieberman, que sustenta a visão de que a raça tem pouca utilidade na pesquisa sobre HIV/Aids no Brasil (Surratt, 1998), a falta de dados e de pesquisas que demonstrem as disparidades na prevenção e no tratamento de HIV/Aids para brasileiros brancos e negros faz com que seja difícil contestar tais afirmações (Fonseca *et al.*, 2007). Isso indica a importância da pesquisa voltada para as necessidades de prevenção e tratamento de HIV/Aids dos brasileiros afrodescendentes, bem como de pesquisas que incluam raça/cor como uma variável de análise.

Embora alguns pesquisadores tenham notado aumento na disseminação do HIV/Aids entre brasileiros de baixa renda e pobres, há pouquíssimas pesquisas sobre as ligações entre raça e classe com relação a HIV/Aids. Desde o início dos anos 1990, ativistas negros e estudiosos, particularmente mulheres negras, têm se situado na dianteira e chamado a atenção para as dimensões raciais do que tem sido denominado como a crescente “pauperização” da epidemia de HIV/Aids no Brasil – termo que se refere ao fato de grandes números de pessoas pobres serem afetadas pela epidemia (Parker e Camargo, 2000). Devido ao prolongado fracasso do governo brasileiro em coletar dados sobre saúde por raça, maneiras inovadoras de avaliar as ligações entre raça e classe têm sido desenvolvidas por ativistas-estudiosos, como Dra. Jurema Werneck, coordenadora da ONG Criola, de mulheres negras do Rio de Janeiro, e uma líder no movimento mais amplo de mulheres negras. Em sua obra sobre a epidemia de HIV/Aids, Werneck (2004) utilizou medidas-padrão de condição socioeconômica, tais como índice de êxito educacional, como substituto de raça³. Werneck usou essa análise para alegar a existência de disparidades

3 Werneck mapeou os dados do IBGE e do PNAD com relação ao êxito educacional por raça e sexo (1992 e 1999) e índice de analfabetismo (1992 e 1999) com dados sobre o êxito educacional de pessoas entre 20-69 anos, por ano de diagnóstico (já que os dados sobre raça não existiam com relação a esses anos).

raciais nas taxas de HIV, observando que o aumento dos casos de HIV/Aids entre brasileiros de baixa renda e pobres durante os anos 1990 também significava que as taxas de HIV/Aids estavam subindo entre a população afro-brasileira, já que essa população é desproporcionalmente empobrecida.

Um pequeno, porém crescente, número de estudos têm indicado a importância de se concentrar na cor e na raça para entender melhor a epidemia de HIV/Aids no Brasil. Vários estudos têm destacado a vulnerabilidade da população afro-brasileira diante da epidemia de HIV/Aids (Lopes *et al.*, 2007; Pinho *et al.*, 2002)⁴, todavia, pesquisas nessa área permanecem notadamente subdesenvolvidas. Em 2004, o Ministério da Saúde publicou um boletim epidemiológico que destacou o crescimento da epidemia de HIV/Aids em segmentos da população negra de baixos níveis educacionais e renda. Esse boletim era compatível com outros dados que demonstravam o crescimento de casos de HIV/Aids entre brasileiros pobres.

Os pesquisadores encontraram maior risco de infecção pelo HIV na população afro-brasileira, particularmente entre as mulheres, devido às condições generalizadas de pobreza e violência estrutural nas comunidades afro-brasileiras. A falta de habitação segura e higiênica, bem como a limitação de emprego e de oportunidades para o desenvolvimento pessoal e socioeconômico contribuem para as condições precárias de vida de muitos afro-brasileiros. Pesquisa realizada por Lopes *et al.* (2007) indicou diferenças significativas entre mulheres brancas e negras com relação aos níveis de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e acesso a tratamento adequado contra a Aids. Os autores encontraram diferenças estatísticas significativas entre mulheres negras e não negras portadoras do HIV com relação a escolaridade, renda mensal e número de dependentes, bem como suas oportunidades de consultarem profissionais médicos, falar com eles sobre sua vida sexual, e obter informações corretas sobre os exames de CD4 e carga viral. Com base em sua pesquisa, Lopes *et al.* (2007) defendem a importância de se incluir a variável raça/cor e a perspectiva de equidade racial na pesquisa sobre HIV/Aids, a fim de obter melhor entendimento a respeito de como a intersecção de gênero e condições socioeconômicas criam e perpetuam desvantagens para

4 Vide também as publicações sobre HIV/Aids e a população negra em *Saúde e Sociedade*, v. 19, sup. 2, dez. 2010.

mulheres negras em termos de exposição a riscos à saúde e de limitação dos recursos investidos em serviços de tratamento que chegarão até elas.

Pesquisas recentes baseiam-se nos *insights* oferecidos por Lopes (2003), Lopes *et al.* (2007), Lopes e Werneck (2010) ao examinar a vulnerabilidade da população negra ao HIV/Aids a partir de uma perspectiva de interseção, que inclui as variáveis de gênero, raça e classe; porém, é preciso trabalhar mais nessa área (Garcia *et al.*, 2010; Miranda-Ribeiro *et al.*, 2010; Taquette, 2009, 2010).

A análise integrada de gênero, raça e classe é essencial para compreender como fatores pobreza e exclusão social, por exemplo, determinam o acesso à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids e à assistência médica mais geralmente pela população afrodescendente. A abordagem interseccional que inclua gênero, raça e classe também permitirá aos pesquisadores e àqueles que elaboram as políticas entender melhor a medida de quanto a pauperização da epidemia do HIV/Aids contém uma dimensão racial que afeta desproporcionalmente a população afrodescendente. Além disso, a inclusão de gênero como variável da análise é um passo importante no entendimento de como a “feminização” da epidemia afetou as mulheres afrodescendentes. Essas informações são especialmente necessárias a fim de garantir o sucesso de iniciativas governamentais, tais como o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e de outras DSTs e a Política Nacional de Saúde da População Negra (Brasil, 2007, 2009).

DISPARIDADES RACIAIS NA ÁREA DA SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

Reduzir e eliminar disparidades raciais entre minorias étnico-raciais, segundo vários relatórios governamentais recentes nos Estados Unidos, constitui prioridade na saúde pública daquele país. Em 7 de abril de 2011, por exemplo, o Department of Health and Human Services (HHS) lançou seu plano de ação para reduzir as disparidades étnicas em saúde (HHS, 2011b). Apenas dois meses mais tarde, em 16 de junho de 2011, o órgão lançou uma estratégia nacional de prevenção, plano do governo norte-americano para promover a melhoria da saúde e o bem-estar da população (HHS, 2011c). Assim como o plano de ação, a estratégia nacional de prevenção também inclui a eliminação de disparidades na área da saúde como uma de suas quatro orientações estra-

tégicas. A ênfase nas disparidades na saúde justifica-se bem. Qualquer que seja o foco – doenças do coração, diabetes ou câncer, ou qualquer uma das dez causas de morte mais comuns nos Estados Unidos –, uma verdade relativamente estável permanece firme: as populações de minorias étnico-raciais são propensas a ser afetadas de maneira desproporcional.

NEGROS, HISPÂNICOS E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NOS ESTADOS UNIDOS

Os hispânicos são o maior grupo minoritário nos Estados Unidos. Entre 2000 e 2010, a população de hispânicos aumentou 43%, respondendo por mais da metade do aumento na população norte-americana (U.S. Census Bureau, 2011). Os hispânicos representam 16% da população dos Estados Unidos. Os negros são o segundo maior grupo minoritário dos Estados Unidos, correspondendo a 13% do total da população norte-americana. Embora negros e hispânicos correspondam a menos de 30% da população total, eles são afetados de maneira desproporcional pelas principais causas de morbidez e mortalidade⁵.

A epidemia de HIV/Aids permite uma percepção crítica do papel das disparidades na saúde entre os negros e hispânicos nos Estados Unidos. Autoridades do governo federal da área da saúde nesse país, tais como as nos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), rotineiramente invocam a palavra “crise” para descrever a epidemia de HIV/Aids em comunidades negras nos Estados Unidos (CDC, 2007, 2009; Sutton *et al.*, 2009). Falar em *crise* não é exagero. Os negros e hispânicos são apenas 13% da população dos Estados Unidos em 40 estados que relataram casos de HIV ao CDC em 2009, porém representaram 52% e 18%, respectivamente, da incidência de casos de HIV (CDC, 2011c). Mulheres

5 O governo dos Estados Unidos reconhece cinco grupos raciais: (1) negros/afro-americanos, (2) índios americanos ou nativos do Alasca, (3) asiáticos, (4) nativos do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico, e (5) brancos; e duas categorias étnicas: (1) hispânicos ou latinos e (2) não hispânicos ou não latinos (Office of Management and Budget, 2003). Ao longo deste capítulo, utilizamos o termo *minorias étnico-raciais* como referência a pessoas negras e/ou hispânicas, que, neste texto, são nosso foco principal. Isso posto, reconhecemos a natureza socialmente construída e culturalmente ligada aos termos *minorias étnico-raciais* e *negros* e *hispânicos*. Nos Estados Unidos, negros e hispânicos são geralmente retratados como se fossem mutuamente exclusivos. Entendemos que eles não são.

negras são apenas 14% da população feminina nos 40 estados que relataram casos de HIV ao CDC, porém responderam por 66% dos casos de HIV entre mulheres em 2009 (CDC, 2011a). Entre os homens, os negros representam 13% da população masculina nos Estados Unidos, porém responderam por 47% dos casos de HIV entre homens em 2009 (CDC, 2011b). As taxas de HIV/Aids entre hispânicos são menores em comparação com as dos negros, porém desproporcionalmente altas se comparadas à sua representação na população. Hispânicas representam 11% da população feminina dos Estados Unidos, porém responderam por 14% dos casos de HIV entre mulheres em 2009 (CDC, 2011a). Homens hispânicos representam 13% da população masculina, mas 19% dos casos de HIV entre homens em 2009. Os brancos nos Estados Unidos, em contraposição, representam 68% da população nos 40 estados, mas 28% dos diagnósticos de HIV em 2009.

AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM SOBRE HIV/AIDS ENTRE NEGROS E HISPÂNICOS NOS ESTADOS UNIDOS

324

As maneiras de abordar o tema HIV/Aids nos Estados Unidos revelam pelo menos três características a respeito desse país em contraposição ao Brasil: (1) a cultura intensamente individualista dos Estados Unidos; (2) uma visão quase exclusiva sobre HIV/Aids pelo prisma da raça/etnia em vez do papel do *status* socioeconômico (SES) ou da intersecção entre SES e raça; e até recentemente (3) uma abordagem local à prevenção em relação ao HIV em que os estados e as comunidades locais, em vez do governo federal, eram amplamente responsáveis pelos esforços de prevenção do HIV. Examinaremos cada uma dessas características a seguir.

O indivíduo como unidade primordial de análise

Comparados com vários outros países, os Estados Unidos são fortemente individualistas. Tais culturas individualistas privilegiam realizações individuais em detrimento das do grupo (Triandis *et al.*, 1980). Culturas coletivistas, por oposição, valorizam a subordinação dos objetivos do indivíduo aos do coletivo (por exemplo, família, sociedade etc.). Essa tendência individualista perpassa muitos aspectos da vida nos Estados Unidos, bem como a teoria e as pesquisas sobre HIV desenvolvidas ali. Influenciado principalmente pela disciplina da psicologia, o indivíduo é a unidade primordial de análise na maio-

ria das teorias do comportamento ligado ao HIV que têm sido aplicadas ao risco de contrair o HIV. Fundamentadas na psicologia social, essas teorias se concentram em fatores cognitivos sociais do indivíduo, tais como posturas, crenças e percepções de risco (Noar, 2005). Sob o enfoque de uma perspectiva individualista, o uso do preservativo é uma função do comportamento do indivíduo a respeito de preservativos (Wilson *et al.*, 1994), ou da “autoeficiência”, a convicção de que ele ou ela pode utilizar preservativos com sucesso. (Bandura, 1989).

Estudiosas feministas nos Estados Unidos têm sido especialmente críticas a respeito da tendência individualista da maioria das teorias psicossociais comportamentais sobre saúde aplicadas ao risco de HIV para as mulheres (Amaro, 1995; Bowleg, 2008; Bowleg, Lucas, Tschann, 2004; Cochran, Mays, 1993; Dworkin, Ehrhardt, 2007; Mays, Cochran, 1988; Wingood, DiClemente, 2000). Consideremos a variável cognitiva da percepção do risco, por exemplo. Em muitas das teorias cognitivas está implícita a noção de que perceber o risco motiva as pessoas a tomar medidas a fim de reduzi-lo. Em um artigo inaugural muito perspicaz sobre o risco e a percepção relacionados ao HIV, Mays e Cochran (1988) apresentaram uma explicação contextualizada a respeito da postura das mulheres perante o risco que desafiava a orientação individualista da maioria das abordagens tradicionais a esse respeito. Afirmaram as autoras: “A chave para as respostas das mulheres pobres dessas etnias à aids é sua percepção de seu perigo relativo na hierarquia de outros riscos presentes em sua vida e a existência de recursos disponíveis para agir diferentemente” (Mays, Cochran, 1988, p. 951). Quanto àquelas que se deram conta da gravidade da ameaça do HIV, Mays e Cochran notaram que as mulheres que percebiam o HIV como séria ameaça poderiam não ter os recursos que as protegessem contra a infecção pelo HIV. Essas estudiosas exemplificaram corretamente como o contexto da vida das mulheres pode se sobrepor à percepção individual do risco.

Desde a publicação do artigo de Mays e Cochran (1988), o apoio a maior ênfase no contexto estrutural do risco floresceu nos Estados Unidos. Especificamente, um coro crescente de estudiosos da prevenção do HIV começou a defender maior relevância do papel dos fatores estruturais e do HIV/Aids na teoria norte-americana, bem como na sua pesquisa e política. Os fatores estruturais incluem “aspectos físicos, sociais, culturais, organizacionais, da

comunidade, econômicos, legais ou de políticas” que impedem ou auxiliam a capacidade do indivíduo de prevenir a infecção pelo HIV (Sumartojo *et al.*, 2000). Esses estudiosos deram destaque aos fatores estruturais associados ao risco do HIV, inclusive: pobreza (Adimora, Schoenbach, 2005; Denning, DiNenno, 2010; Hu, Frey, Costa, 1994; Myers *et al.*, 2003; Simon *et al.*, 1995; Sumartojo, 2000; Sumartojo *et al.*, 2000; Zierler *et al.*, 2000), habitação (Aidala *et al.*, 2005; Wenzel *et al.*, 2007), encarceramento (Adimora, Schoenbach, 2005; Comfort, 2008; Harawa, Adimora, 2008; Seal *et al.*, 2007; Thomas *et al.*, 2007) e bairros pobres (Cubbin *et al.*, 2005). Não obstante a argumentação desses estudiosos, o modelo individualista tradicional continua sendo o paradigma prevalente que norteia as iniciativas de prevenção contra o HIV nos Estados Unidos.

Raça/etnia, não o SES: a relativa invisibilidade do SES nos dados de vigilância do HIV/Aids nos Estados Unidos

326

Raça/etnia aparecem com destaque nos Estados Unidos nos dados de vigilância do HIV/Aids. Dados classificados por raça/etnia, sexo, idade, região geográfica e categoria de exposição (por exemplo, uso de drogas injetáveis, contato heterossexual de alto risco) são fáceis de encontrar no *site* do CDC. Todavia, uma fundamental e curiosa omissão nesses dados é o SES (*status* socioeconômico). Recentes desenvolvimentos no Ministério da Saúde dos Estados Unidos sugerem que isso não vai mudar. Em 29 de junho de 2011, o ministério anunciou propostas de diretrizes para aperfeiçoar a coleta de dados sobre a saúde da nação por raça, etnia, sexo, língua materna e deficiência física e como coletar melhor dados de saúde de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) (CDC, 2011a). Nessa lista, faltava o SES. Sem dados sobre o SES, as tentativas de compreender e lidar com as disparidades na área da saúde, bem como a desigualdade social, ficarão limitadas, na melhor das hipóteses (Krieger, Williams e Moss, 1997).

Uma base abundante de literatura tanto teórica como empírica é prova documental de que, embora o SES seja o melhor indicador da condição de saúde mundialmente, ele é a variável menos mencionada, teorizada e pesquisada nos Estados Unidos (Krieger, Williams, Moss, 1997). Ao longo de séculos e em inúmeros países, o SES surgiu como o indicador de saúde mais robusto e coerente (Adler *et al.*, 1993; Adler, Newman, 2002; Adler, Ostrove, 1999;

Krieger *et al.*, 1993). Também há indícios de uma variação socioeconômica por meio da qual as pessoas no mais alto nível socioeconômico têm saúde melhor do que as em nível intermediário, que, por sua vez, têm saúde melhor do que as do nível mais baixo (Adler *et al.*, 1994). A epidemia de HIV/Aids fornece um ótimo exemplo do grau de variação social quanto ao risco relacionado ao HIV. Na Filadélfia, grande cidade no nordeste dos Estados Unidos, por exemplo, a incidência de aids aumentou 14%, 88%, e 113% nas camadas de alta, média e baixa renda, respectivamente, entre 1988 e 1990 (Fife e Mode, 1992).

Negros e hispânicos nos Estados Unidos têm tido historicamente as taxas mais altas de pobreza, comparadas às de outros grupos étnicos. Embora a taxa de pobreza nacional oficial nos Estados Unidos fosse de 14,3%, a taxa de pobreza era de 25,8% entre os negros, a mais alta entre todos os grupos étnicos, e 25,3% entre os hispânicos (DeNavas-Walt, Proctor e Smith, 2010). A pobreza entre negros e hispânicos nos Estados Unidos tem suas raízes no legado histórico da escravidão e da discriminação racial institucionalizada. A pobreza e a discriminação racial também estão intrinsecamente ligadas a taxas desproporcionais de encarceramento de homens negros e hispânicos nos Estados Unidos. Em 2008, a probabilidade de negros e hispânicos serem presos era 6,5 vezes maior do que entre homens brancos (Sabol, West e Cooper, 2009). O encarceramento é altamente relevante para o aumento do risco de contrair o HIV devido ao fato de a taxa de HIV/Aids entre os detentos nos Estados Unidos ser 2,4 vezes maior do que na população em geral (Maruschak e Beavers, 2009).

A comprovação da ligação entre pobreza e o risco de contrair o HIV é incontestável, apesar do relativo silêncio sobre isso no âmbito das políticas federais. Os resultados de uma equipe de pesquisadores do CDC registram que a maioria dos casos de HIV/Aids nos Estados Unidos está concentrada nas populações negras e hispânicas que vivem em áreas urbanas pobres (CDC, 2010a, 2010b) e que existe uma epidemia de HIV generalizada em áreas urbanas pobres daquele país (Denning e DiNenno, 2010). O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre Aids (Unaids) declara que uma epidemia é generalizada quando sua prevalência em uma população ultrapassa 1% (Unaids, 2010). Em algumas cidades norte-americanas, a prevalência de 2,1% de HIV/Aids em áreas urbanas pobres é equivalente ou superior à epidemia encontrada em países pobres como Burundi, Etiópia, Angola e Haiti.

A omissão dos dados referentes ao SES na pesquisa de controle nacional de HIV/Aids tem graves implicações na prevenção da doença. Primeiro, a ausência desses dados ofusca o entendimento sobre as condições estruturais que facilitam o risco em populações negras e hispânicas. Devido ao fato de a raça/etnia ser o principal filtro na política norte-americana para a saúde, há uma tendência a perceber as disparidades de saúde, em especial no campo do HIV/Aids, quase que exclusivamente em termos de raça/etnia, em vez de como a intersecção entre pobreza e SES. Segundo, e mais importante, a falha do CDC na coleta de dados e a falta de análise do impacto do SES sobre o HIV/Aids tão sistematicamente como o faz com raça/etnia significa que as intervenções para a redução de casos de HIV/Aids em populações negras e hispânicas têm grande probabilidade de fracassar, visto que não tratam das “causas fundamentais” (Link e Phelan, 1995, 1996, 2000) da desigualdade social entre negros e hispânicos. Essas causas fundamentais incluem fatores de nível estrutural, tais como pobreza e discriminação social.

Abordagem nacional do HIV/Aids

328

Estudiosos e defensores da prevenção do HIV têm igualmente apreço ao Programa Nacional sobre a Aids do Brasil como líder no desenvolvimento de um programa integrado de prevenção, assistência e tratamento da doença (Berkman, 2005). Em contraposição, a resposta nacional dos Estados Unidos tem sido decididamente mais heterogênea. Críticos da resposta norte-americana ao HIV/Aids em âmbito nacional com frequência citam e firmemente denunciam o presidente Ronald Reagan por sua lenta resposta ao HIV/Aids nos Estados Unidos na década de 1980 (Shilts, 1987). Sua decisão tardia estabeleceu o cenário de uma abordagem do HIV/Aids nos Estados Unidos que, historicamente, têm atribuído a responsabilidade por prevenção, assistência e tratamento da doença aos estados e às comunidades locais, e não ao governo federal. Em vez de entender a nova epidemia na época como um problema nacional, o presidente Reagan optou por considerá-la primordialmente um assunto estadual ou local. Randy Shilts em sua obra *And the band played on* [E a banda continuava a tocar, em tradução livre], excelente história da epidemia de HIV/Aids nos Estados Unidos, relata o silêncio do presidente Reagan sobre o assunto ao notar que ele sequer mencionou a palavra “Aids” até outubro de 1986. Ele não fez seu discurso principal até maio de 1987, às vésperas da Terceira

Conferência Internacional sobre Aids, que seria realizada em Washington, D.C. Seu discurso foi tão notável por seu atraso como pelo que ele omitiu: a palavra gay. Essa omissão foi impressionante em vista do fato de que as autoridades públicas de saúde e a mídia entendiam o HIV/Aids como sendo uma doença de homens homossexuais. O presidente Reagan tinha se aliado à ala direita conservadora do Partido Republicano, que se opunha ferrenhamente aos direitos dos gays. Shilts documentou dois fatores que finalmente forçaram o presidente Reagan a confrontar a epidemia de HIV/ADS nos Estados Unidos: descobrir que o ator Rock Hudson, um dos mais antigos amigos do presidente Reagan, era gay (embora não declarado) e que tinha contraído aids; e o bem conceituado relatório do U. S. Surgeon General [autoridade máxima da saúde nos Estados Unidos] C. Everett Koop sobre aids em 1986, quando apresentou uma explicação franca e imparcial sobre o HIV/Aids no país (Shilts, 1987).

Essa história é bastante importante para entender o legado da relativa demora na resposta nacional dos Estados Unidos à epidemia de HIV/Aids em geral, e entre as comunidades de negros e hispânicos em particular. Em seu relatório de 2008, intitulado *Left behind: black America, a neglected priority in the global Aids epidemic* [Abandonado: a América negra, uma prioridade negligenciada na epidemia global da Aids, em tradução livre], o Black Aids Institut, organização não governamental situada nos Estados Unidos, critica corretamente a falta de uma liderança nacional americana sobre a questão do HIV/Aids entre os negros. O relatório destaca, por exemplo, que ao mesmo tempo que governo norte-americano determinava que os países que recebessem recursos do Plano Emergencial do Presidente para Alívio da Aids (Pepfar) precisariam ter uma estratégia nacional para lidar com o HIV/Aids, aos Estados Unidos faltava uma estratégia própria (Wilson, Wright e Isbell, 2008). Além disso, o relatório *Left behind* criticou fortemente a adesão do governo norte-americano a um paradigma de prevenção de epidemias de HIV/Aids concentradas, em que o foco era “grupos de alto risco” em vez de ser o que, claramente, era uma epidemia generalizada entre americanos negros.

Três décadas após a descoberta da epidemia no país, os Estados Unidos somente lançaram sua primeira resposta nacional à epidemia recentemente. Em julho de 2010, a Secretaria da Casa Branca para Política

Nacional sobre Aids divulgou a Estratégia Nacional de HIV/Aids para os Estados Unidos (Onap, 2010). Os três objetivos principais da Estratégia Nacional de HIV/Aids incluem: (1) redução do número de novos casos de HIV; (2) aumento do acesso à assistência e melhoria dos resultados da saúde para pessoas portadoras de HIV/Aids; e (3) redução das disparidades de saúde relacionadas ao HIV. O enfoque continuado do relatório nas populações de “alto risco”, em vez de uma abordagem mais generalizada, significa que as comunidades de negros e hispânicos muito provavelmente continuarão a suportar o impacto desproporcional da epidemia de HIV/Aids porque as necessidades de prevenção contra o HIV por parte das comunidades negras superam em muito o limite federal de recursos alocados à prevenção do HIV nas comunidades negras e hispânicas (Wilson, Wright e Isbell, 2008).

O financiamento interno para HIV/Aids também não é uma prioridade nacional relevante nos Estados Unidos. Embora o financiamento federal para HIV/Aids tenha aumentado 33% desde o exercício de 2007, os gastos nacionais com HIV/Aids representam menos de 1% do orçamento federal norte-americano (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2011). O pedido de orçamento para HIV/Aids do presidente Obama para o exercício de 2010 inclui cerca de US\$ 28,3 bilhões para atividades relacionadas ao HIV/Aids, sendo US\$ 21,4 bilhões para atividades internas e US\$ 6,9 bilhões para as externas. Dos recursos internos, 53% são alocados para assistência e tratamento, 24% para iniciativas globais, 10% para pesquisa, 9% para auxílio financeiro e habitacional, e 4% para prevenção.

Não obstante essas questões, os Estados Unidos também deram passos importantes em sua resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. O Relatório de Andamento de 2010, apresentado na 26ª Seção Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (Ungass), por exemplo, detalha uma variedade de sucessos, inclusive a nova autorização, em outubro de 2009, do programa Ryan White, que oferece assistência e tratamento relacionados ao HIV a pessoas de baixa renda que não têm seguro ou cujo seguro é insuficiente, até setembro de 2013, e o lançamento em abril de 2009 da campanha nacional de comunicação e mobilização 5-Year ACT against Aids [com duração de cinco anos] no CDC a fim de reduzir o HIV em todo o país (Ungass, 2010). O impacto persistente e implacável da epidemia de HIV/Aids em minorias étnico-raciais nos Estados Unidos, apesar de todos

esses esforços nacionais, realça o fato de que os Estados Unidos permanecem a anos-luz de distância de serem capazes de reduzir a incidência de HIV/Aids nas comunidades negras e hispânicas no país.

CONCLUSÃO

Conforme demonstrado neste capítulo, o Brasil e os Estados Unidos têm tido vários graus de sucesso em seus esforços no combate à epidemia de HIV/Aids. Enquanto o Brasil desenvolveu logo uma resposta à epidemia devido à mobilização da sociedade civil, os Estados Unidos notadamente demoraram a responder e apenas começaram a desenvolver uma estratégia coordenada nos últimos dois anos. Os sucessos do Brasil nas áreas de prevenção e tratamento do HIV/Aids representam um modelo útil para os pesquisadores, os profissionais de saúde pública e os que estabelecem as políticas nos Estados Unidos, à medida que continuam a desenvolver novos programas e iniciativas. A eventual replicação das estratégias adotadas no Brasil nos Estados Unidos pode não acontecer, todavia, devido às diferentes condições sociais, políticas e econômicas dos dois países. Além disso, a falta de um discurso sobre saúde como um direito à cidadania e a ausência de um sistema público de saúde semelhante ao SUS nos Estados Unidos aumentariam a dificuldade de fornecer tratamento universal às pessoas portadoras do HIV.

Com relação à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids entre comunidades negras, nossa análise sugere que ainda resta muito a ser feito para erradicar a epidemia em ambos os países. Apesar da existência de ideologias raciais e histórias diferentes com relação a segregação legal, por exemplo, está se tornando cada vez mais claro que a exclusão social e a privação de direitos vividas pelas comunidades negras em ambos os países têm tido impacto devastador em seus perfis de saúde e vulnerabilidade a doenças como HIV/Aids. Para melhorar essa situação, é essencial que os profissionais e pesquisadores brasileiros da área da saúde comecem a integrar o quesito raça/cor na coleta e análise de dados relativos a HIV/Aids. No caso dos Estados Unidos, a crescente coleta e análise do SES dentro dos dados de vigilância sobre HIV/Aids é necessária, a fim de desenvolver um entendimento mais matizado a respeito das dimensões raciais e socioeconômicas da epidemia de HIV/Aids nesse país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADIMORA, Adaora A.; SCHOENBACH, Victor J. Social context, sexual networks, and racial disparities in rates of sexually transmitted infections. *Journal of Infectious Disease*, v. 191, sup. 1, p. S115-S22, 2005.

ADLER, Nancy E.; NEWMAN, K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Inequality in education, income, and occupation exacerbates the gaps between the health "haves" and "have-nots". *Health Affiliates*, 21 (2): 60-76, 2002.

ADLER, Nancy E.; OSTROVE, J. M. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals New York Academy of Sciences*, v. 896, p. 3-15, 1999.

ADLER, Nancy E. et al. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *JAMA*, 269(24): 3140-3145, 1993.

ADLER, Nancy E. et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49 (1): 15-24, 1994.

AIDALA, Angela A. et al. Housing status and HIV risk behaviors: implications for prevention and policy. *Aids & Behavior*, 9 (3): 251-265, 2005.

AMARO, Hortensia. Love, sex, and power: considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, v. 50, p. 437-447, 1995.

BARBOSA, Maria Inês. *Racismo e saúde*. Tese de doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1998.

BACON, Oliver et al. *HIV/Aids in Brazil*. Aids Policy Research Center, University of California San Francisco, 2004.

BANDURA, Albert. Perceived self-efficacy in the exercise of control over Aids infection. In: MAYS, Vickie M.; ALBEE, George W.; SCHNEIDER, S. F. (orgs.). *Primary prevention of Aids: psychological approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1989.

BERKMAN, Alan et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/Aids: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, v. 95, p. 1162-1172, 2005.

BOWLEG, Lisa. The health risks of being black, latina, woman, and/or poor: redefining women's health within the context of social inequality. In: CHRISLER, Joan C.; GOLDEN, Carla; ROZEE, Patricia D. (orgs.). *Lectures on the psychology of women*. New York, NY: McGraw-Hill, 2008.

BOWLEG, Lisa; LUCAS, Kenya Johari; TSCHANN, Jeanne M. The ball was always in his court: an exploratory analysis of relationship scripts, sexual scripts, and condom use among Afri-

can American women. *Psychology of Women Quarterly*, v. 28, p. 70-82, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 993. Diário Oficial da União. p. 31-32, 14 maio 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *A heightened national response to the HIV/Aids crisis among African Americans*. U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/resources/reports/pdf/heightenedresponse.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2007.

_____. *HIV prevention in the United States at a critical crossroads*. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/pdf/hiv_prev_us.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2009.

_____. *HIV/Aids among African Americans*, 9 set. 2010a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/pdf/aa.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2011.

_____. *HIV/Aids among hispanics/latinos*, 1 dez. 2010b. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/hispanics/index.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2011.

_____. *Diagnoses of HIV infection and population among adult and adolescent females, by race/ethnicity, 2009 - 40 states*, 20 maio 2011a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/women/slides/Women4.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

_____. *Diagnoses of HIV infection and population among adult and adolescent males, by race/ethnicity, 2009 - 40 states*, 28 abr. 2011b. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/race-ethnicity/slides/race-ethnicity_6.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2011.

_____. *HIV/Aids surveillance report, 2009; v. 21*, 16 fev. 2011c. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2009report/pdf/2009SurveillanceReport.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

COCHRAN, Susan D; MAYS, Vickie M. Applying social psychological models to predicting HIV-related sexual risk behaviors among African-Americans. *Journal of Black Psychology*, v. 19, p. 142-154, 1993.

COMFORT, Megan. Inside and out: incarceration, HIV/Aids, and public health in the United States. In: POPE, Cynthia; WHITE, Renée T.; MARLOW, Roert (orgs.). *HIV/Aids: global frontiers in prevention/intervention*. New York: Routledge, 2008.

CUBBIN, Catherine et al. Neighborhood context and sexual behaviors among adolescents: findings from the national longitudinal study of adolescent health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37 (3): 125-134, 2005.

DENAVAS-WALT, Carmen; PROCTOR, Bernadette D.; SMITH, Jessica C. *Income, poverty,*

and health insurance coverage in the United States: 2009 [current population reports, P60-238], 2010. Disponível em: <<http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2011.

DENNING, Paul; DINENNO. *Communities in crisis: is there a generalized HIV epidemic in impoverished urban areas of the United States*. Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/other/poverty.htm>>. Acesso em: 13 set. 2010.

DWORKIN, S. L.; EHRHARDT, A. A. Going beyond "ABC" to include "GEM": critical reflections on progress in the HIV/Aids epidemic. *American Journal of Public Health*, 97 (1): 13-18, 2007.

FIFE, D.; MODE, C. Aids prevalence by income group in Philadelphia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5 (11): 1111-1115, 1992.

FONSECA, Maria Goretti P. et al. Aids mortality, "race or color", and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (Haart) in Brazil, 1999-2004. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, sup. 3, p. S445-S455, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

GALVÃO, Jane. Brazil and access to HIV/Aids drugs: a question of human rights and public health. *American Journal of Public Health*, 95 (7): 1110-1116, 2005<no miolo: 2002>.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. *Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: Iniquidades de Gênero, Raça e Geração*. Saúde e Sociedade, 19, Suppl. 2: 9-20, 2010.

HARAWA, Nina; ADIMORA, Adaora A. Incarceration, African Americans and HIV: advancing a research agenda. *Journal of the National Medical Association*, 100 (1): 57-62, 2008.

HU, D.J.; FREY, R.; COSTA, S. J. Geographical Aids rates and sociodemographic variables in Newark, New Jersey metropolitan area. *Aids Public Policy Journal*, v. 9, p. 20-25, 1994.

KRIEGER, Nancy; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N.E. Measuring social class in U.S. public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, v. 18, p. 341-378, 1997.

KRIEGER, Nancy et al. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*, 9 (6): 82-122, 1993.

LEVI, G.C. Fighting against Aids: the Brazilian experience. *Aids*, v. 16, p. 2373-2383, 2002.

LIEBERMAN, Evan S. *Boundaries of contagion: how ethnic politics have shaped government responses to Aids*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2009.

LINK, B. G.; PHELAN, J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal Health*

Soc. Behavior, p. 80-94, 1995, special number.

_____. Understanding sociodemographic differences in health: the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86 (4): 471-473, 1996.

_____. Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health. In: BIRD, C.; CONRAD, P.; FREMONT, A.M. (orgs.). *Handbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000.

LOPES, Fernanda. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. Tese de doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

LOPES, Fernanda et al. Black and non-black women and vulnerability to HIV/Aids in São Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, sup. 2, p. 1-7, 2007.

MARUSCHAK, Laura M.; BEAVERS, Randy. *HIV in Prisons, 2007-08*. U.S. Department of Justice, 2009. Disponível em: <<http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/hivp08.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2009.

MAYS, Vickie M., COCHRAN, Susan D. Issues in the perception of Aids risk and risk reduction activities by black and Hispanic/Latina women. *American Psychologist*, 43 (11): 949-957, 1988.

MYERS, Hector F. et al. Psychosocial predictors of risky sexual behaviors in African American men: implications for prevention. *Aids Education & Prevention*, v. 15, sup. 1, p. 66-79, 2003.

NOAR, Seth M. A health educator's guide to theories of health behavior. *International Quarterly of Community Health Education*, 24 (1): 75-92, 2005.

OFFICE OF MANAGEMENT AND BUDGET. *Revisions to the standards for the classification of federal data on race and ethnicity*, 2011. Disponível em: <<http://www.census.gov/population/www/socdemo/race/Ombdir15.html>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

PARKER, Richard; CAMARGO JR.; Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, sup. 1, p. 89-102, 2000.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. Introdução. In: *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

PINHO, M. D. et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19 (2): 277-294, 2002.

SABOL, William J.; WEST, Heather C.; COOPER, Matthew. *Prisoners in 2008*. U.S. Department of Justice, 2009. Disponível em: <<http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/p08.pdf>>. Acesso em: 24 Dec. 2009.

SAFRED-HARMON, Kelly. Human rights and HIV/Aids in Brazil. *GMHC Treatment Issues*, p. 1-4, Abr. 2008.

SEAL, David W. *et al.* A longitudinal, qualitative analysis of the context of substance use and sexual behavior among 18-to 29-year-old men after their release from prison. *Social Science and Medicine*, 65 (11): 2394-2406, 2007.

SHILTS, Randy. *And the band played on: politics, people and the aids epidemic*. New York: St. Martin's Press, 1987.

SIMON, P. A. *et al.* Income and aids rates in Los Angeles County. *Aids*, 9 (3): 281-284, 1995.

SUMARTOJO, Esther. Structural factors in HIV prevention: concepts, examples, and implications for research. *Aids*, 14S (1): S3-S10, 2000.

SUMARTOJO, Esther *et al.* Enriching the mix: incorporating structural factors into HIV prevention. SURRATT, H. L.; INCIARDI, J. A. Unraveling the concept of race in Brazil: issues for the Rio de Janeiro cooperative agreement site. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30 (3): 255-260, 1998.

SUTTON, Madeline Y. *et al.* A review of the centers for disease control and prevention's response to the HIV/Aids crisis among blacks in the United States, 1981-2009. *American Journal of Public Health*, v. 99, p. S351-S359, 2009.

TAQUETTE, Stella R. Estudo das Representações Sociais de Saúde e Doença de Adolescentes Femininas Afrodescendentes. In: TAQUETTE, Stella R. *Aids e Juventude: Gênero, Classe e Raça*. Rio de Janeiro: EduERJ, 2009, pp. 21-120.

TAQUETTE, Stella R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde e Sociedade*, v. 19, p. 51-62, 2010.

THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. *U.S. Federal funding for HIV/Aids: the president's FY 2012 budget request*, 2011. Disponível em: <<http://www.kff.org/hivaids/upload/7029-07.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2011.

THOMAS, J. C. *et al.* Incarceration and sexually transmitted infections: a neighborhood perspective. *Journal of Urban Health*, 2007.

TRIANDIS, Harry Charalambos *et al.* *Handbook of cross-cultural psychology*. Boston: Allyn & Bacon, 1980. 6v.

U.S. CENSUS BUREAU. *Overview of race and Hispanic origin: 2010*, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-02.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS). *Affordable care act to improve data collection, reduce health disparities* [news release], 29 jun. 2011a. Disponível em: <<http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/06/20110629a.html>>. Acesso em: 29 jun. 2011.

_____. *HHA action plan to reduce racial and ethnic health disparities*, 2011b. Disponível em: <http://minorityhealth.hhs.gov/npa/files/Plans/HHS/HHS_Plan_complete.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2011.

_____. *National prevention strategy: American's plan for better health and wellness*, 16 jun. 2011c. Disponível em: <<http://www.healthcare.gov/center/councils/nphpphc/strategy/report.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

UNAIDS. *Unaid's report on the global Aids epidemic*, 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2011.

UNGASS. *United States of America - 2010 country progress report*, 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/unitedstatesofamerica_2010_country_progress_report_endf_en.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2011.

WENZEL, Suzanne L. et al. Sexual risk among impoverished women: understanding the role of housing status. *Aids & Behavior*, sup. 2, p. 9-20, 2007.

WERNECK, Jurema. *The HIV/Aids epidemic in Brazil: another challenge for black women*. Paper presented at the conference From Our Lives for Our Lives: Women, Girls and HIV/Aids in Africa and the African Diaspora. June 10-12, Spelman College, Atlanta, Georgia, 2004.

WHITE HOUSE OFFICE OF NATIONAL AIDS POLICY. *National HIV/Aids strategy for the United States*, Jul. 2010. Disponível em: <<http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/uploads/NHAS.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

WILSON, M. D. et al. Attitudes, knowledge, and behavior regarding condom use in urban black-adolescent males. *Adolescence*, 29 (113): 13-26, 1994.

WILSON, Phil; WRIGHT, Kai; ISBELL, Michael T. *Left Behind: black America: a neglected priority in the global Aids epidemic*. Los Angeles, CA: Black Aids Institute, 2008.

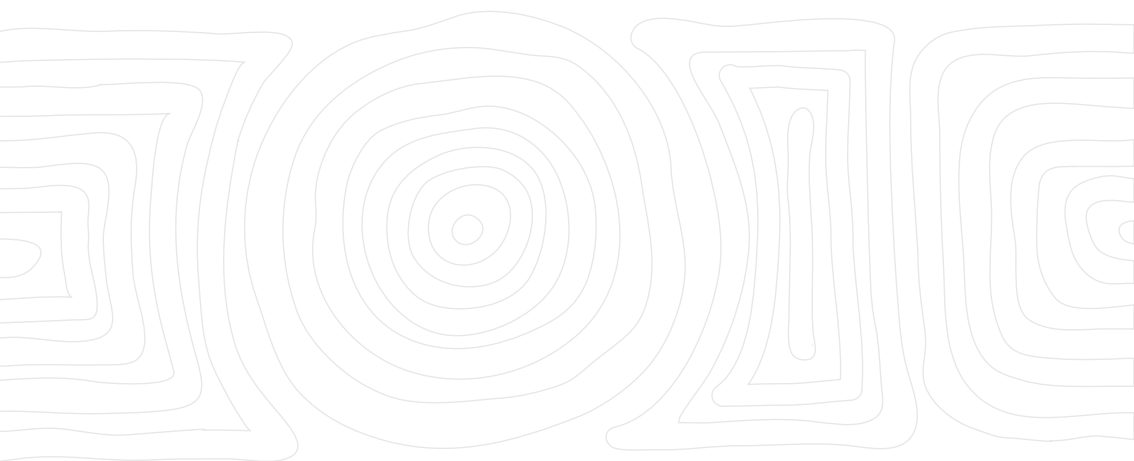
WINGOOD, Gina M.; DICLEMENTE, Ralph J. Application of the theory of gender and power to examine HIV - related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education & Behavior*, 27 (5): 539-565, 2000.

ZIERLER, Sally et al. Economic deprivation and Aids incidence in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, 90 (7): 1064-1073, 2000.

CAPÍTULO 16

Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros

**Climene Laura de Camargo, Lucimeire Santos,
Roberto dos Santos Lacerda e Yolanda Condorimay Tacsi**



INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 1980, vários estudos (Agra, 2001; Cargano, 1997; FÓRUM, 2005) passaram a caracterizar a violência como um problema fundamental da saúde pública, seja pelos danos físicos e/ou psicológicos, como também pelas sequelas sociais e econômicas que esse fenômeno acarreta. Entretanto, esse fenômeno vem sendo enfrentado pela população negra não só como um problema de saúde, mas como algo que corrói sua potencialidade de ser e estar no mundo, desde os primórdios da nação brasileira.

Na atualidade, quando alisamos a violência concentrando-se no segmento negro da população, identificamos que a situação revela-se ainda mais alarmante, uma vez que sobre esses indivíduos têm incidido, além da violência cotidiana, os mais cruéis tipos de violência, decorrentes da discriminação racial que, ao longo de centenas de anos, vêm se perpetuando sob constantes reatualizações.

Há pouco mais de cem anos, indivíduos negros eram considerados de fato e de direito, como objetos, marcados no imaginário social como seres inferiores, apropriados para ocuparem os espaços subalternos. Essa concepção impregnou a formação da sociedade brasileira firmada em um sistema de poder, germinada da simbiose patriarcado - racismo - capitalismo. A perpetuação dessa situação de violência pode ser constatada nos dias atuais mediante os seguintes dados:

- no Brasil, entre 2002 e 2008, o número de vítimas de homicídio entre pessoas brancas caiu 22,3%, enquanto entre a população negra houve aumento de 20,2%;
- em nível nacional, entre a população negra em 2002 ocorreram 45,8% mais mortes por homicídio comparada à população branca; e, em 2008, esse dado passou para 103,4%, ou seja, mais que o dobro. Já na Região Nordeste esse risco é sete vezes maior (Waiselfisz, 2011);
- entre mulheres negras, os homicídios respondem pela segunda causa de morte, com um risco três vezes maior em comparação às mulheres brancas (Brasil, 2005);

- em Salvador, estudos realizados pelo Grupo Crescer¹, no período de 2006 a 2007, sobre a violência familiar, identificam os homens pardos como principais agressores em todos os tipos de violência e as mulheres negras como as principais vítimas, principalmente nos casos de violência física e sexual;
- entre 1998 e 2003, na cidade de Salvador, o número de anos potenciais de vida perdidos por homicídio foi 30 vezes superior entre os negros. Observa-se que as vítimas são predominantemente jovens de 15 a 29 anos, estudantes ou de ocupação com pouca qualificação, em geral sem antecedentes criminais e residentes nos bolsões mais precários dos principais bairros populares dessa cidade (Araújo, 2009).

Nesse contexto, podemos afirmar que, no Brasil, tem sido negada à população negra condição integral e coletiva de existência, tornando-a mais vulnerável a vários tipos de agravos, principalmente as questões ligadas à violência.

Por ter vivenciado, ao longo de gerações, as mais variadas e cruéis manifestações da violência, essa população estará mais propensa a reproduzir de forma singular esses atos em suas relações pessoais e sociais. Isso porque, a concepção de seu limite e aceitação está relacionada tanto à intensidade como à frequência de agressões sofridas na infância, sendo provável que, futuramente, as vítimas reproduzam a violência aprendida como prática disciplinadora e exercício de poder. Esse fenômeno, denominado “ciclo da violência”, confere às vítimas maior propensão no futuro de desenvolverem comportamentos violentos.

Além da vivência histórica da violência em seus diversos tipos, a experimentação cotidiana de atos de discriminação, aliados a outras fontes de stress, faz com que essa população seja também mais vulnerável ao uso/abuso de álcool e outras drogas; fatores potencializadores para o envolvimento em atos violentos (Gibbons, 2004).

1 A violência em famílias negras: tramas, tensões e sociabilidade. Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT - Nº 26, 2006.

Dessa forma, indivíduos negros estão propensos ao envolvimento com atos violentos seja como vítimas ou agressores nos diferentes espaços sociais: instituições, espaços públicos, espaços domésticos, entre outros. Mas são as crianças e adolescentes os que mais sofrem os impactos da violência, pois se encontram em uma fase peculiar do desenvolvimento humano, onde ocorrerá as bases de formação de sua identidade étnica e psíquica.

As diversas manifestações de exploração social, somadas aos atos de violência vivenciados por crianças e adolescentes negros, compõem um importante fator de desigualdade cumulativa, que poderá repercutir negativamente em todas as dimensões da vida desses indivíduos.

Partindo da premissa de que a violência pode comprometer o desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes, além de ser um dos principais fatores de sua desagregação do seio familiar, este artigo tem como objetivo refletir sobre as implicações da violência vivenciada por crianças e adolescentes negros.

CONCEPÇÕES TEÓRICAS DA VIOLÊNCIA E SEUS AGRAVANTES EM UMA SOCIEDADE RACISTA

A violência sempre fez parte da experiência humana, sendo um dos fenômenos mais persistentes na história da humanidade. Para nos aproximarmos da essência desse fenômeno, de sua natureza e origens, se faz necessário analisar a violência dentro da sociedade que a produz, em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

Pensar a violência em nossa sociedade nos remete a uma reflexão sobre as relações sociais que são permeadas por questões de poder que se expressam nas relações de raça/etnia, gênero e classe, entre os diversos grupos sociais. É preciso ainda percebê-la além das marcas físicas que frequentemente imprime, pois as conseqüências do constrangimento social, cultural, psicológico, resultantes também da violência, ocorrem muitas vezes de forma subjetiva.

A violência, segundo Chauí (1986), pode ser compreendida sob duas vertentes: (1) como uma conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdades com fins de dominação, de exploração e de opressão, ou seja, a conversão dos diferentes em desiguais e a de-

sigualdade na relação entre superior e inferior; (2) como uma ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como coisa. Essa concepção está atrelada à definição de racismo, compreendido como uma das formas mais graves de violência, podendo também ser apreendida nos vários tipos de agressão causados como demonstração de poder.

O comportamento violento é por natureza um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. Apesar de atingir indiscriminadamente indivíduos de qualquer faixa etária, etnia e classe social, esse fenômeno acompanha com peculiaridade indivíduos que apresentam história intergeracional conflituosa, vivências permeadas de dificuldades socioeconômicas e carência de suporte social.

Parafraseando Minayo (1994, p. 7), a violência só pode ser entendida como um fenômeno multifacetado que abarca componentes do plano individual, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade, onde algumas situações potencializam outras, levando-se em conta as representações individuais, os espaços de convivência humana e as especificidades dessa ocorrência.

Desse modo, podemos afirmar que a violência é uma construção coletiva que se mostra alicerçada nos entremeios indivíduo - família - comunidade e que o racismo^{2,3} além de ser uma das mais graves formas de violência, é um dos fatores determinantes de outros tipos de violência, tanto familiar como social.

O racismo vivenciado por indivíduos negros e suas famílias tem raízes na barbárie da escravidão e se estende ao século XXI de modo sutil, mas com carga ideológica semelhante à do passado, reforçando quotidianamente o sofrimento psíquico vivido pela população negra, produzido e reproduzido na história de vida desses indivíduos, atos violentos. Já en-

2 Ideologia que atribui um significado social a determinados padrões de diversidade fenotípicas e/ou genéticas que imputa, ao grupo com padrões desviantes, características negativas que justificam o tratamento desigual.

3

quanto ideologia, o racismo foi sendo interiorizado pela sociedade num movimento compulsivo de institucionalização hegemônica, onde os negros são considerados ignorantes, indolentes, inferiores.

Nesse contexto, o preconceito e a discriminação racial são manifestados por intermédio de comportamentos individuais e coletivos de repugnância, não aceitação e desfavorecimento dos indivíduos negros, que fazem com que estes experimentem progressivamente um processo de exclusão social, cultural, moral e de identidade.

Associado ao medo, os pesares, a angústia e estresses acumulados pela violência física e simbólica durante quase quatro séculos de escravidão por qual passou a massa negra, este contingente populacional ainda enfrenta o resultado das estratégias políticas de controle social, a exemplo do ideal de branqueamento ou embranquecimento estimulado no final do século XIX como solução harmoniosa para o problema racial.

Esse mecanismo incentivava a aglutinação das culturas negra e branca para a criação do mestiço ou o denominado “branco social”, tendo como meta a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca, com o objetivo de desconstruir a identidade e cultura da população negra mediante um discurso de “democracia racial” (Maciel, 1997; Carone, 2002).

Dessa forma, se oferece aos mestiços a ilusão de mobilidade e ascensão; enquanto aos pretos, as únicas possibilidades oferecidas são a exclusão e a negação de sua autoimagem. Analisar o ideal de branqueamento é enfocar um dos padrões fundamentais envolvidos na constituição das famílias de negros e mulatos, orientada em dois sentidos: integração e ascensão social.

Ao espelhar-se no branco, o negro perde a representação de si mesmo, constituindo-se uma ameaça para si e seus semelhantes negros, porque tudo que lhe é familiar passa a ser visto como hostil e é projetado para fora, traduzindo o sentimento de insegurança, proveniente da fragilidade de autoafirmar-se. De negro passa a branco em todas as suas vicissitudes, pois se destituindo da condição de negro, sente-se branco e, portanto, como branco, pode hostilizar o outro que é negro obstinado à espoliação (Bento, 2002).

Em estudo realizado por Carvalho (2002) e Camargo (2007) sobre a violência que atinge a população negra, esta afirmativa pôde ser percebida nos seguintes trechos de falas de adolescentes negras: *"Feição, não diz tudo. Mas... preto, eu não gosto. Eu não sou racista, mas preto eu não gosto. Gosto de qualquer pessoa preta, agora só que para namorar, aí eu não gosto, não (Ogum)."*

Essa fala representa uma das consequências do desarranjo psíquico do branqueamento que faz com que indivíduos negros mantenham aspiração por relações conjugais com brancos, com o propósito de expurgar a cor negra das gerações seguintes, no desejo veemente pelo próprio extermínio étnico (Costa, 1983). *"Sou morena escura... eu acho que sou morena. Sou morena... Eu queria ter cabelos longos, que eu acho bonito, assim batendo nas costas (Oxossi)."*

Ter característica da raça branca é algo almejado principalmente por crianças e adolescentes negros, pois acreditam que assim serão mais bonitos e certamente mais aceitos em seu meio social negro. Ou seja, buscam com o branqueamento aceitação e ascensão social.

Segundo Bento (2002), a internalização paulatina do desejo de ser branco dificulta no cotidiano de indivíduos negros o amor entre seus pares, em todos os tipos de relação, inclusive nas conjugais. Ao formular em seu self um projeto identificador incompatível com o seu biótipo, cria um fosso relacional com o outro negro.

Em contrapartida, sente-se rechaçado e inferiorizado pelo branco por intermédio das frequentes ações discriminatórias que vivencia direta ou indiretamente. Torna-se assim mais frágil emocionalmente, podendo desenvolver comportamentos antissociais na busca da aceitação pelo outro e por si mesmo.

Enfocar grupos de crianças e adolescentes que vivenciam cotidianamente a violência estrutural⁴ ou familiar, nos fez aceitar a prerrogativa que assevera: Das inibições, repressões e fracassos vividos por um grupo geram nele cargas de rancor que podem explodir, da mesma maneira que, em nível individual,

4 A que tem origem na maneira que a sociedade se estrutura. Expressa-se pelo quadro de miséria, má distribuição de renda, exploração dos trabalhadores, crianças nas ruas, falta de condições mínimas para a vida digna, falta de assistência em educação e saúde.

o medo ou a angústia liberam e mobilizam no organismo forças incomuns (Bento, 2002, p. 34).

Nesse contexto, podemos afirmar que na infância e na adolescência, fases da vida humana marcadas por mudanças, construções, busca de realizações, os impactos dessa vivência de dor e sofrimento ocasionados pelo racismo poderão causar prejuízos imensuráveis em níveis psicológicos e afetivos, em crianças e adolescentes negros, podendo conformar padrões de comportamento violento.

FAMÍLIA, IDENTIDADE NEGRA E VIOLÊNCIA

Estudiosos sobre família e saúde vêm pontuando considerações importantes para o entendimento do cuidado do ser humano na perspectiva familiar, tendo como princípio de que a família é um componente básico para o cuidado da saúde dos indivíduos, onde se constrói por intermédio das interações cotidianas familiares condições para sobrevivência e bem-estar.

O “estar bem” ou “estar saudável” deve retratar a possibilidade de o ser humano ter seu corpo biológico em harmonia/equilíbrio, como também de viver e estar no mundo da família e nas relações sociais de modo pleno e igualitário.

De acordo com Elsen (2004), o cuidado familiar se apresenta sob a forma de *presença* e *proteção* desde o nascimento do ser humano, pois ao integrar um núcleo familiar, o indivíduo tem sua condição de pertença vinculada àqueles que irão garantir a preservação, manutenção e recuperação de sua saúde.

Quando a família se preocupa e ao mesmo tempo se responsabiliza por cada um de seus membros mutuamente, a *presença* e a *proteção* existem, formando vínculos afetivos fortes e capazes de ajudar na superação, individual ou familiar, de crises decorrentes da transição de fases etárias, dos processos de socialização, situação de doenças e outros.

Mas, para que isso aconteça, é necessário que essa família tenha condições básicas de subsistência, por exemplo, habitação, condições econômicas para o sustento de seus membros. Caso contrário, abre-se a possibilidade para o surgimento do conflito e situações em que permeia a violência.

O cuidado familiar também inclui orientações para a vida em sociedade por intermédio de ensinamento aos seus membros, de normas e condutas sociais aprendidas no espaço intra e extrafamiliar e que compõe o repertório de significados, valores, crenças, símbolos, saberes e práticas estabelecidos como desejáveis para o exercício da convivência. Esse viver familiar é transmitido de geração em geração, a cada nova formação familiar, influenciando o pensar e o agir social (Elsen, 2004).

Dessa forma, a prática cotidiana da violência familiar pode ser absorvida por seus membros, como normas e condutas sociais aceitáveis, e muitos desses atos violentos nem são considerados como tal, pois são internalizados como práticas educativas, ou melhor dizendo, medidas corretivas necessárias para a preservação da ordem e da dinâmica familiar

Quando se avança para a análise do sistema de relações comunitárias e sua influência na dinâmica da construção da violência, percebe-se que os modos de sociabilidade podem contribuir na vitimização ou perpetração deste fenômeno. Ou seja, as relações estabelecidas entre indivíduo/família, vizinhança, amigos, escola e trabalho, quando marcadas por desigualdade, sobretudo pela discriminação, corroboram a criminalidade e a delinquência.

O ser humano necessita da condição de pertencimento a alguém ou algo para existir, ou seja, para que possa ser alguém ele precisa seguir um padrão, uma referência. Os alicerces familiares e sociais são estruturas que ajudam e apoiam os indivíduos na transposição dos obstáculos, enfrentamento dos desafios e manutenção do seu equilíbrio. Neste contexto, esta condição de pertencimento promove a formação da identidade e personalidade dos indivíduos.

É nessa relação familiar que os membros interagem e, portanto, nela a criança inicia seus primeiros contatos sociais, captando a realidade e significando-a com base na experiência resultante da interação. Entretanto, quando o ser humano se constrói às expensas de repúdios familiares e sociais, extrai-se do indivíduo a possibilidade de crescimento e desenvolvimento saudável, pois os sentimentos de desvalorização e inutilidade comprometem sua imagem enquanto pessoa e sua relação com o outro, o que faz com que estes indivíduos possuam graus de risco diferenciados para a prática da violência.

De modo semelhante, na adolescência, o self define-se pelo convívio social e vínculo afetivo com seus pares. Apesar de a adolescência ser considerada uma fase de instabilidade, ligada a períodos de crises existenciais, sem dúvida é um marco importante na vida das pessoas evocando mudanças, reorganizações e aprendizagens significativas. Nessa fase, os valores, as crenças, os limites e o respeito familiar são muito questionados e derivam do que foi cotidianamente e culturalmente construído no interior da família desde a infância.

Cabe levar em conta que os valores, as crenças e cultura de famílias compostas por indivíduos negros são socialmente considerados inferiores, contribuindo para que os adolescentes tenham mais dificuldades para assimilá-los e, quando o fazem, é com um misto de vergonha e insatisfação.

Assim, podemos afirmar que os padrões sociais de conduta são aprendidos nos períodos da infância e adolescência, dentro dos próprios lares, na interação com os pais. Nesse pensar, em famílias que se relacionam sob a égide do racismo, onde fazem uso do comportamento violento para o seu enfrentamento cotidiano, os comportamentos violentos de crianças e adolescentes pode ser a objetivação do que foi aprendido nos modos de ser, pensar e agir de seus pais.

As concepções de poder e posse arraigadas nas relações familiares reafirmam a dominação dos pais sobre os filhos, e os vínculos formados são imbuídos de autoridade e medo. Daí, os modelos familiares que se arrastam na história da humanidade evidenciam a segregação de poder e luta pela sobrevivência e/ou adaptação às adversidades. Entendida como um produto histórico-social, a família pode potencializar ou reprimir padrões culturais e afetivos dos indivíduos, a depender das relações que estabelece com o espaço privado econômico, político e simbólico que sustenta o sistema familiar.

Seguindo essa lógica, a violência inicia-se na família, quando esta determina o papel que cada um dos seus membros deve desempenhar para ser aceito no sistema familiar e social, mostrando-lhes, sobretudo, a maneira como devem agir e reagir diante das situações sociais impostas pela assimetria das relações.

Tais relações não ajudam a constituir e definir um *outro* livre, capaz e pleno, provocando um efeito devastador na estrutura psíquica dos indivíduos, edificando na diferença a possibilidade de exploração - dominação.

O prejuízo causado internamente ao indivíduo vitimizado, seja por atos violentos de maneira geral ou por ações de discriminação e racismo, determinará em muito a maneira como este lidará com o mundo ao seu redor. Infere-se que a dor gerada desse processo pode ser transformada em atitude reativa, em contenção angustiada ou neurótica, ou mesmo em resignação passiva.

Ressalta-se que um dos preditores mais significativos para comportamentos violentos e condutas destrutivas pelo ser humano são destacadamente maltratos na infância, seja por abuso sexual, negligência e demais tipos de violência da esfera cotidiana familiar. Assim, a família, que deveria ser fonte de acolhimento e *proteção*, torna-se causadora de dor e sofrimento.

Os números apresentados de violência familiar ainda estão aquém da representação real do fenômeno, uma vez que o espaço privado familiar com a delimitação de suas fronteiras e regras de relacionamento permite obscurecer fatos e acontecimentos mediante ameaças explícitas e veladas que garantem o sigilo e o *continuum* da violência.

Segundo Carvalho (2002), nunca existiu um modelo dominante de arranjo familiar, mas as expectativas em relação à família que estão no imaginário coletivo são, apesar disso, ainda as representações idealizadas da família nuclear que produz cuidados, afeto, proteção e vínculos de pertencimento. Entretanto, o autor assevera que cada família se configura de forma diferente e possui diferentes expectativas, de modo que não se tem a garantia de que a família será sempre um ponto de equilíbrio para os seus membros, ou seja, a família pode ser o ponto forte ou, ao contrário, pode agir negativamente, esfacelando as potencialidades de seus membros.

O modelo de família historicamente discutido tanto para brancos/ricos como para pretos/pobres sempre foi o patriarcal e hierárquico, modelo herdado da época do Brasil Colônia; no entanto, estudos já trazem ser o modelo da família monoparental o que mais retrata as famílias de camadas populares, hoje em sua grande maioria chefiada por mulheres.

No período colonial, para evitar rebeliões que porventura pusessem em risco a perda do mando do patriarca ou o alcance de mobilidade social do negro, foram adotadas estratégias das mais cruéis que regulavam as relações e

reduziam a força do grupo. Evidentemente, a primeira delas era separá-lo de seu *agrupamento familiar*, o seu maior vínculo.

O agrupamento familiar de negros na sociedade escravocrata tinha a função de reprodução, já que sua prole precisava ser numerosa para conter os efeitos de uma elevada mortalidade e de uma esperança média de vida baixa, que certamente traria prejuízos aos seus senhores (Dias Filho, 2002).

Segundo Kaloustian (2005), durante o Brasil Colônia, não houve constituição da família nuclear composta por negros; estas sequer foram estimuladas. E, apesar de ser o ideal proposto pela Igreja, nota-se que o desprezo e des-caso dos senhores pelos escravos promoveram o concubinato, a ilegitimidade e o abandono das crianças escravas.

Posteriormente, o Brasil passou pelo período da industrialização, tendo como meta o desenvolvimento econômico e social, estimulando a formação da força de trabalho por intermédio da vinda dos imigrantes europeus. Esse fato, associado a não reforma agrária, determinou a continuidade da vida de miséria e exploração de homens e mulheres negras que, sem ter onde morar, acabaram em cortiços e/ou favelas de grandes centros urbanos, constituindo aí suas famílias dentro de uma concepção moderna.

A vida amarga nesses locais, marcada pela fome, desemprego, relações matrimoniais informais, instabilidade emocional, tornou-se terreno profícuo para os crimes, tragédias, contribuindo para que a população negra continuasse seguindo um destino inquestionável de exclusão, com o agravante da violência cotidiana vivenciada nas suas mais diversas formas (Maciel, 1997).

Essa realidade perpetua-se até os dias atuais, conferindo à população negra os piores índices de qualidade de vida:

- mães de crianças negras têm maior probabilidade de falecer por causas relacionadas à mortalidade materna: por dia, cerca de 2,6 mulheres afrodescendentes morrem por assim (mulheres brancas, 1,5);

- crianças e adolescentes afrodescendentes entre 4 e 17 anos são mais dependentes da merenda escolar para sobreviver: 60,6% são usuários deste tipo de recurso (brancas, 48,1%);
- indivíduos negros apresentam maiores taxas de subemprego ou desemprego (Ipea, 2008).

Constatamos assim, que a desagregação e os entraves sociais vivenciados historicamente por famílias negras faz com que estas atuem de forma deficiente na proteção e apoio de seus membros. Acabam por aceitar a condição de inferioridade que lhes foi imposta pela sociedade, legando aos seus descendentes a submissão, dependência e marginalidade. Essa realidade, que tem se perpetuado até os dias atuais, é o ponto-chave para compreender a violência que crianças e adolescentes negros estão expostos, seja como vítimas ou como agressores.

SER CRIANÇA E ADOLESCENTE NEGRO EM UMA SOCIEDADE RACISTA

350

A adolescência é a fase do desenvolvimento humano em que se delinea a identidade pessoal e social, nascida e negociada dialeticamente no plano espaço-temporal, integrando passado, com identificações e conflitos da infância; presente, que requer reestruturação momentânea do *self*; e futuro, com suas perspectivas e antecipações (Oliveira, 2006).

Essa fase, marcada por conflitos subjetivos de foco biopsicossocial, suscita ajustes do indivíduo a uma pauta de reconstruções identitárias, envoltas num processo transacional de elaboração mental e biológica de um novo ser. O corpo e a autoimagem que se impõe à condição de adolescente trazem mudanças de posicionamento mediadas pelas relações sociais, principalmente entre as gerações.

O corpo é um objeto social usado pelo indivíduo para pensar, representar, interagir e comunicar-se com os outros e consigo mesmo. Utilizando o critério da "imaturidade" biopsicossocial da criança e do adolescente, o social projeta no corpo infantil uma referência de dependência do outro (adulto), para que esse corpo, ainda inapto, possa enfrentar e sobreviver às adversidades. Assim, nessa relação social assimétrica, o corpo mediatiza e posiciona a criança e o

adolescente como um ser frágil, antecipando e confirmando sua condição de inferioridade na composição familiar e o colocando em condições de vulnerabilidade às situações de violência.

O adolescente, na relação com o próprio corpo, abre a possibilidade de conhecer-se, reconhecer-se e mostrar-se. Assim, esse corpo adquire uma dimensão significativa, interferindo na construção da sua história, de suas experiências, perdas e conquistas, atuando igualmente no desenvolvimento do autoconceito, autoestima e autoimagem e assumindo um importante papel na aceitação ou rejeição do adolescente pelo grupo.

Por esse motivo, os adolescentes vivem e manifestam intensamente a preocupação com o corpo, a aparência e o ideal da beleza proposto pelo grupo. No início da adolescência, a valorização do corpo dá-se pelo desejo de identificar-se com os outros, já que, enquanto objeto materializado, permite, pelas características físicas observáveis, comparação, avaliação e apreensão de um “eu” concreto. Mas, no final da adolescência, este passa a ser objeto de conquista, já que é por meio do corpo que poderá estar com o outro.

Existir entre iguais e obter a aceitação do grupo de convívio é um construto da adolescência, que abarca uma ampla pauta de conflitos e crises, principalmente, com base na representação que o adolescente elabora sobre seu o corpo. Essas representações, advindas de experiências passadas e presentes, reais ou fantasiosas, conscientes ou inconscientes, regulam a relação do adolescente com o grupo de pertença, promovendo seu *self*, sua ação, e, como consequência, adoção de sua configuração identitária.

Estudo realizado em Belo Horizonte sobre a relação do adolescente negro com seu corpo apontou que foi principalmente durante a trajetória escolar que crianças e adolescentes negros passaram a reconhecer em seu corpo negro e em seus cabelos crespos marcas de inferioridade, já que valorizavam o padrão de beleza socialmente aceito: o branco (Gomes, 2002).

É na presença do outro, condição de alteridade, que o homem se constitui, dada a importância dos indivíduos para formação de outros. **No plano das relações sociais, o racismo, por conta de sua força ideológica e cultural, incita um duplo processo de exclusão social da população negra, posto que promove**

um extermínio identificatório, principalmente da criança e do adolescente negro que não quer se reconhecer como tal, e da sociedade que não o reconhece como sujeito de potencialidades.

Semeado quotidianamente, o racismo, em sua invisibilidade, pode produzir transformações de ordem psicológica e social na vida desses indivíduos, colocando-os constantemente em estado de alerta, com medo de ser atacado, violentado, discriminado, mas muitas vezes também atacando, ameaçando, violentando, na tentativa de impor limites e se fazer respeitar.

Dessa forma, podemos afirmar que as representações construídas sobre o negro no contexto de uma sociedade racista influenciam formas sutis e explícitas de reação e resistência tornando-os vítimas e agressores. Vítimas, porque se encontram expostas a todas as mazelas de uma sociedade estruturada sobre a égide do racismo – capitalismo, e agressores, porque utilizam atos de violência, como forma de resistência ao conjunto de dispositivos sociais.

352

Crianças e adolescentes negros, carentes de prestígio e dispositivos familiar e comunitário, nos quais possam se espelhar de forma positiva, podem ver no mundo das drogas, do narcotráfico e nas gangues possibilidade de autoafirmação. Essa conduta, manifestada pela busca de poder, controle e dominação, é escolhida muitas vezes como forma de conseguir voz e representação, tirando-lhes da invisibilidade social que se sentem expostos, preenchendo um vazio de uma crise de identidade pessoal e étnica que pode conduzi-los a uma forma violenta de ser e fazer-se reconhecido.

Censo realizado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República revelou que cerca de 70% das crianças brasileiras vivendo em situação de rua saíram de casa por causa de brigas domésticas, e destas, 32,2% foram por brigas verbais com pais e irmãos, 30,6% por violência doméstica e 8,8% por abuso sexual. Dessa população, 72,8% são de jovens negros. Nas ruas, além de estarem expostas aos mais graves tipos de violência, são constantemente assassinadas por policiais que teriam por função protegê-los.

Vários estudos (Brasil, 2005; Araújo, 2009) têm mostrado dados alarmantes sobre a mortalidade por causas externas de adolescentes negros: na Bahia, a taxa de homicídios entre a população jovem branca no ano de

2008 foi de 20,6/100.000 habitantes, enquanto entre a população negra foi de 79,9/100.000. No Brasil, essa taxa entre a população branca foi de 30,2/100.000 contra 70,6/100.000 da população negra (Waiselfisz, 2011).

Esse conjunto de dados nos leva a constatar que a realidade social das crianças e adolescentes negros é marcada pela acumulação de risco, escassez de recursos e negação de direitos básicos, gerando índices cruéis de mortalidade, principalmente por homicídio. De maneira cruel, essas vidas são ceifadas em pleno desabrochar de suas potencialidades, disseminando outros tipos de violência contra a população negra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A naturalização e a banalização da violência vivenciada historicamente pela população negra têm deixado marcas profundas na mente e corpo das crianças e adolescentes negros, aumentando sua vulnerabilidade social, dificultando assim o rompimento do ciclo da violência, ou seja, quem é vítima hoje, tem maior probabilidade de ser agressor no futuro, tendo em vista sua própria história cotidiana e cultural de violência.

Podemos afirmar, mediante dados epidemiológicos existentes, que a população negra vive nas piores condições de existência, tendo como principal causa a violência racista a que foi e continua sendo exposta em nossa sociedade.

A família desses indivíduos, em sua grande maioria pobre, diante dos inúmeros problemas que enfrenta cotidianamente na busca de estratégias para a sobrevivência de seus membros, as incertezas constantes em relação ao modo de ser e de viver e os arranjos encontrados, não oferece uma atitude de proteção e apoio para com seus membros. São famílias descrentes de suas potencialidades, frágeis na valorização de identidade étnica e cultural e, ao não conseguirem proteger e apoiar seus entes, contribuem para que estes se tornem mais vulneráveis ao fenômeno da violência.

O entendimento da violência é reconhecido apenas pelos atos extremos, ou seja, o que mata ou deixa marcas profundas, por isso, avaliam os castigos corporais, os xingamentos, a violência psicológica e até mesmo os atos discriminatórios que vivenciam nesta sociedade racista como algo normal em suas

vidas. O bater e o apanhar, bem como a rejeição são modos de sociabilidade geralmente aceitos e praticados nas relações familiares e sociais de indivíduos negros, o que contribui para a perpetração da violência.

Dessa forma, é de suma importância criar estratégias para que os indivíduos, brancos ou negros se percebam no ciclo da violência e do racismo e reconheçam a importância da participação de todos nesse contexto, não se culpando mutuamente, mas buscando novas maneiras de ser e estar no mundo, construindo relações de respeito mútuo.

Enfatizamos assim a importância de trabalhos comunitários baseados na cultura da paz e do combate ao racismo institucional, bem como no fomento do protagonismo juvenil e fortalecimento da identidade étnica e da autoestima de crianças e adolescentes negros como estratégias imprescindíveis para redução da vulnerabilidade desse grupo populacional ao fenômeno da violência. Só assim construiremos bases reais para uma sociedade equânime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, C. A violência visível e a violência invisível. Portugal. *Rev. Humanidades*, p. 20-23, abr. 2001.

ARAÚJO, E. M. *et al.* Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev. Saúde Pública*, 43 (3): 405-12, 2009.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMARGO, C. L. ; SANTANA, E. ; QUIRINO, M. D. Violência Contra Crianças e Adolescentes Negros. *Texto & Contexto. Enfermagem*, v. 14, p. 608-615, 2005.

CAMARGO, C. L.; BURALLI, K. O. *Violência contra crianças e adolescentes*. v. 1. Salvador: GRA-PH, 1998.

CARONE, I. Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CARVALHO, M. C. B. O lugar da família na política social. CARVALHO, M. C. (org.). *A família contemporânea em debate*. 4. ed. São Paulo: Educ; Cortez, 2002.

CASTRO, N. A.; BARRETO, V. S. (orgs.). *Trabalho e desigualdades raciais: negros e brancos no mercado de trabalho em Salvador*. São Paulo: Annablume; A Cor da Bahia, 1998. CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

COSTA, J. F. Da cor ao corpo: a violência do racismo. Prefácio. In: SOUSA, Neusa S. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal, 1983. (Coleção Tendências, 4).

DIAS FILHO, Antônio Jonas. O turismo sexual no Brasil e a questão da identidade. In: Encontro Anual da ANPOCS, 26, 2002. Caxambu. Anais. Texto Apresentado na ANPOCS, mimeo.

ELSEN, I. Cuidado família: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.; SILVA, M. R. S. (orgs.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004.

FÓRUM DE COMBATE À VIOLÊNCIA. Morte violenta tem cor: vítimas de segregação social em Salvador de 1998 a 2004. In: *Observatório da Violência no Carnaval*. Salvador, 2005.

GIBBONS, F. X. *et al.* Perceived discrimination and substance use in African American parents and their children: a panel study. *J. Pers. Soc. Psychol.*, v. 86, p. 517-529, 2004.

GOMES, Nilma Lino. *Corpo e cabelo como ícones de construção da beleza e da identidade negra nos salões étnicos de Belo Horizonte*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). *Retrato das Desigualdades de gênero e raça*. 3. ed. Brasília: Ipea; SPM; Unifem, 2008.

KALOUSTIAN, S. M. (org.). *Família brasileira: a base de tudo*. 7. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unicef, 2005.

LITMAN, Theodore. The family as a basic unit in health and medical care: a social behavioral overview. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, 8 (9/10): 495-519, Sept. 1974.

MACIEL, C. S. *Discriminações raciais – negros em Campinas (1988-1926)*. 2. ed. Campinas: Área de publicações CMU/Unicamp, 1997. (Coleção Campiniana,1).

MINAYO, M. C. S. Violência, um problema social que afeta a saúde pública. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 35, p. 23-35, jun. 2006. _____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, 2006.

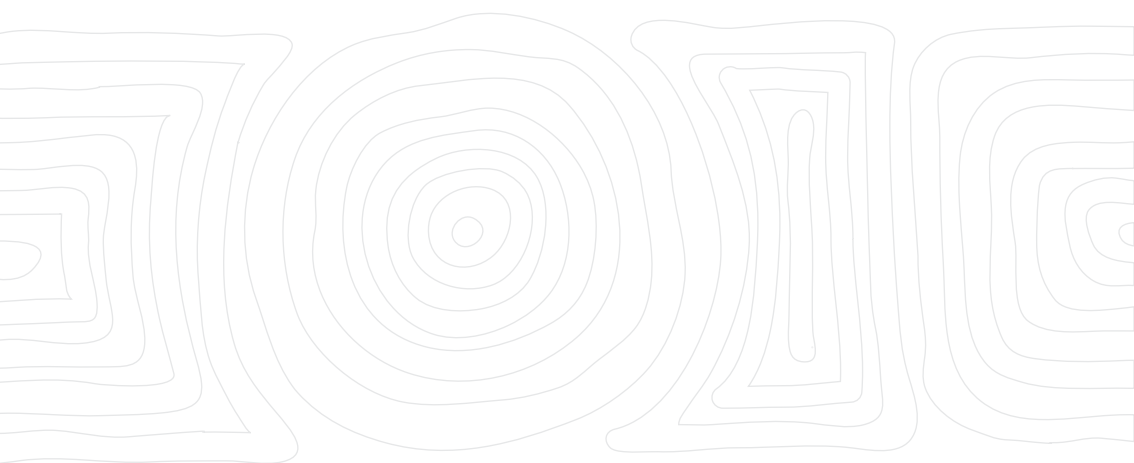
WASELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

POSFÁCIO

Negras e negros:

Pesquisas e debates

Tânia Mara Pedroso Müller*



Louvamos o empenho dos organizadores de cada volume desta coleção pela cuidadosa e preciosa escolha dos pesquisadores e estudiosos e de seus temas para a produção dos textos aqui apresentados. Estes deram visibilidade a questões que envolvem diretamente o cotidiano da população negra e atendem, a partir de seus diferentes enfoques, aos diversos interessados nas temáticas investigadas e explicitadas, privilegiando-nos com suas profícuas análises.

Trata-se de um valoroso acervo para ampliar as discussões e pesquisas sobre as problemáticas específicas da população negra, possibilitando ao leitor a apreensão de novos conceitos e abordagens, bem como a desconstrução de velhos e arraigados preconceitos.

A Associação Brasileira de Pesquisadores(as) Negros(as) (ABPN) espera atender a demandas antigas de seus associados, membros das diretorias anteriores, conselhos e demais pesquisadores com a produção e apresentação desta coleção.

Cabe salientar que a ABPN tem como missão, definida em seu estatuto, “congregar e fortalecer pesquisadores(as) negros(as) que trabalham com a perspectiva de superação do racismo, e com temas de interesse direto das populações negras no Brasil, na África e na Diáspora, defendendo e zelando pela manutenção de pesquisas com financiamento público e dos demais Institutos em geral, propondo medidas para o fortalecimento institucional da temática das relações raciais”.

Para viabilizar esta coleção, bem como outros trabalhos desenvolvidos ao longo dos últimos dois anos, a ABPN contou com a parceria de duas importantes instituições: a Oxfam (Oxfam Great Britain) e a Fundação Ford.

A Oxfam, criada em 1995, é uma confederação que congrega 13 organizações não governamentais e tem mais de 3 mil parceiros internacionais, com

* Doutora em Educação, professora da Universidade Federal Fluminense (UFF), vice-coordenadora e pesquisadora do Programa de Educação do Negro na Sociedade Brasileira (Penesb) da Faculdade de Educação desta universidade (FEUFF); coordenadora-geral do Programa de Pós-Graduação lato sensu da FEUFF e membro da diretoria da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN).

atuação em mais de 100 países na busca de “soluções para o problema da pobreza e da injustiça, através de campanhas, programas de desenvolvimento e ações emergenciais”. Desde 2009, apoia a ABPN com vistas ao seu fortalecimento institucional, necessário para o desenvolvimento de ações que visem a superação de injustiças raciais e implementação de políticas públicas¹.

A Fundação Ford é uma organização privada, sem fins lucrativos, criada nos Estados Unidos em 1936 para apoiar pessoas e instituições que defendem projetos inovadores em todo o mundo, comprometidas com o desenvolvimento humano, a consolidação da democracia, a redução da pobreza e da injustiça social. Ao longo dos tempos, vem contribuindo na “produção e divulgação do conhecimento, apoiando a experimentação e promovendo o aprimoramento de indivíduos e organizações²”. Desde 2010, apoia a ABPN com o propósito de garantir sua estrutura organizacional, ampliação e desenvolvimento de projetos que valorizem os estudos e temáticas defendidas por pesquisadores(as) negros(as).

Ressaltamos, também que esta publicação concretiza um projeto institucional ao tornar-se resultado da luta dos(as) pesquisadores(as) negros(as) que acreditaram na importância de uma associação como a ABPN para o estabelecimento de uma rede de instituições que tivesse como lema o combate ao racismo, preconceito e discriminação raciais, referendando seu ideário. Os fundadores da ABPN e as diretorias subsequentes entendiam que isso só seria possível ao reunir numa mesma entidade pesquisadores(as) negros(as), ativistas e outros(as) pesquisadores(as) que desenvolvessem trabalhos que acastelassem e priorizassem estudos de interesse de negras e negros que propiciassem a transformação do conhecimento sobre as populações negras no Brasil, na África e Diáspora.

A história da ABPN inicia-se durante o I Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros (I Copene), realizado de 22 a 25 de novembro de 2000, no auditório do Centro de Tecnologia de Geociência da Universidade Federal de Pernambuco. Contando com aproximadamente 320 pesquisadores, duas questões prementes foram constatadas. A primeira delas: “a diversidade, o crescimento numérico e a qualidade da produção”; a segunda: “a persistência

1 Disponível em: <www.oxfam.org>. Acesso em: dez. 2011.

2 Disponível em: <www.fordfoundation.org/>. Acesso em: dez. 2011.

de barreiras e a ausência dos meios materiais de suporte ao desenvolvimento de pesquisas pretendidas pelos pesquisadores(as) negros(as), o que sugerira divergências no interesse e na agenda entre pesquisadores brancos e afrodescendentes”. Visto isso, deliberou-se pela criação da Associação e pela formação de uma comissão responsável pela homologação do estatuto, sua aprovação e a eleição da primeira diretoria para dar início às atividades.

Durante o II Copene, realizado no Teatro Florestan Fernandes da Universidade Federal de São Carlos (SP), nos dias 25 a 29 de agosto de 2002, com a presença de quase mil pessoas, aprovou-se por unanimidade, em sessão plenária com aproximadamente 450 pesquisadores, o Estatuto da ABPN, com sede jurídica na cidade de Recife (PE). Em assembleia tendo como presidência da mesa o professor Valter Roberto Silvério, foi empossada a primeira diretoria para o biênio 2002-2004. Estabeleceu-se como objetivo principal da ABPN “congregar e fortalecer laços entre pesquisadores que tratem da problemática racial, direta ou indiretamente, ou se identifiquem com os problemas que afetam a população negra e, principalmente, estejam interessados em seu equacionamento não apenas teórico”³.

A primeira diretoria foi composta pelos seguintes membros: Henrique Antunes Cunha Júnior, presidente; Carlos Benedito Rodrigues da Silva, 1º vice-presidente; Lidia Nunes Cunha, 2ª vice-presidente; Maria Palmira da Silva, 1ª secretária; Alecsandro José Prudêncio Ratts, 2º secretário; Julvan Moreira de Oliveira, 2º tesoureiro; Fatima Aparecida da Silva, 2ª tesoureira.

Em 9 de setembro de 2004, durante a realização do III Copene, que teve como tema Pesquisa Social e Ações Afirmativas para Afrodescendentes, realizado no Auditório do Centro de Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão, elegeu-se a segunda diretoria da ABPN, desta feita para o biênio 2004-2006, e a mudança de sua sede social para a av. Almirante Barroso, 91, sala 904, na cidade do Rio de Janeiro, com mandato até 30 de setembro de 2006⁴.

3 Seu estatuto foi registrado sob o nº 685.528 no 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Recife (PE), em 3 de setembro de 2004, de acordo com ata aprovada em 25 de novembro de 2000, durante o I Copene.

4 Ata registrada em 6 de abril de 2009, no Ofício do Registro Civil das Pessoas Jurídicas do Rio de Janeiro, sob o nº 218.373.

Compuseram a segunda diretoria os seguintes pesquisadores: Nilma Lino Gomes, presidente; Wilson Roberto de Mattos, 1º vice-presidente; Moises Santana, 2º vice-presidente; Eliane Borges da Silva, 1ª secretária; Nelson Fernando Inocêncio da Silva, 2º secretário; Maria Palmira da Silva, 1ª tesoureira; Lucia Regina Brito Pereira, 2ª tesoureira. Eram coordenadores regionais: *Norte*: Wilma de Nazaré Baia Coelho; *Nordeste*: Alvaro Roberto Pires; *Sudeste*: Helena Theodoro da Silva; *Sul*: Marcilene Garcia de Souza; *Centro-Oeste*: Alessandro José Prudêncio Ratts. E o Conselho Fiscal: Renato Emerson Nascimento dos Santos; Ricardo de Oliveira Freitas; Carlos Benedito Rodrigues da Silva.

Entre os dias 13 e 16 de setembro de 2006, realizou-se o IV Copene na Universidade Federal da Bahia, em Salvador, quando se elegeu a terceira diretoria da ABPN. Teve como tema central O Brasil Negro e suas Africanidades: Produção e Transmissão de Conhecimentos, com mais de 1.200 participantes: docentes e discentes, pesquisadoras e pesquisadores de várias universidades brasileiras, bem como ativistas de diferentes movimentos sociais e do Movimento Negro, que lutam em defesa dos direitos da população negra e melhoria das relações étnico-raciais.

A terceira diretoria foi formada por: Valter Roberto Silvério, presidente; Alecsandro J. P. Ratts, 1º vice-presidente; Acácio Sidinei Almeida Santos, 2º vice-presidente; Arivaldo de Lima Alves, 1º secretário; Denise M. Botelho, 2ª secretária; Joselina da Silva, 1ª tesoureira; Maria Jose de Jesus Alves Cordeiro, 2ª tesoureira. Coordenadores regionais: Dagoberto José Fonseca; Florentina da Silva Souza; Paulino de Jesus Francisco Cardoso; Gevanilda Gomes dos Santos; Marilene Leal Pará; Wilson Roberto de Mattos; Ana Lucia Pereira.

Em 1 de julho de 2008, durante a realização do V Copene, no auditório da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, elegeu-se a diretoria da ABPN para o biênio 2008-2010, sendo aprovada também sua mudança de sede para a UnB, Campus Universitário Darci Ribeiro, Faculdade de Educação, Prédio FE-01, sala AT36, Asa Norte, Brasília (DF)⁵. O V Congresso apresentou o tema Pensamento Negro e Antirracismo: Diferenciações e Percursos, visando à reflexão acerca da produção de intelectuais negros(as) em grande parte "invisíveis" na ciência brasileira e nas sociedades científicas, ainda que

5 Disponível em: <www.abpn.org.br>. Acesso em: dez. 2011.

tenham indivíduos com produção reconhecida internacionalmente. O tema foi definido por permitir um “horizonte transnacional e comportar variações e divergências dentro de uma unidade de construção de uma representação negra plural no Brasil e no mundo, por sua vez, exigia uma multiplicidade de interpretações e intervenções visando sua eliminação” (Projeto VII Copene).

Foram eleitos os seguintes pesquisadores para comporem a quarta diretoria: Eliane dos Santos Cavalleiro, presidente; Carlos Benedito Rodrigues da Silva, 1º vice-presidente; Maria Nilza da Silva, 2º vice-presidente; Alecsandro José Prudêncio Ratts, 1º secretário; Rosane da Silva Borges, 1ª secretária; Denise Maria Botelho, 1ª tesoureira; Amauri Mendes Pereira, 2ª secretário. Coordenações regionais: *Norte*: Maria Aparecida de Oliveira Lopes; *Nordeste*: Carlos Augusto Sant’Anna; *Centro-Oeste*: Maria de Lourdes Silva; *Sudeste*: Iris Maria da Costa Amâncio; *Sul*: Maria Aparecida Gomes. E o Conselho fiscal: Valter Roberto Silvério; Nilma Lino Gomes; João Batista Félix.

O VI Copene, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de 26 a 29 de julho de 2010, com o tema Afrodíaspóra, Saberes Pós-coloniais, Poderes e Movimentos Sociais, apresentou e discutiu os processos de produção e difusão de conhecimentos intrinsecamente ligados às lutas históricas empreendidas pelas populações negras nas Diásporas africanas, emanadas das religiosidades, dos quilombos, movimentos negros organizados, da imprensa, literatura e artes em geral, das escolas e universidades, das organizações não governamentais, das empresas e diversas esferas estatais, que resistem, reivindicam e propõem alternativas políticas e sociais que atendam às necessidades das populações negras, visando à constituição material dos direitos.

Contou com aproximadamente 1.500 participantes, quando se elegeu a quinta diretoria da ABPN, para o biênio 2010-2012: Zélia Amador de Deus, presidente; Paulino de Jesus Francisco Cardoso, 1º vice-presidente; Florentina Sousa, 2º vice-presidente; Roberto Borges, 1º secretário; Joaze Bernardino, 2º secretário; Tânia Mara Pedroso Müller, 1ª tesoureira; Manoel Juará, 2º tesoureiro. Coordenadores regionais: *Norte*: Wilma Baia; *Nordeste*: Nilo Rosa; *Sul*: Paulo Vinicius Batista da Silva; *Sudeste*: Amailton Magno Azevedo; *Centro-Oeste*: Deborah Silva Santos. Conselho Fiscal: Nilma Lino Gomes; Valter Roberto Silvério; João Batista Félix.

O VII Copene ocorrerá de 16 a 20 julho 2012, no Campus I da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, quando será eleita a nova diretoria. Tema: Os Desafios da Luta Antirracista no Século XXI. O objetivo geral do Congresso é reunir pesquisadores(as) negros(as) para discutir, apresentar, ampliar e avaliar as ações e estratégias de combate ao racismo, as políticas públicas direcionadas à população negra brasileira e as produções científico-acadêmicas elaboradas nas últimas décadas (Projeto VII Copene). Desse modo, o debate e a divulgação dos trabalhos realizados têm o propósito de enriquecer e ampliar possibilidades de reflexão e produção de saberes. Nesse sentido, o Congresso dará continuidade aos diálogos inaugurados nas edições anteriores por meio do fomento às interações entre pesquisadores(as) e instituições de pesquisas nacionais e internacionais, de modo a ampliar os debates e proposições na luta antirracista.

Outro ponto que merece destaque é a logomarca da ABPN. Incomodado pela ausência de uma identidade visual que marcasse a Associação, após os três primeiros congressos, o artista plástico, ativista e pesquisador Nelson Fernando Inocêncio da Silva, inspirando-se na tradicional escultura angolana *O pensador Tchokwé*⁶, criou a figura *A pesquisadora* – em homenagem às mulheres pesquisadoras negras –, que substituiu a letra A da sigla da ABPN⁷ após aclamação no IV Copene, realizado em 2006. Essa figura, que ganhou efeitos tridimensionais pelo *webmaster* Eduardo Martins⁸, junta com as demais letras marca atualmente todas as produções da Associação, tais como os volumes desta coleção.

O primeiro volume, *Questões urbanas e racismo*, organizado por Renato Emerson dos Santos⁹, presenteia o público leitor, em especial a comunidade acadêmica, com uma cuidadosa escolha de textos sobre a geográfida-

6 Estatuetas da cultura Tchokwé, que representa a unidade nacional do povo e da cultura angolana.

7 Depoimento dado à autora.

8 Depoimento dado à autora.

9 Doutor em Geografia pela Universidade Federal Fluminense, professor-adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e coordenador e pesquisador do Programa Políticas da Cor do Laboratório de Políticas Públicas (LPP) da UERJ.

de das relações raciais. Sistematizado ao longo de cinco eixos temáticos: “Segregação socioespacial”; “Mulher negra e ativismo”; “Territorialidades culturais negras”; “Religiões afro-brasileiras e intolerância”; e “Luta antirracismo do Movimento Negro”, onze artigos apresentam alguns recortes sobre as questões urbanas e racismo. No vasto universo de temas daí decorrentes, o organizador realiza um difícil trabalho de selecionar alguns eixos mais representativos, de modo a oferecer consistência e rigor teóricos, bem como mais de um artigo para cada eixo temático, permitindo e incentivando assim ampliar a discussão.

O segundo volume, *Mídia e racismo*, organizado por Roberto Borges¹⁰ e Rosane Borges¹¹, brinda os leitores com o prefácio de Sandra Almada¹² para, em seguida, nos oferecer sete artigos que articulam a formação e a manutenção da identidade do negro e as construções midiáticas em diferentes contextos. A apresentação da população negra em noticiários, telenovelas, peças publicitárias e jornalísticas é submetida à acurácia das pesquisas acadêmicas, que deslinda não só as mídias como o novo saber da atualidade, mas, ainda, o quanto são responsáveis pelo silenciamento do racismo e pela perpetuação dos estereótipos, esquivando-se sempre da função de esclarecimento histórico, social e político. As apresentações do negro como criminoso e carente nas periferias ou modelos isolados de superação nos noticiários, famílias pobres ou empregadas domésticas nas telenovelas.

Finalmente, esperando que não seja o último e que logo tenhamos continuidade da coleção, somos agraciados com o volume *Saúde da população negra*, organizado por Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes. Distribuído em duas partes, na primeira, as políticas de saúde são contempla-

10 Doutor em Estudos da Linguagem, professor de Língua Portuguesa e Literatura Brasileira, coordenador do Programa de Pós-graduação stricto sensu em Relações Étnico-raciais do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet-RJ) e membro da diretoria da ABPN.

11 Jornalista, doutora em Comunicação e Linguagem pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP) e professora do Departamento de Comunicação da Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

12 Jornalista, professora universitária, escritora e pesquisadora, mestre em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ).

das e dissecadas em nove ricos artigos, que permeiam desde o direito à saúde, perpassando os Sistemas de Informações e regulação médica até as contundentes críticas às práticas de Atenção Básica/Primária e de Saúde Integral à população negra. A segunda parte mantém o gume da análise acadêmica ao longo de seus sete artigos sobre os determinantes sociais da população negra.

Como poderemos observar, os organizadores e autores que nos brindam com os textos desta coleção são pesquisadores que, de longa data, estudam as temáticas apresentadas e defendidas durante o percurso histórico da ABPN.

Os estudos convidam-nos a repensar a sociedade em que vivemos e aquela que queremos, incluindo a população negra como prioritária na implementação de políticas públicas, uma vez que fora historicamente excluída.

Agradecemos, como associados e membros da diretoria da ABPN, a todos que sonharam com a formação desta Associação e que fizeram sua história. E aos nossos parceiros, permanentes e eventuais, que, por acreditarem nesta Instituição, apoiaram e continuam a nos apoiar, permitindo nosso fortalecimento, em particular esta produção, que dá visibilidade às aguçadas percepções e reflexões relatadas em seus fecundos artigos, séria, científica e primorosamente explicitados por todos os autores e organizadores desta coleção: **Negras e Negros: pesquisas e debates.**

SOBRE AUTORAS, AUTORES E ORGANIZAÇÃO

Adauto Martins Soares Filho é enfermeiro, mestre em Saúde Pública e funcionário do Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. E-mail: <adauto.filho@saude.gov.br>.

Adriana Soares Sampaio é mestre em Psicologia Clínica e especialista em História da África e do Negro no Brasil. Atua como psicóloga do Programa de Saúde nas escolas do Município do Rio de Janeiro e é membro-fundadora do Grupo de Psicossomática Psicanalítica Oriaperê. E-mail: <asoressampaio@gmail.com>.

Alexandre Brasil Carvalho da Fonseca é cientista social, doutor em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP), com pós-doutorado pela Universidade de Barcelona, Espanha. É professor-adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e diretor do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (Nutes) da UFRJ. Na área de Sociologia, trabalha principalmente com os temas: sociologia da religião, sociologia da saúde, mídia, pobreza, alimentação e cultura e educação em saúde. E-mail: <abrasil@ufrj.br>.

Angela Baraf Podkameni é psicóloga, psicanalista, Ph.D em Psicologia, Adelphi Univ. U.S.A. Ex-professora de pós-graduação do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, é integrante do Grupo Psicossomática Psicanalítica Oriaperê. E-mail: <podkameni@uol.com.br>.

Clarice Mota é antropóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e doutora em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da UFBA. É professora-adjunta do ISC/UFBA e pesquisadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde (Fasa/ISC/UFBA). E-mail: <motaclarice@yahoo.com.br>

Climene Laura de Camargo é enfermeira, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), com pós-doutorado pela Université René Descartes - Paris 5, Sorbonne, França. É professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde é

coordenadora do Grupo Crescer, voltado aos estudos das condições de saúde de crianças e adolescentes do ponto de vista étnico-racial, atuando também nos programas de graduação e pós-graduação em Enfermagem Pediátrica. Explora os temas: saúde da criança e adolescente, educação em saúde, violência e saúde da população negra. E-mail: <climenecamargo@hotmail.com>.

Deivison Mendes Faustino é cientista social, mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC e doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos. Professor de História da África na Faculdade São Bernardo, foi consultor do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) para o Programa Interagencial de Promoção de Gênero, Raça e Etnia; : História da África e da Cultura Negra no Brasil; Saúde Coletiva e Políticas de Saúde da População Negra. É integrante do grupo Kilombagem e da Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra. E-mail: <sdeivison@kilombagem.org>.

Denize de Almeida Ribeiro é nutricionista/sanitarista, mestre em Saúde Coletiva e doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Foi coordenadora do Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e, atualmente, é professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, além de ativista do Movimento de Mulheres Negras da Bahia. E-mail: <ialode28@hotmail.com>.

Dulce Maria Senna é médica, doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); atua no Centro de Saúde Escola “Prof Samuel B. Pessoa” da FMUSP. E-mail: <dumase@usp.br>.

Eliana Costa Xavier é Psicóloga, licenciada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Ativista pela Vida e pela Saúde dos Povos, colaboradora da Comissões temáticas de Saúde da População Negra de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul. Militante do Movimento de Mulheres Negras e das Comunidades Remanescentes de Quilombos. E-mail: <eliana_xavier@yahoo.com.br>.

Eliana Gesteira da Silva é graduada em pintura e mestre em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde analisou as ideias eugênicas na educação médica do ponto de vista biológico e estético. Integrante do Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, é também coordenadora do Centro Cultural na mesma instituição. E-mail: <egesteira@hucff.ufrj.br>.

Emanuelle Freitas Goes é enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e mestre em Enfermagem pela UFBA. Faz parte dos grupos de pesquisa GEM (Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher) e Epidemiologia e Saúde Coletiva da UFBA; tem experiência nas áreas: Saúde da População Negra e Racismo, Saúde da Mulher e Gênero, Indicadores Sociais. E-mail: <emanuelle-goes@yahoo.com.br>.

Enilda Rosendo do Nascimento é enfermeira, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com pós-doutorado pela Universidad de Valladolid, Espanha. Professora-associada da UFBA, é docente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (mestrado e doutorado) e no Programa de Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, além de pesquisadora do GEM (Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher) da UFBA. E-mail: <enildarosendo@gmail.com>.

Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha é socióloga, demógrafa, doutora em Saúde Pública e pós-doutoranda no Population Reserch Center, The University of Texas at Austin. Atualmente coordena o Núcleo de Estudos Populacionais da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp). E-mail: <maira@nepo.unicamp.br>.

Karla Loyse Oliveira de Melo é estudante de enfermagem no Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, Campus Vitória da Conquista (IMS-CAT/UFBA), e bolsista voluntária de iniciação científica. E-mail: <k_loyse@yahoo.com.br>.

Kia Lilly Caldwell é antropóloga, Ph.D. University of Texas-Austin. Professora-associada do Department of African and Afro-American Studies at the University of North Carolina at Chapel Hill, publicou, em 2007 o livro “Negras in Brazil: Re-envisioning black women, citizenship, and the politics of identity”. Em 2008 e 2010, participou do V e VI Congresso Brasileiro de Pesquisadores (as) Negros (as), realizados no Goiânia e no Rio de Janeiro. E-mail: <klcaldwe@email.unc.edu>.

Leny Trad é psicóloga, doutora em Ciências Sociais e Saúde pela Universidad de Barcelona, Espanha, com pós-doutorado em Antropologia da Saúde pela Université Lumière - Lyon 2, França. É professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), onde coordena o Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde (Fasa). E-mail: <lennytrad@yahoo.com.br>.

Lisa Bowleg é psicóloga, Ph.D George Washington University. Professora-associada do Department of Community Health and Prevention at the School of Public Health at Drexel University in Philadelphia, Estados Unidos, suas pesquisas focam em prevenção de HIV/AIDS em comunidades negras nos EUA. Em 2010, participou do VI Congresso Brasileiro de Pesquisadores(as) Negros(as), realizado no Rio de Janeiro. E-mail: <iab26@drexel.edu>.

Lucimeire Carvalho de Araujo é enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora-adjunta da Universidade do Estado da Bahia (Uneb), faz parte do Grupo Crescer, da UFBA, voltado aos estudos das condições de saúde de crianças e adolescentes do ponto de vista étnico-racial. E-mail: <meirebom@yahoo.com.br>.

Marcelo Castellanos é sociólogo e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor-adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e pesquisador do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde (Fasa/ISC/UFBA). E-mail: <mcastellanos@ufba.br>.

Marco Antonio Chagas Guimarães é psicólogo, doutor em Psicologia Clínica, psicanalista, pesquisador em Cultura e Saúde da População Negra,

integrante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (núcleo Rio de Janeiro) e integrante do Grupo Psicossomática Psicanalítica Oriaperê. E-mail: <guimar.m@uol.com.br>.

Maria do Carmo Salles Monteiro é enfermeira, especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e em Formação Pedagógica para Educação Profissional de Nível Técnico na Área da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. Docente da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (Etsus-SP), da Escola Municipal de Saúde – Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo, é membro titular da Comissão Municipal de Saúde da População Negra de São Paulo e do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População Negra. E-mail: <carmoenf@superig.com.br>.

Olívia Ferraz Pereira Marinho é estudante de enfermagem no Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, Campus Vitória da Conquista (IMS-CAT/UFBA), e bolsista Pibic-CNPq. E-mail: oliviafpm@gmail.com.

Raquel Souzas é cientista social, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), professora-adjunta do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, Campus Vitória da Conquista (IMS-CAT/UFBA) e pesquisadora 2F CNPq. E-mails: <rsouzas@ufba.br>; <raquelsouzas@hotmail.com>.

Roberto dos Santos Lacerda é biomédico, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Professor Assistente da Universidade Federal de Sergipe (UFS) participou de pesquisas sobre disparidades em saúde (trauma histórico, racismo e saúde) na Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos. E-mail: <robertos13@hotmail.com>.

Sandra Assis Brasil é psicóloga, mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva na UFBA; participa do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde (Fasa/ISC/UFBA). E-mail: <sanbrasil@gmail.com>.

Thais Fonseca Lima é terapeuta ocupacional, especialista em Saúde Coletiva no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e especialista em Farmacodependência pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). E-mail: <thatalima2000@yahoo.com.br>.

Yolanda Condorimay Tacti é enfermeira, doutora em Enfermagem em Saúde Pública, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutoranda na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), desenvolvendo estudos focados na saúde de crianças e adolescentes negros. Professora da Universidade Federal de Santa Maria. Tem experiência docente e assistencial na área de Enfermagem Pediátrica, cuidado de enfermagem em emergência e avaliação de serviços de saúde, bem como da violência em crianças e adolescentes. E-mail: <yolitact@yahoo.com.br>.

Virgínia Nogueira Farias é pedagoga, mestre em Educação e doutoranda em Sociologia pelo Institut d'Etudes Politiques de Grenoble (IEP/Grenoble 2), França. Pesquisadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde (Fasa/ISC/UFBA). E-mail: <virginia.n@ig.com.br>.

ORGANIZADORAS E ORGANIZADOR

Fernanda Lopes possui bacharelado e licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (1995), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2003). Foi coordenadora do Núcleo de Consciência Negra na USP de 1993 a 1999. Coordenadora das ações de saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional de 2004 a 2007. Primeira representante do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde de 2006 a 2007. De 1996 a 2008 integrou o Núcleo de Estudos para a Prevenção de Aids da Universidade de São Paulo, atuando principalmente nos seguintes temas: vulnerabilidade, HIV/Aids, combate ao racismo, raça/etnia e saúde, direitos humanos, mulheres, iniquidades em saúde, políticas públicas de saúde. Foi conselheira nacional de saúde. É membro do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde e atualmente é Oficial de Programa em Saúde Reprodutiva e Direitos do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA Brasil.

Jurema Werneck possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (1986), mestrado em Engenharia de Produção pela Coordenação dos Programas de Pós-graduação de Engenharia/COPPE/UFRJ (2000) e doutorado em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007). É coordenadora de Criola, organização não governamental fundada em 1992. Desenvolve ações, projetos e pesquisas nas áreas de saúde da população negra, mulheres negras, racismo. Com atuação nos temas biopolítica, bioética, saúde coletiva; população negra, raça, racismo, gênero, cultura afrobrasileira, música negra e samba. Representa o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde. Foi coordenadora geral da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011).

Luís Eduardo Batista possui mestrado e doutorado em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002). Pesquisador Científico, coordenador do núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde; integrante da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO e membro da Comissão Permanente de Regime de Tempo Integral (CPRTI). Foi coordenador da área técnica saúde da população negra da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo durante oito anos. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: desigualdades raciais e saúde, gênero, saúde reprodutiva e sexualidade.