

BIS

Boletim do Instituto de Saúde

nº 31 - Dezembro 2003

ISSN 1809-7529

RAÇA, ETNIA E SAÚDE





BIS 31
RAÇA/ETNIA E SAÚDE

O mundo é feito de diferenças. As diferenças deste mundo são tantas que nos escapam o tamanho de suas grandezas; o melhor disto é saber que tem quem faça a diferença.

Herbert Wils

Sumário

Editorial	3
Os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumentos de mensuração de desigualdades étnicas: o caso do Brasil	4
Raça, saúde e vulnerabilidades	7
Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil	12
Amamentação e cor da pele.	15
Desigualdades raciais em saúde	16
A morte tem cor	18
Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades raciais na saúde	21
Escravidão, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros?	23
Nós mulheres negras: a importância das ações educativas na redução da histerectomia por miomatose	27
Sobre mulheres negras: intersecções de gênero e raça	29
Perguntar a cor e raça é racismo?	31
Contruindo atividades educativas	32
Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no governo Lula: o caso dos DSEI Litoral Sul e DSEI Interior Sul	33
O uso de bebidas alcoólicas entre os Krahô: paradoxo da potência xamânica	35
Navegue!	35
Relato de experiência em área indígena Yanomami: Ericó-DST	36
Informe-se	37
Sugestões de leitura	38

BIS - Boletim do Instituto de Saúde
nº 31 - Dezembro 2003 ISSN 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.

Tiragem: 5000 exemplares

R. Santo Antônio, 590 Bela Vista

Cep: 01314-000 São Paulo-SP

Tel: (11) 3293-2222/Fax: (11) 3105-2772

E-mail: editora@isaude.sp.gov.br

homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde - SP

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenador dos Institutos de Pesquisa

Luiz Jacintho da Silva

Diretora do Instituto de Saúde

Maria Lúcia Rosa Stefanini

Expediente:

Editores: Luis Eduardo Batista e Suzana Kalckmann

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Capa: Fernanda Kalckmann Danelli

Imagens: Otávio Augusto Kalckmann e Ethnologisches Museum (Berlin)

Revisão: Eunice Martins

Revisão Bibliográfica: Ana Maria da Silva

Apoio Logístico: Núcleo de Informática-IS

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação-IS

Colaboradores: Paulo Roberto do Nascimento, Sandra Maria Greger Tavares, Maria de Lima Salum e Morais, Anna Volochko e Vanessa Martins

Impressão: Imprensa Oficial do Estado



Editorial

Luís Eduardo Batista* e Suzana Kalckmann**

O Compromisso do Governo é incluir socialmente a população, especialmente os mais carentes.

Humberto Costa - Ministro da Saúde.
(Abertura da 12ª. Conferência Nacional de Saúde).

Para a discussão sobre as desigualdades sociais, condições de vida e saúde no contexto do Sistema Único de Saúde, pesquisadores e ativistas utilizam o conceito de equidade. O conceito propõe tratamento desigual para os desiguais¹. Pretos, indígenas e brancos são diferentes, ocupam espaços diferentes, em nossa sociedade, e “merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar /reduzir as desigualdades existentes”.

Se o conceito de equidade vertical indica: tratamentos diferenciados para os desiguais, se estamos numa sociedade desigual, o tratamento igualitário hoje oferecido a pretos, indígenas e brancos não estaria, na verdade, promovendo a desigualdade? Como estas questões estão dimensionadas nas formulações das políticas de saúde? Quais são os desafios colocados pela diversidade nas nossas instituições?

As desigualdades raciais/étnicas em saúde são o tema desta edição do BIS.

As diretrizes do SUS apontam o direito de acesso aos serviços de forma universal e integral, para oferecer um atendimento de qualidade a todos, sempre no sentido da equidade em saúde. Os gestores referem-se à importância da redução das desigualdades para a promoção da justiça social. E os autores deste número do BIS explicitam o impacto das inadequações das ações em saúde para as populações negra e indígena. Ao mesmo tempo, apontam para a necessidade de adoção de políticas

diferenciadas e específicas para estas populações. O desafio para governadores, gestores, formadores, profissionais de saúde, enfim, para todos nós, está lançado.

Fátima de Oliveira ao abrir o Jornal da Rede n.23 afirma que “A preocupação com a saúde da população negra revela coragem e ousadia, exigindo também boa dose de paciência. Isto ocorre porque, além do enfrentamento cotidiano das resistências políticas e ideológicas, ainda há muito a fazer para consolidar o campo de assistência e pesquisa denominado Saúde da População Negra, inclusive conscientizar governos, profissionais e escolas de saúde”.

Saudações a quem tem coragem.

Saudações a quem faz a diferença!

* Sociólogo, Mestre e Doutor em Sociologia, pesquisador do Instituto de Saúde. Conselheiro do Conselho Estadual da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo e pesquisador do Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão.
E-mail: ledu@isaude.sp.gov.br

** Bióloga com especialização em Saúde Pública pela FSP-USP, Mestre em Epidemiologia pela UNIFESP, pesquisadora do Instituto de Saúde e integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
Email: suzanak@isaude.sp.gov.br

¹ Viana, Sólton Magalhães et al. *Medindo as desigualdade em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS, IPEA, 2001.

Os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil

Marcelo Paixão*

Pesquisa mostra grau de desigualdade entre negros e brancos no Brasil¹

Estudo sobre os Indicadores de Desenvolvimento Humano, realizada pelo professor Marcelo Paixão, do Instituto de Economia da UFRJ, e da Coordenação do Observatório Afrobrasileiro, mostrou o alto grau de desigualdade entre negros e brancos no país. Os Indicadores de Desenvolvimento Humano, IDH, foram desenvolvidos pelo Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), e classificam os 174 países do mundo dentro de um ranking. Este ranking, um indicador sintético, agrega três variáveis básicas: renda *per capita*, longevidade e alfabetização combinada com a taxa de escolaridade. Por este índice o Brasil ficaria colocado em 74º no ranking do PNUD e seria enquadrado como um país de médio índice de desenvolvimento humano. O trabalho desenvolvido consistiu em aplicar a mesma metodologia do PNUD para medir as disparidades entre os grupos étnicos branco e afro-descendente - considerando-se como afro-descendentes os negros e pardos no Brasil. As bases de dados utilizadas foram as da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1998.

De acordo com o estudo feito os seguintes itens podem ser destacados:

1. Segundo o ranking divulgado pelo PNUD no mês passado (referente aos números de 1999), o Brasil ocupa o 74º lugar. Se aplicássemos o mesmo indicador para a população branca, nosso país ocuparia a 49ª posição. Já quando aplicado à população afro-descendente, o Brasil estaria na escandalosa 108ª posição. O IDH, se calculado para os brancos (0,791) colocaria o Brasil quase como um país de desenvolvimento humano elevado (último país no ranking tem 0,801 de índice). Já se calculado para os afro-descendentes, o Brasil teria um IDH abaixo de países africanos como a Argélia e muito abaixo de países americanos de maioria negra como Trinidad Tobago. Comparado à África do Sul, o Brasil estaria sete pontos abaixo desse país recém saído de um regime segregacionista.
2. Há quarenta anos, a esperança de vida dos brancos era de 47,5 anos, ao passo que a esperança da população afro-descendente não ultrapassava os 40 anos. Hoje, os brancos vivem cerca de 70 anos e a expectativa de vida dos afro-descendentes não passa de 64 anos. Nesse passo de cágado, a desigualdade entre brancos e negros demoraria 160 anos para ser superada. Meio século a mais que o tempo que nos separa da Abolição. Desigualdade que se transforma

em roubo aberto quando lembramos que os negros pagam igualmente o INSS que leva em conta as expectativas de vida.

3. O grau de desigualdade educacional entre afro-descendentes e brancos é tal que no ano de 1997 os índices educacionais referentes aos brancos eram um pouco inferiores aos do Chile e os do afro-descendentes ficavam próximos aos da Swazilândia;
4. O rendimento médio familiar *per capita* para o ano de 1997 foi de 0,74 para a população branca e 0,60 para a população afro-descendente. Enquanto os brancos tem um rendimento médio familiar de 3,12 salários mínimos, os afro-descendentes têm de sobreviver com 1,32 salário mínimo de rendimento médio familiar.
5. Na classificação dos IDHs por etnias nos estados, os brancos de Brasília lideram a lista e os últimos colocados foram os afro-descendentes de Alagoas.
6. Em nenhum Estado brasileiro o IDH afro-descendente foi maior que o da população branca. Isto significa que as desigualdades raciais permanecem em todos os Estados brasileiros independentemente de seu estágio de desenvolvimento.
7. A desagregação do Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado às Disparidade entre os Gêneros (IDG) para o Brasil denota igualmente disparidade entre os gêneros IDGs dos brancos em relação ao IDGs dos negros.

Porque estudar os IDHs?

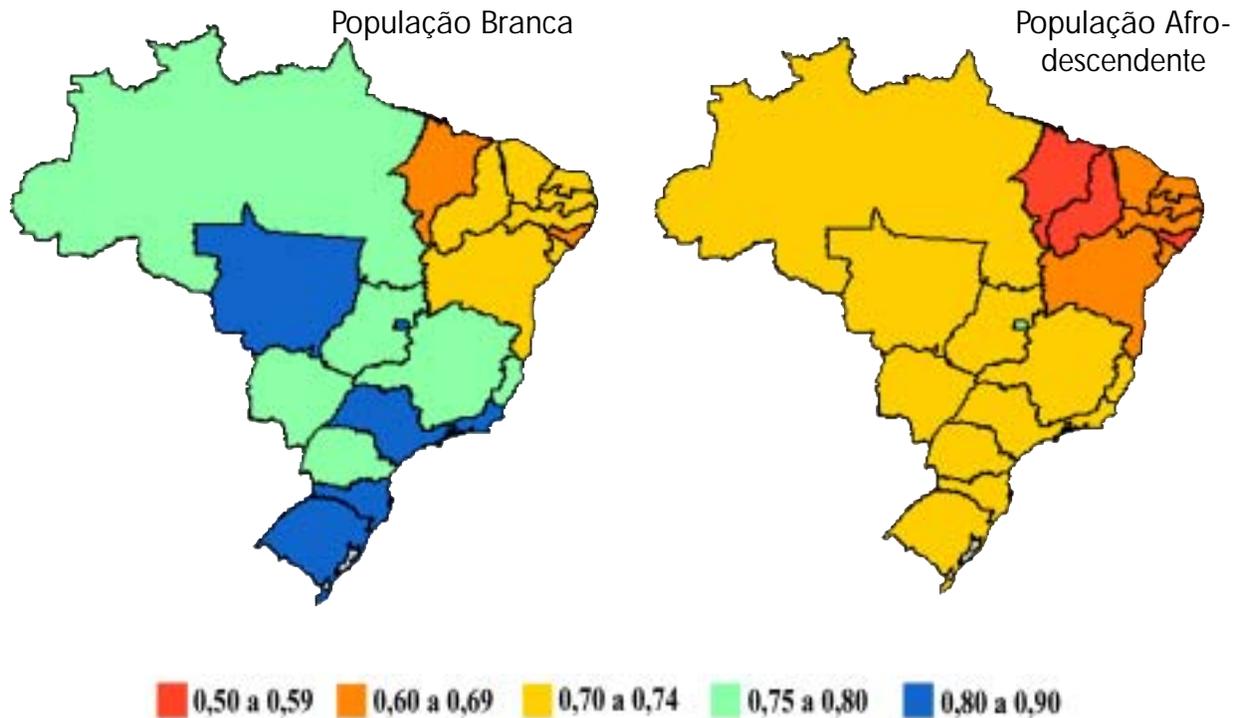
O IDH tem uma importância muito grande em termos de construção de políticas públicas dentro dos países. Isto porque:

- i) É um instrumento de reconhecimento internacional e produzido por uma instituição bastante respeitada que é o PNUD;
- ii) A existência de disparidades étnicas no Brasil comprovada (desta vez) pelo IDH denota a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas para a promoção da cidadania da população afro-descendente no Brasil, envolvendo o combate a discriminação étnica no mercado de trabalho, escolas e acesso ao poder judiciário.

* Professor do Instituto de Economia da UFRJ. Membro da Coordenação do Observatório Afrobrasileiro. Email: paulapaixao@uol.com.br

¹ As tabulações do presente estudo foram feitas utilizando as bases de dados da Pesquisa Nacional Por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1997 do IBGE. Os cruzamentos estatísticos foram realizados por Luis Marcelo Foca Carvano. As tabulações sobre as esperanças de vida das populações brasileiras afrodescendente e branca contaram com a consultoria de Juarez Castro Oliveira IBGE.

Distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano na população brasileira, por estado, 1998.



UF	COR	IDH	CLASSIFICAÇÃO	UF	COR	IDH	CLASSIFICAÇÃO
DISTRITO FEDERAL	BRANCA	0,872	Alto	BAHIA	BRANCA	0,721	Medio-Alto
RIO DE JANEIRO	BRANCA	0,834	Alto	GOIÁS	AFRO-DESCENTES	0,720	Medio-Alto
SÃO PAULO	BRANCA	0,825	Alto	ESPIRITO SANTO	AFRO-DESCENTES	0,719	Medio-Alto
MATO GROSSO	BRANCA	0,813	Alto	RIO GRANDE NORTE	BRANCA	0,718	Medio-Alto
RIO GRANDE SUL	BRANCA	0,810	Alto	PIAUI	BRANCA	0,715	Medio-Alto
SANTA CATARINA	BRANCA	0,806	Alto	PERNAMBUCO	BRANCA	0,715	Medio-Alto
PARANÁ	BRANCA	0,799	Quase-Alto	PARANÁ	AFRO-DESCENTES	0,714	Medio-Baixo
MINAS GERAIS	BRANCA	0,798	Quase-Alto	CEARÁ	BRANCA	0,710	Medio-Alto
MATO GROSSO SUL	BRANCA	0,795	Quase-Alto	PARAÍBA	BRANCA	0,710	Medio-Alto
GOIÁS	BRANCA	0,794	Quase-Alto	MINAS GERAIS	AFRO-DESCENTES	0,702	Medio-Alto
ESPIRITO SANTO	BRANCA	0,791	Quase-Alto	MARANHÃO	BRANCA	0,699	Medio-Baixo
DISTRITO FEDERAL	AFRO-DESCENTES	0,785	Quase-Alto	ALAGOAS	BRANCA	0,690	Medio-Baixo
NORTE	BRANCA	0,783	Quase-Alto	SERGIPE	AFRO-DESCENTES	0,642	Medio-Baixo
SERGIPE	BRANCA	0,746	Medio-Alto	BAHIA	AFRO-DESCENTES	0,631	Medio-Baixo
SÃO PAULO	AFRO-DESCENTES	0,745	Medio-Alto	PERNAMBUCO	AFRO-DESCENTES	0,622	Medio-Baixo
RIO DE JANEIRO	AFRO-DESCENTES	0,739	Medio-Alto	PARAÍBA	AFRO-DESCENTES	0,620	Medio-Baixo
MATO GROSSO	AFRO-DESCENTES	0,736	Medio-Alto	RIO GRANDE NORTE	AFRO-DESCENTES	0,618	Medio-Baixo
NORTE	AFRO-DESCENTES	0,730	Medio-Alto	CEARÁ	AFRO-DESCENTES	0,614	Medio-Baixo
RIO GRANDE SUL	AFRO-DESCENTES	0,729	Medio-Alto	MARANHÃO	AFRO-DESCENTES	0,596	Quase-Baixo
SANTA CATARINA	AFRO-DESCENTES	0,724	Medio-Alto	PIAUI	AFRO-DESCENTES	0,594	Quase-Baixo
MATO GROSSO SUL	AFRO-DESCENTES	0,722	Medio-Alto	ALAGOAS	AFRO-DESCENTES	0,587	Quase-Baixo

Obs: Na região Norte os dados não foram desagregados por estados.

Fonte: Paixão, M. 1999. *Brasil: retrato em branco e preto. Democracia Viva*, n. 13, 2002, p. 84-87.

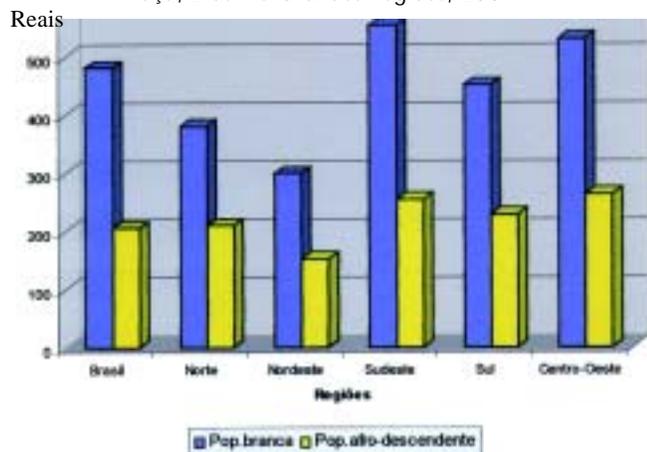
Home page: www.observatorioafrobrasileiro.org

Alguns indicadores sociais do Brasil, segundo raça/cor, 2003.

ÍTEMS	BRANCOS	NEGROS
Composição na população total	54%	45,3%
Proporção de pobres	22%	45%
Proporção de indigentes	7,8%	19,5%
Rendimento médio do trabalho	R\$ 697	R\$ 341
Taxa de desemprego	8,2%	10,3%
Analfabetismo de maiores de 15 anos	7,5%	17,2%
Escolaridade média	7 anos	4,9 anos
Crianças em atraso escolar	9,6%	22,3%
Lares com serviço de esgoto adequado	76,5%	55,5%
Lares com água encanada	87,7%	62,7%
Esperança de vida (válido para ano 2000)	71,1	69,1
Índice de Desenvolvimento Humano IDH (válido para 2001)	0,820	0,712
Posição do IDH entre os 175 países	46ª posição	107ª posição
Equivalente ao IDH do:	Kuwait	El Salvador e China

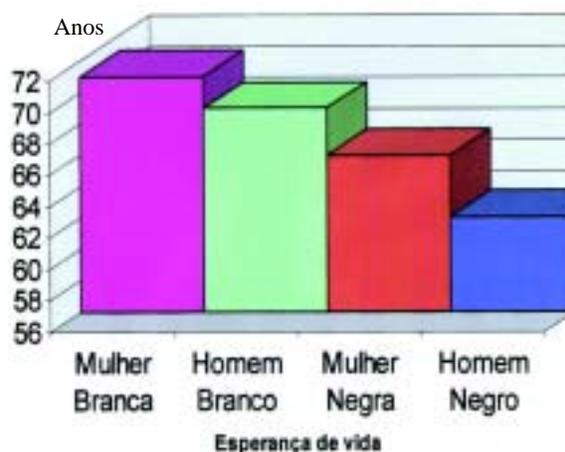
Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – Brasil, 2002. www.observatorioafrobrasileiro.org

Gráfico 1. Média da renda domiciliar *per capita* por cor/raça, Brasil e Grandes Regiões, 2001.



Fonte: IBGE/PNAD/Microdados- Suplemento Saúde/1998. In. *Dossiê: Assimetrias raciais no Brasil - alerta para elaboração de políticas*. 2003. Para maior detalhamento destes dados acesse: www.redesaude.org.br

Gráfico 2. Esperança de vida ao nascer, Estado de São Paulo, 1999.



Fonte: www.observatorioafrobrasileiro.org

Falando de saúde, doença e vulnerabilidades

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

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

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

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

Diante das formas conhecidas de exposição aos fatores físicos, químicos, biológicos e ambientais que, por ventura, possam desencadear agravos, a princípio, qualquer pessoa poderia qualificar sua situação, no entanto, para as coletividades, as situações sociais e programáticas, muitas vezes, extrapolam o limite da percepção e da possibilidade de transformação de cada pessoa isoladamente (AYRES et al., 1999).

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

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

- em termos absolutos, a expressão designaria os desprotegidos;
- em termos relativos, estaria referindo-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média;

- em termos epidemiológicos, o conceito estaria relacionado àqueles que apresentam maiores graus de exposição;
- em termos médicos, seria atribuído às pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica que lhes é oferecida;
- em termos operacionais, a expressão estaria relacionada àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência;
- em termos de direitos humanos, faria referência àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios de equidade e dignidade humana;
- em termos sociais, estaria relacionada àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços sociais disponíveis;
- em termos econômicos, faria referência aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido a limitações financeiras;
- e, em termos políticos, diria respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total.

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

A força do ambiente sociopolítico, econômico e cultural determina o sucesso dos programas e, em última instância, seu impacto sobre as pessoas. A dimensão social da vulnerabilidade pode então ser caracterizada 1. pelo acesso que pessoas e coletivos têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais; 2. pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão; 3. pelos indicadores de saúde, educação e renda; 4. pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria; 5. pela participação dos grupos nas estruturas de governo; 6. pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raças, etnias, gênero e geração.

* Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pesquisadora do Núcleo de Estudos para Prevenção de Aids (NEPAIDS/USP) e atualmente coordenadora do Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma parceria entre o Departamento de Desenvolvimento Internacional do Governo Britânico (DFID), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para as Populações (PNUD). Email: flopes@uol.com.br

Tecido social nacional

Para a elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e de saúde é essencial compreender as fragmentações derivadas do novo fenômeno político-econômico nos níveis pessoal, coletivo, regional ou mundial.

A imagem construída sobre a existência de uma filosofia das técnicas e ações correlatas, chefiada pelas técnicas de informação, nos é apresentada como o meio para a obtenção do conhecimento sobre as pessoas e sobre o mundo. No entanto, a forma como as informações são apresentadas, impossibilita uma avaliação precisa sobre aquilo que é realmente bom. Ao mesmo tempo em que as técnicas são incorporadas, quase que naturalmente nas atividades cotidianas, continuam mantidas como um mistério, dada a rapidez, com que elas evoluem, e a inteligibilidade as restrita a poucos (SANTOS, 2000).

Cidadania é o repertório de direitos efetivamente disponíveis, os coletivos, cujos meios para seu desenvolvimento devem ser garantidos pelo Estado nacional. Todavia não têm condições de exercer atividades globalizadas, ou seja, para negras e negros brasileiros, que detêm uma cidadania abstrata, a transposição dos muros é quase impossível.

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

Conectando os Direitos Humanos às práticas em saúde

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

Para PIOVESAN et al. (1998) a democracia se confunde com a igualdade na mesma medida em que a implementação do direito à igualdade impõe tanto o

desafio de eliminar toda e qualquer forma de discriminação, quanto o desafio de promover a igualdade. Segundo a autora "o direito à igualdade pressupõe o direito à diferença, inspirado na crença de que somos iguais, mas diferentes, e diferentes, mas sobretudo iguais".

Ainda que a saúde seja apresentada como um direito fundamental pela Constituição brasileira, a compilação e análise dos dados disponíveis permitem evidenciar as desigualdades nas condições de vida e de saúde de homens e mulheres, sem, no entanto, considerar que, ao assumir lugares desiguais nas redes sociais, negros e brancos trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.

A efetivação dos direitos humanos e a promoção do direito à igualdade não devem ser confundidas com ações de concessão. Ainda que a adoção de políticas públicas, muitas vezes, assumam um caráter de compensação/reparação, ao resgatar e valorizar positivamente as diferenças, o Estado e a sociedade reconhecem as iniquidades cometidas e buscam caminhos eficientes para sua superação.

As noções de raça e racismo

Em nosso país o conceito de raça tem sido fundamental na organização dos princípios da sociedade. De acordo com alguns autores, a idéia de raça não pode ser considerada universal por não prescindir de uma fundamentação objetiva, "natural" ou biológica (GOODMAN, 1995, 2000; FROTA PESSOA, 1996; SANTOS RV, 1996). Para eles, a "fragilidade" terminológica e conceitual pode dificultar sua aplicação em estudos e pesquisas sobre saúde.

Aqueles que defendem o uso do conceito reiteram seu caráter mutável e afirmam que sua utilidade analítica está centrada, exatamente, na negação de uma fundamentação biológica e na confirmação de sua propriedade social e política plena (FANON, 1983; GUIMARÃES, 1995; HASENBALG, 1996; MAGGIE, 1996; LÓPEZ, 2000a, 2000b; PEREA, 2000; GOODMAN, 2000; DELGADO, 2000). De acordo com estes autores, a utilização científica do conceito permite compreender e intervir em certas ações (inter)subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como em suas implicações e desfechos.

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

Ao apresentar as possíveis definições de raça, o autor relata que o termo entrou para a língua inglesa no começo

do século XVI e que, até o começo do século XIX, foi usado principalmente para referir-se a características comuns apresentadas em virtude de uma mesma ascendência. Desde o início do século XIX foram-lhe atribuídos vários outros sentidos, contudo os componentes fenotípicos da ascendência atraíram a atenção das pessoas tão prontamente, que elas não eram capazes de perceber que a validade da raça como conceito dependia do seu emprego numa explicação.

Ao ponderar sobre o caráter polissêmico do termo raça, CASHMORE afirma que a diversidade de seus significados é influenciada pelas regras e códigos sociais de um determinado tempo histórico, pelos grupos sociais considerados e pelo espaço físico e simbólico que ocupam. Neste trabalho, usaremos raça como sinônimo de *grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos*.

O racismo¹ é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações em cada tempo e lugar. Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidas em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida. Embora não institucionalizado, o racismo brasileiro, muitas vezes denominado racismo “cordial”, permite que os brasileiros (governo e sociedade) justifiquem a naturalidade das desigualdades raciais.

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

A qualidade do cuidado e as relações interpessoais

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

Em decorrência dessas premissas, o registro e a análise das desigualdades e iniquidades raciais em saúde só podem ser feitos por pessoas sensíveis e aptas a compreender os diferentes sentidos e significados atribuídos às relações inter e intra-raciais, inter e intragêneros, inter e “intrageneracionais”.

Aqueles que precisam do cuidado buscam um atendimento que considere suas necessidades em saúde, que seja coerente com o seu perfil socioeconômico, que

leve em consideração a sua posição na hierarquia social e de gênero dentro e fora da unidade familiar; suas crenças, seus valores e expectativas. A dificuldade enfrentada pelos cuidadores em contemplar esta diversidade e pluralidade compromete a resolutividade de suas ações.

As práticas discriminatórias são indesejáveis e passíveis de punição nos termos da lei, entretanto a sub-representação de negros e indígenas entre os cuidadores de nível superior e a falta de “habilidade” para o manejo de questões relativas à raça ou etnia corroboram para a elaboração de estratégias individuais e coletivas de discriminação racial ou étnica, menos evidentes, porém eficientes.

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o *conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelas condições políticas e socioeconômicas* (MANN et al., 1999; VALONGUEIRO e CAMPINEIRO, 2002), entretanto, no momento em que as instituições formadoras não incluem em seus conteúdos programáticos e currículos as particularidades e necessidades dos diferentes grupos populacionais, elas perdem a oportunidade de preparar adequadamente seus profissionais e restringem as possibilidades da promoção da saúde enquanto um direito humano.

Como consequência mais imediata, poucos médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, são capazes de prover cuidados que considerem especificidades genéticas, como é o caso da anemia falciforme, da deficiência da enzima glicose-6-fosfato-desidrogenase²; especificidades derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes – a leucopenia, por exemplo; aquelas derivadas da indisponibilidade de recursos socioeconômicos, da desnutrição, da pressão social... A inadequação na formação do profissional de saúde contribui para os processos de vulnerabilidade, definida, sempre, na relação com o outro, seja o outro uma pessoa, um regime político ou um equipamento social.

Ao identificar os vieses raciais nos processos de vulnerabilização todos (pesquisadores, ativistas, administradores, gestores e profissionais de saúde e educação em saúde) devem estar conscientes de sua corresponsabilidade, seja porque em algum momento

¹ Ideologia que atribui um significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e que imputa, ao grupo com padrões “desviantes”, características negativas que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a que todos estão submetidos, não é questão de opinião. Uma vez envolvidas nesta programação social, as pessoas reproduzem, consciente ou inconscientemente, atitudes racistas que, em certos casos são, inteiramente, opostas à sua opinião.

² A deficiência da enzima G6PD é um defeito enzimático nas hemácias que pode causar crises hemolíticas agudas (episódios agudos de destruição dos glóbulos vermelhos do sangue), icterícia neonatal e anemia hemolítica crônica. Identificada em muitas populações, esta alteração genética aparece, com maior frequência, entre os negros africanos e pessoas nascidas na região do Mediterrâneo.

omitiram ou negaram as implicações diretas e indiretas das desigualdades raciais somadas, seja porque atribuíram aos negros um *status* “quase natural” de vítima. É neste sentido que reforçamos a importância analítica da variável raça/cor e a necessidade de elaborar estratégias de superação das desigualdades evitáveis e consideradas injustas, para tanto recomendamos que:

1. sejam efetivadas articulações e parcerias com o governo e outros setores da sociedade civil organizada para diminuição da vulnerabilidade social, especialmente no que diz respeito à escolarização, qualificação profissional, desemprego, qualidade de habitação e moradia, rendimento e morbimortalidade por causas evitáveis;
2. em todas as ações em saúde ou em educação para saúde, desenvolvidas prioritariamente com a população negra, sejam:
 - garantidos espaços de reflexão sobre a situação do negro no Brasil, sobre as relações sociais estabelecidas entre negros e brancos, homens e mulheres nos vários estratos socioeconômicos, nos vários momentos da vida, nos espaços públicos e privados;
 - elaboradas estratégias que devolvam aos sujeitos as características de cordialidade e afetividade, que fortaleçam ou recriem identidade e auto-estima e, ao mesmo tempo, desencadeiem processos de conscientização e empoderamento;
3. todas as campanhas publicitárias contemplem a diversidade existente no país e contribuam para minimização da violência simbólica, dos estereótipos e estigmas;
4. em todo e qualquer programa de formação de profissionais da saúde e educação em saúde (incluindo agentes comunitários) sejam incluídos textos sobre os diferenciais raciais nas condições de vida e saúde;
5. seja incluído o quesito cor em todos os levantamentos/pesquisas epidemiológicas, sobretudo aquelas conduzidas/financiadas por organizações governamentais;
6. que a variável raça/cor seja utilizada como categoria analítica na produção de toda e qualquer estatística de saúde;
7. os profissionais das áreas técnicas e administrativas sejam formados para compreender a relevância da autodeclaração sobre raça/cor e que, uma vez conscientes da importância da informação, sejam capacitados a coletá-la;
8. a informação sobre raça/cor seja auto-referida e que sejam adotadas as 5 categorias classificatórias utilizadas pelo IBGE;
9. em todas as ações de educação em saúde seja incluído o quesito cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada;

10. todas as ações de educação em saúde sejam conduzidas por profissionais que respeitem valores culturais e crenças religiosas e representações sobre a pessoa, a saúde e a doença;
11. as ações de educação preventiva usem abordagens que possibilitem a efetivação/expansão da cidadania;
12. seja dada atenção prioritária às doenças sabidamente mais frequentes na população negra (hipertensão arterial, diabetes mellitus II, miomatoses, anemia falciforme, deficiência de G6PD);
13. as ações preventivas ou de assistência sejam avaliadas em termos de eficiência e eficácia com base em modelos de monitoramento/avaliação que considerem as especificidades, necessidades e demandas de cada um dos segmentos populacionais beneficiados e o contexto no qual eles estão inseridos;
14. haja incentivo às pesquisas em saúde e elaboração de indicadores sociais que destaquem a situação da população negra em todos os aspectos abordados;
15. haja incentivo à sistematização de experiências de educação em saúde com recorte racial e à avaliação de seus alcances e limites;
16. que a avaliação das experiências subsidie as políticas públicas e intervenções promovidas por universidades, empresas, organizações da sociedade civil e governamentais;
17. haja incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado nos espaços de controle social, sobretudo aqueles que integram o SUS;
18. seja incluído o tema “impacto do racismo e da discriminação racial nas condições de vida e de saúde da população negra brasileira” em todos os materiais e atividades de formação dos conselheiros de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal;
19. haja incentivo e investimentos para a realização de conferências estaduais e municipais de saúde da população negra (conforme recomendações da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde).

Referências Bibliográficas

- AYRES, J.C.R.M., FRANÇA JUNIOR, I., CALAZANS, G.J., SALETTI FILHO, H.S. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R., PARKER R. (org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34; 1999. P. 49-72.
- CASHMORE, E. *Dicionário de relações étnicas e raciais*. São Paulo: Summus; 2000.
- COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 1-55.
- DELGADO, R. Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling. In: DELGADO, R., STEFANIC, J. (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. p. 131-140.

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

FRANÇA JÚNIOR, I. AYRES, J.C.R.M., CALAZANS, G.J. Saúde Coletiva e Direitos humanos: um diálogo possível e necessário. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2000, Salvador. *Anais ...* Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2000. CD -Rom, texto 1981.

FROTA-PESSOA, O. Raça e eugenia. In: SCHWARCZ, L.M., QUEIROZ, R.S. (org.). *Raça e diversidade*. São Paulo: Edusp/Estação Ciência, 1996. p. 29-46.

GOODMAN, A.H. Why genes don't count : for racial differences in health. *American Journal of Public Health*, [s.l.], v.90, n.11, p.1699-1.702, 2000.

GUIMARÃES, A.S.A. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*. [s.l.], v.27, p.45-63, 1995.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: MAIO, M.C., SANTOS, R.V. (org.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996. p. 235-249.

LÓPEZ, I.F.H. Race and erasure: the salience of race to Latinos/as. In: DELGADO, R., STEFANIC, J. (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2.ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p.369-378.

_____. The social construct of race. In: DELGADO, R., STEFANIC, J., (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2.ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. P.163-175.

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

MANN, J.M. Health and human rights. In: MANN, J.M., GRUSKIN, S., GRODIN, M.A., ANNAS, J.G. (org.). *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge; 1999. p. 216-226.

MANN, J.M., TARANTOLA, D.J.M., NETTER, T.W. Vulnerabilidade Global. In: MANN, J.M, TARANTOLA, D.J.M., Netter, T.W. (org.). *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/ UERJ, 1993. p.275-300.

PEREA, J.F. The black/white binary paradigm of race. In: DELGADO, R., STEFANIC, J. (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2.ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p.344-353.

VALONGUEIRO, S., CAMPINEIRO, D. Demand for health care in Brazil: a preliminary analysis by regions. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 11., 2002, Ouro Preto. *Anais...* Ouro Preto: ABEP, 2002. [CD-Rom]



Olávio Augusto Kalckmann

Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil

Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha*

A desigualdade em saúde é um tema tradicional nas pesquisas epidemiológicas, já que os eventos dos quais elas se ocupam são fortemente condicionados pelo modelo de desenvolvimento de um país que conforma essas desigualdades, que se apresentam nas mais diversas dimensões: classes sociais, frações de classe, gênero, etnias/raças.

Uma das variáveis menos utilizadas nos estudos sobre diferenciais em saúde é a raça/cor, não obstante sua grande relevância num país onde são claras e marcadas as discrepâncias segundo raça em termos de condições de vida. No caso da população negra brasileira, sabe-se que esta sofre um acúmulo de desigualdades – socioeconômicas e raciais – que limita não apenas os seus níveis de bem-estar mas também suas gerações futuras.

Geralmente, no Brasil, os mapas de pobreza se superpõem aos de distribuição por etnia, com isso, os negros ocupam posições menos qualificadas e mal remuneradas, no mercado de trabalho. São eles que apresentam níveis mais baixos de instrução, que residem em áreas com menos serviços de infra-estrutura básica, que sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, quando o têm, deparam-se com os de menor qualidade e “resolutividade” relativa. Ou seja, esta parte da população brasileira vivencia, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação socioeconômica, o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade diante de uma série de agravos à saúde.

Os trabalhos pioneiros desenvolvidos no NEPO/ UNICAMP, valendo-se de técnicas indiretas para o cálculo da mortalidade infantil, permitiram apontar um diferencial sistemático na mortalidade de menores de um ano, dependendo da raça/cor no Brasil, mesmo controlando as variáveis reconhecidas como condicionantes socioeconômicas deste evento.

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

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

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

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

Fonte: FIBGE. Censos Demográficos – 1980, 1991; PNAD, 1995 (Tabulações especiais).

As estimativas contidas nesta Tabela evidenciam vários aspectos importantes no que se refere ao comportamento do fenômeno em estudo. O primeiro deles refere-se à

manutenção da tendência de redução significativa, entre 1977 e 1993, das taxas de mortalidade de menores de um ano no Brasil (51%).

Entretanto, quando se faz intervir a variável cor, constata-se um diferencial racial nos níveis encontrados, além de uma tendência de redução desigual entre as raças. Assim, enquanto o índice de mortalidade infantil de brancos menores de um ano diminuiu 43% no mesmo período, a redução da mortalidade infantil negra alcançou um patamar significativamente menor, ou seja, apenas 25%. Desta forma, as estimativas mostraram que os filhos de mães negras estavam sujeitos a níveis superiores de mortalidade infantil quando comparados aos de mães brancas, fato que os coloca numa posição altamente desvantajosa.

Um segundo aspecto refere-se ao fato de que as desigualdades raciais se acentuaram através do tempo. Assim, enquanto a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de menores de um ano dos negros e brancos, segundo os dados do Censo de 1980, era de 21%, este valor aumentou para 40%, passados dez anos, e se manteve nesse patamar até meados dos anos 90. Ao que parece, estes achados sugerem que os filhos de mães negras tiveram sua desvantagem aumentada, comparativamente aos brancos, quanto à sua exposição ao risco de adoecer e morrer.

Estes estudos permitiram, também, observar que se mantiveram as graves disparidades nos níveis da mortalidade de menores de um ano, dependendo da área de residência da população, constatando-se a persistência de diferenças raciais em todas elas. Esses estudos revelam, ainda, que os filhos de mães negras, residentes na região Nordeste, estão sujeitos a um risco 63% mais elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida ao serem comparados aos filhos de mães brancas da região Sul, significando, portanto, 59 mortes a mais para cada mil nascidos vivos.

A partir destas estimativas de mortalidade infantil e assumindo um determinado padrão de mortalidade, foi possível calcular o número médio de anos de expectativa de vida da população. Estas estimativas apontaram, novamente, para as desigualdades raciais, já que, enquanto a população branca atingiu uma expectativa de vida de 72 anos, os negros alcançaram somente 65 anos, segundo os dados de 1991. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra – de 7 anos – se manteve quase constante desde a década de

* Socióloga, doutora em Saúde Coletiva (Epidemiologia) FCM-Unicamp. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População, Unicamp. Email: maira@nepo.unicamp.br

1940, mesmo a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral.

A totalidade dos achados destas pesquisas indicam o fato incontestável da maior vulnerabilidade em relação à sobrevivência da população brasileira negra, comparada à branca.

Aproveitando a disponibilidade de informações provenientes das estatísticas vitais que incorporaram o quesito cor, aprofundaram-se conhecimentos de certas características, no momento do nascimento e do óbito, que permitissem explorar a existência de possíveis relações com os diferenciais de morte das crianças brancas e negras. Optou-se por trabalhar com as informações correspondentes à população residente no Estado de São Paulo, em parte, por ele apresentar uma melhor qualidade comparativa dos registros vitais.

Através de análises de tendências, pôde-se observar uma constante melhoria nos indicadores da mortalidade de menores de um ano residentes no Estado de São Paulo, decorrente da interação de fatores demográficos, econômicos e sociais, ressaltando entre eles o aumento na cobertura de imunizações, o uso de terapia de reidratação oral, o incentivo ao aleitamento materno, a expansão da cobertura dos serviços de infra-estrutura básica e a melhoria de acesso da população a serviços básicos de saúde. Contudo estes valores médios estaduais ocultam grandes disparidades entre municípios ou regiões, entre grupos sociais e raça/cor. Assim, por exemplo, verificou-se que a população declarada como negra, residente no Estado de São Paulo, apresentava, segundo as informações do censo de 1991, uma sobremortalidade de 31% ao ser comparada com a autodeclarada branca, com valores de 48 e 33 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos, respectivamente.

Analisando as mesmas informações provenientes do registro civil, conseguiu-se acompanhar uma coorte de nascidos vivos de mães residentes no Estado de São Paulo, o que permitiu constatar algumas diferenças entre brancos e negros nas prevalências de certas características dos nascimentos e dos óbitos infantis referentes tanto à mãe como à criança. Entre as diferenças encontradas, várias delas mereceram destaque por sugerirem, de alguma forma, tanto o impacto da condição socioeconômica do negro, como a existência de outras especificidades desse grupo, além do simples fato de serem, em grande maioria, pobres:

- maior proporção de nascimentos de negros com menor número de consultas de Pré-Natal, apontando para a dificuldade de acesso a serviços de saúde durante o período gravídico. Porém mais alarmante é a evidência de que o dobro de mulheres negras declarou não ter feito nenhuma consulta pré-natal durante todo o período gravídico;
- maior proporção de nascimentos de negros com mães sem ou com baixa instrução, revelando as condições desvantajosas em que se situam as

mulheres negras na sociedade e, conseqüentemente, as dificuldades de incorporação no sistema formal de educação;

- maior proporção de óbitos infantis de negros no período neonatal tardio e pós neonatal, provocados por doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias, ou seja, causas exógenas, sinalizando tanto diferenciais nos níveis de mortalidade como nas condições socioeconômicas;
- maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica, apontando mais uma vez para as condições socioeconômicas e também para dificuldades de acesso a serviços de saúde;
- escores inferiores para as crianças negras no APGAR¹, tendo como possível hipótese a relação com o fato de que, por terem nascido predominantemente de parto vaginal, as crianças negras estariam sujeitas a um maior esforço no período do pré-parto e no momento do parto, provocando, assim, essa alteração no valor do APGAR correspondente à primeira medição;
- maior percentagem de crianças negras com baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais da mãe e da criança, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas como diabetes e hipertensão, não controladas durante a gravidez pelo acesso restrito aos serviços de saúde ou pela pior qualidade comparativa dos serviços utilizados pelas mães desse grupo;
- maior proporção de nascimentos de negros de mães multíparas. Embora o país tenha experimentado um declínio acentuado das taxas de fecundidade e esse processo tenha mostrado uma tendência à homogeneização nas diversas regiões e nos diversos grupos sociais, ainda existe uma correlação entre a condição socioeconômica e a parturição, que é superior nos grupos menos favorecidos que, como se sabe, são compostos majoritariamente pela população negra.

Mediante a aplicação de um modelo logístico às informações de nascimento e morte da coorte residente no Estado de São Paulo², percebeu-se claramente uma hierarquia das variáveis independentes sobre a mortalidade infantil. De fato, as variáveis mais ligadas às características vitais dos nascidos vivos, como os escores APGAR e o peso ao nascer, figuraram com os maiores efeitos sobre a variável dependente, seguindo em importância as variáveis ligadas às condições socioeconômicas da mãe e do período gravídico, como

¹ APGAR: Índice de avaliação de vitalidade do RN.

² A metodologia permitiu avaliar os impactos que diferentes fatores de risco – particularmente a raça/cor – teriam sobre a probabilidade de morte das crianças.

a instrução, tipo de gestação, tipo de parto ou número de consultas no atendimento pré-natal, todos também com coeficientes negativos. No entanto a raça/cor também se destacou como um fator que impacta a probabilidade de uma criança chegar ao óbito, mesmo depois de controladas as outras variáveis decisivas para a mortalidade infantil, com um efeito estatisticamente significativo dentro do modelo.

Com estas notas, quer-se reforçar tanto a necessidade de divulgar constatações das desigualdades raciais nas condições de nascer e de morrer das crianças menores de um ano, assim como a necessidade de alertar e conscientizar sobre a importância da compreensão da singularidade do recorte racial/étnico nos estudos de saúde que permitam sensibilizar os planejadores e gestores de saúde para que enfoquem medidas práticas direcionadas à população negra e ações voltadas à promoção da equidade.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M. F., JORGE, M. H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n.3, jun.1998.
- BARRETO, M.L., CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. Monteiro, C. A. (org.). *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP. 1995.
- CARVALHO, J. A. M., WOOD, C. H. *A demografia da desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.
- COIMBRA, C. E. A., SANTOS, R. V. Saúde, minorias e

desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

CUNHA, E. M. G. P. *Condicionantes da Mortalidade Infantil segundo Raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998*. Campinas, 2001. Tese (Doutorado)- UNICAMP.

_____. Raça: aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? In: BARATA, R. B. et al (org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Editora Fiocruz, 1997. (Série Epidemiológica 1)

_____. *Mortalidade e raça: mais uma evidência da discriminação*. São Paulo: SBPC, 1996.

_____. *Mortalidad y raza: la desigualdad revelada*. México, 1996.

_____. *Raça: um aspecto de iniquidade esquecido no Brasil?* Salvador, 1995.

_____. Mortalidade infantil segundo cor: os resultados da PNAD 84 para o Nordeste. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994, Caxambu. *Anais ...* Belo Horizonte: ABEP, 1994.

_____. Desiguais perante a morte. In: CEBRAP. *Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1991.

_____. *Mortalidade infantil por cor no Estado de São Paulo*. Projeto: demografia do negro no Estado de São Paulo. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1990. (Relatório Final)

OLIVEIRA, F. *Saúde da População Negra*. Brasília: OPAS 2003.

_____. *O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras*. Rio de Janeiro: Fundação Ford/Fiocruz, 1999.



Otávio Augusto Kalckmann

Amamentação e cor da pele

Marina Ferreira Rea

Diversos são os estudos – especialmente nos EEUU - que mostram que a população negra ou afro-descendente amamenta mais que a branca. No Brasil, os povos afro-descendentes apresentavam no período colonial o hábito do aleitamento natural prolongado. Neste período, as amas-de-leite negras, as “mães pretas”, estavam presentes na vida das famílias brancas, fato esse documentado por diversos autores, como Gilberto Freyre, entre outros. O fim da escravatura e a progressiva miscigenação do negro, na sociedade brasileira, levaram essa raça a mesclar seus costumes, mudando hábitos culturais e, por diversas razões, cuja análise não nos cabe aqui realizar, a situar-se entre os menos favorecidos ou entre os excluídos socialmente.

No caso do hábito de amamentar, cujos estudos passaram a mostrar menor prevalência entre os menos favorecidos, preocupa-nos conhecer o que está acontecendo com a população negra brasileira: mantém-se amamentando mais que a população branca – como nos EEUU? Ou amamenta menos – como a maior parte da população excluída no nosso país?

Em estudo transversal foram estudadas 497 mães de crianças menores de um ano de idade. A partir de listagem prévia, foram sorteados serviços de saúde, que atendem crianças saudáveis na Grande São Paulo, e, nestes serviços, sortearam-se crianças, assim representadas: 60% eram brancas, 7% pretas, 31% pardas e 1% amarelas. Entre as diversas variáveis, podemos, em resumo, caracterizar a população como:

Branca: maior nível de escolaridade e renda; maior acesso ao pré-natal; grande maioria vivendo com companheiro.

Preta: menor renda per capita; pior acesso ao pré-natal; alta proporção sem companheiro, engravidando cedo.

Parda: maior procedência rural; maior paridade; baixo nível de escolaridade.

Ao analisar a situação da prática de amamentar, notamos que é levemente menor a proporção das pretas que iniciam o aleitamento – 94% - comparado a 95,5% entre pardas e 97% entre brancas. No conjunto da amostra, a proporção de pretas que havia introduzido mamadeira é significativamente menor – 17% - comparado às brancas – 27% , e às pardas – 24%.

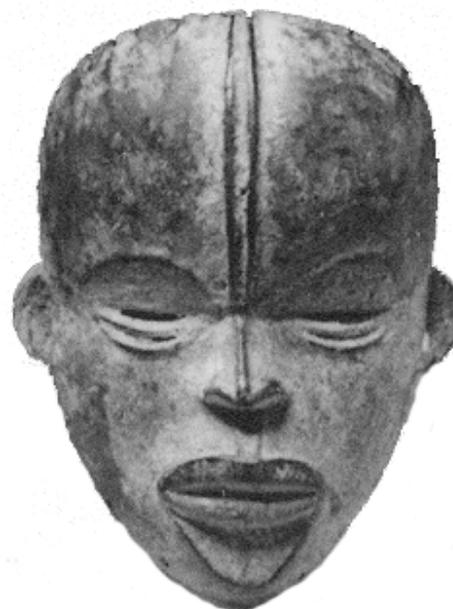
A curva de desmame, comparando brancas e pretas pelo método de tábua de sobrevivência mostra que as pretas amamentam mais nos primeiros 4 meses de vida, invertendo-se então esta curva e passando então as brancas a amamentar mais prolongadamente. As medianas são semelhantes, conforme cor da pele, entre 2 e 3 meses (REA, 1994).

Nossos achados indicam que as mulheres pretas conseguem melhores índices de aleitamento materno no início da vida, quando os fatores biológicos (estabelecimento de sucção apropriada, não turgescência e não existência de rachaduras de mamilos etc) interferem mais. Estes fatores parecem mais superáveis para pretas do que para brancas. A partir de certo período, onde as questões sociais passam a ter maior relevância na prática de alimentar a criança, são as brancas que conseguem maior sucesso na lactação. Isto, evidentemente, relaciona-se à situação socioeconômica de ambos os grupos.

Vários destes achados não foram ainda demonstrados como significantes, merecendo melhor investigação.

Referência Bibliográfica

REA, M.F. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.].v.28, n.5, p.365-72, 1994.



Máscara Kplekple
Costa do Marfim, Baule

Exposição Arte da África
© Ethnologisches Museum, Berlin

* Médica Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora científica do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança
Email: marifrea@isaude.sp.gov.br

Desigualdades raciais em saúde

Luís Eduardo Batista* e Maria Mercedes Loureiro Escuder**

Estudos sobre as desigualdades sociais em saúde relacionam as condições de vida, ambiente, condições econômicas e políticas considerando as especificidades sociais e históricas de um grupo populacional/social. CASTELHANOS (1997), BARATA et al. (1997), VIANA (2001) e BARROS (1997) evidenciam que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Os trabalhos mostram desigualdades no perfil de saúde entre as regiões do país e entre diferentes segmentos de classe social, todavia poucos associam a inserção social desqualificada/desvalorizada dos pretos, pardos e negros (pretos mais pardos) em nossa sociedade e os indicadores de saúde.

A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos, pretos, pardos e negros condiciona a forma de viver de um grupo de pessoas. HERINGUER (2002), GUIMARÃES e HUNTLEY (2000) discutem as dificuldades de pretos, pardos e negros ascenderem socialmente e preconizam como causas da discriminação racial uma desvantagem inicial produzida pela escravidão. Os autores mostram que, quando se analisa um mesmo grupo social, a escolaridade, a renda, o acesso a saneamento básico, bens e consumo são sempre menores entre os negros. Todos estes indicadores refletem nas condições de saúde dos indivíduos.

Enfim, a exclusão social, vivida pela população negra, coloca-a em condições de maior vulnerabilidade, de inserção social desqualificada e, assim, desvaloriza-a (vulnerabilidade social) pela invisibilidade de suas necessidades nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), enquanto a expõe a maiores riscos.

Para desenvolver uma metodologia de análise das desigualdades, sugerir indicadores e instrumentos de medição para monitoramento das desigualdades em saúde; avaliar a evolução da desigualdade e subsidiar gestores no processo decisório, VIANNA et al. (2001) sugerem o uso de registros administrativos de bases regulares. Os autores trabalham com seis dimensões de desigualdades: oferta; acesso e utilização de serviços de saúde; financiamento; qualidade da atenção; situação de saúde e saúde e condições de vida.

Para este artigo selecionamos a análise de duas dimensões: **situação de saúde** (analisada a partir dos indicadores: mortalidade proporcional por diarreia em menores de 5 anos e mortalidade proporcional da faixa etária de 60 anos e mais) e **qualidade em saúde** (analisada a partir do percentual de óbitos por causas mal definidas). Este trabalho visa descrever as diferenças dessas dimensões entre pretos, pardos e brancos, servindo-se dos registros de óbitos do Estado de São Paulo, entre os anos de 1999 a 2001, cedidos pelo Centro de Informação de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CIS-SES). Segundo BATISTA et al, os pretos e os pardos, embora morram das mesmas causas, diferem entre si pela intensidade de sua ocorrência.

Para o cálculo de cada indicador, foram excluídos registros sem informação de raça/cor e idade, totalizando 707.731 óbitos. Os óbitos das categorias amarela e indígena não serão objeto desta discussão.

A mortalidade proporcional por diarreia em menores de cinco anos está diretamente relacionada às condições de tratamento disponível e ao acesso a serviços. O gráfico 1 mostra maior proporção de mortalidade por esta causa entre as crianças pretas e pardas.

O indicador mortalidade proporcional em maiores de 60 anos mostra que quanto maior o percentual de pessoas que vivem mais de 60 anos, melhores são as condições de vida deste segmento da população ou desta sociedade. Os dados do gráfico 2 mostram que, no Estado de São Paulo, aproximadamente 55% da população vive mais de 60 anos. Contudo apenas 35% dos pardos e 43% dos pretos chegam a esta faixa etária. Ou seja, 65% dos pardos e 57% dos pretos não vivem até os 60 anos de idade.

* Sociólogo, Mestre e Doutor em Sociologia, pesquisador do Instituto de Saúde. Conselheiro do Conselho Estadual da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo e pesquisador do Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão.

** Enfermeira, Mestre em Saúde Pública (Epidemiologia). Pesquisadora científica do Instituto de Saúde.
Email: mescuder@isaude.sp.gov.br

Gráfico 1 - Proporção de óbitos por diarreia em crianças menores de 5 anos segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001.

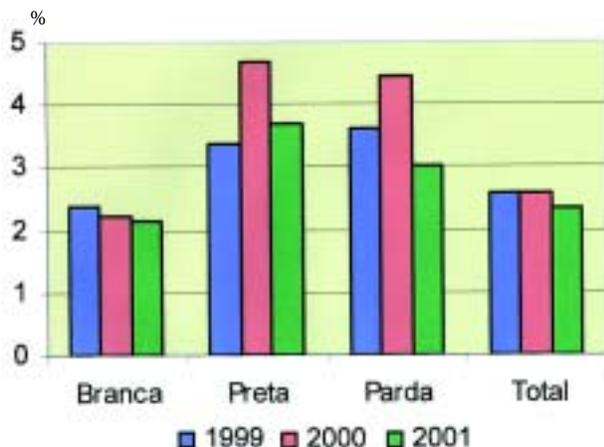


Gráfico 2 - Proporção de óbitos acima de 60 anos segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001.

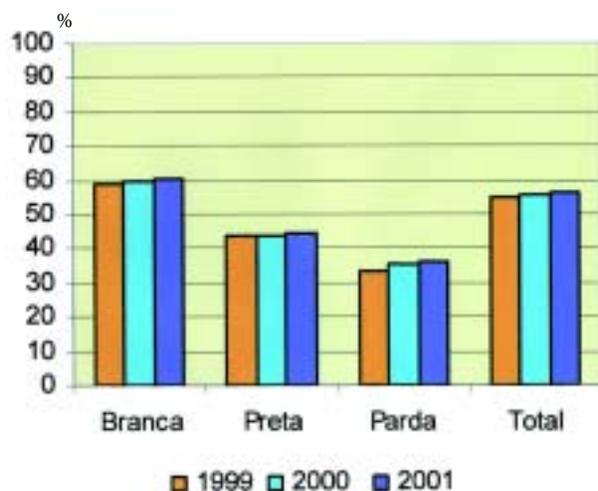
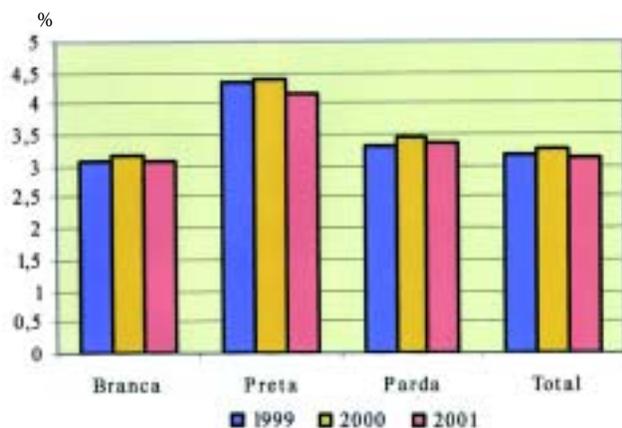


Gráfico 3 - Mortalidade proporcional por causas mal-definidas, segundo raça/cor - Estado de São Paulo, 1999 a 2001.



Qualidade em saúde

O percentual de óbitos mal definidos é um indicador que diz respeito à falta ou a deficiências de assistência médica e ou a maior ou menor capacidade diagnóstica.

“O percentual de óbitos por causa mal definida é um indicador tradicional de qualidade da assistência, visto que não identificar adequadamente a causa de um óbito está relacionado geralmente à falta ou deficiência de assistência médica” (VIANNA, 2001). Os pretos, no Estado de São Paulo, apresentam maiores índices de óbitos por causas mal-definidas e, conseqüentemente, piores condições de qualidade da assistência (gráfico 3).

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes e que tratamentos iguais nem sempre são equitativos. Assim, os indicadores aqui selecionados mostram que os pretos e pardos são mais vulneráveis e necessitam de uma atenção diferenciada nos serviços de saúde e de destinação de uma parcela maior de recursos públicos.

Referências Bibliográficas

BARATA, R.B. et al. *Equidade e saúde: contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.

BARROS, M.B. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R.B. et al. (org.). *Equidade e saúde: contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.; PEREIRA, J.C. A cor da morte: estudo de causas de óbito segundo características de raça/cor no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, [s.n.t.].

CASTELHANOS, PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.B. et al. (org.). *Equidade e saúde: contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.

GUIMARÃES, A. S. A.; HUNTLEY, L. *Tirando a máscara: ensaios sobre o racismo no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1144-1145, 2002.

VIANNA, S.M., SANTOS, J.R.S., BARATA, R.B., NUNES, A. *Medindo as desigualdade em saúde no Brasil*. [s.l.]: OPAS/ IPEA, 2001.

A morte tem cor¹

Luis Eduardo Batista*

As estatísticas de morbidade e mortalidade são utilizadas para avaliar a situação da saúde da população e desenvolver políticas públicas de saúde (LUIZ, 1997; LAURENTI, 1990). Na análise dos dados de mortalidade, apontam-se as causas de morte que assolam a população, discutem-se os dados segundo a idade, o sexo e a classe social ou frações de classe, mas não se discutem as diferentes construções socioculturais existentes na sociedade e seus reflexos no perfil da mortalidade. Por exemplo, não se contempla a raça/cor como categoria de análise. Uma das justificativas para tanto é que apenas em 1996 se inseriu a variável raça/cor nos atestados de óbitos.

Em 1998, BARBOSA fez um estudo sobre a mortalidade da população negra na cidade de São Paulo, usando, para análise, os óbitos ocorridos durante seis meses; todavia nenhum estudo foi realizado para o Estado de São Paulo. Sabe-se que este Estado tem o maior contingente de população negra do Brasil e que seus dados de estatísticas vitais são de boa qualidade. Se em 1996, do total de óbitos ocorridos no estado, 87% não tinham indicação de qual era a raça/cor dos indivíduos, em 1997, o percentual cai para 61%; 21% em 1998; 13% em 1999 e 6,5% em 2000², possibilitando o uso da variável raça/cor nos estudos.

Ao realizar a pesquisa "Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte", optei por realizar o estudo com os óbitos ocorridos no Estado de São Paulo no período de 1996-2000. Pretendia calcular a taxa de mortalidade do período e analisar em profundidade o ano de 2000. Como os dados populacionais do censo 2000, segundo cada unidade da federação por raça/cor e idade não estavam disponíveis, não me foi possível atingir o objetivo. Então decidi analisar o perfil da mortalidade de brancos e pretos do Estado de São Paulo, no ano de 1999, cujos dados existentes eram os melhores, naquele momento. A análise desses dados levou-me a entender melhor os diferenciais de mortalidade entre brancos e negros e a fazer algumas inferências.

Resultados

Observei que os pretos morrem diferentemente dos brancos.

No ano de 1999 ocorreram 236.025 óbitos no Estado de São Paulo: 141.446 eram homens e 94.579, mulheres; 93 mil eram homens brancos (perfazendo uma taxa de 750 óbitos para cada 100 mil homens brancos), 6.921 pretos (954 por 100 mil homens pretos), 23.073 outros³ (528 por 100 mil homens pardos, amarelos e indígenas) e 18.452 óbitos masculinos cuja raça/cor foi ignorada. Quando se comparam as taxas de óbitos dos homens

pretos e brancos, verifica-se entre os pretos a maior taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e metabólicas, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório e causas externas.

Entre as doenças infecciosas e parasitárias se destaca a maior mortalidade dos homens pretos por tuberculose e HIV/Aids (Gráfico 1). Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes mellitus é a principal causa de morte. Dentre os transtornos mentais o alcoolismo é a principal causa entre os pretos e a demência para os brancos. Numa visão comparativa, entre os óbitos dos homens pretos e brancos por doenças do aparelho circulatório, nota-se que prevalece entre os pretos o óbito por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Proporcionalmente, os pretos morrem duas vezes mais que os brancos por Causas Externas, além disso a desagregação deste Capítulo, em três dígitos, explicita melhor a diferença entre eles, ou seja, enquanto os brancos morrem por acidente de veículo a motor, os pretos morrem por agressões com arma de fogo, objetos contundentes, agressões não especificadas, atropelamentos e por homicídio (Tabela 1).

Dos 94.579 óbitos femininos ocorridos no Estado de São Paulo em 1999, 64.512 mil mulheres eram brancas (481 por 100 mil mulheres brancas), 4.085 pretas (517 por 100 mil mulheres pretas), 12.155 pardas, amarelas e indígenas (285 por 100 mil mulheres pardas, amarelas e indígenas) e, nesses óbitos, num total de 13.827, a raça/cor foi ignorada. A mortalidade das mulheres pretas é 1,07 vezes maior que a das brancas. Quando se comparam os coeficientes, constata-se a maior taxa de mortalidade das mulheres pretas, principalmente por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e o HIV/Aids), doenças endócrinas e metabólicas (diabetes), transtornos mentais (alcoolismo e "drogadicção"), doenças do aparelho circulatório (insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral), gravidez, parto, puerpério e causas externas. As mulheres brancas são mais

* Sociólogo, Mestre e Doutor em Sociologia, pesquisador do Instituto de Saúde. Conselheiro do Conselho Estadual da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo e pesquisador do Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão. Email: ledu@isaude.sp.gov.br

¹ Expressão utilizada pela Profa. Dra. Maria Alice Rosa Ribeiro em 14/03/2002, durante o exame de qualificação do autor.

² Cabe salientar que em 2002 este percentual é apenas de 5%.

³ Denomino **Outros** a junção do pardos, amarelos e indígenas. Cabe salientar que na população do Estado de São Paulo há 11,44% de homens e 11,13% de mulheres pardas. Enquanto que entre os amarelos esses percentuais são de 0,68% e 0,69 para homens e mulheres respectivamente. Entre os indígenas esses percentuais são de 0,03% e 0,05 para homens e mulheres. Como se vê, há uma prevalência de **pardos** na categoria outros.

vulneráveis às neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos, doenças do sistema nervoso, aparelho respiratório e as afecções originárias do período perinatal (Tabela 1).

A taxa de mortalidade materna das mulheres pretas supera em 6,4 vezes a das brancas. A taxa de óbitos por morte materna é de 245,54 entre as mulheres pretas e 37,90 entre as brancas. O estudo pôde constatar que o óbito das mulheres pretas supera em 5,9 vezes a taxa oficial, fornecida pela Secretaria da Saúde (41,4/100 mil n.v).

A análise das taxas de mortalidade desagregadas por 3 dígitos da CID-10 mostra a maior mortalidade dos pretos por tuberculose, HIV/Aids, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, câncer do esôfago, colo de útero e próstata.

Enfim, os resultados do estudo dialogam com os indicadores sociais, por exemplo, os dados da tuberculose têm estreita relação com as condições de vida dos negros em nossa sociedade. A maior mortalidade por HIV/Aids mostra a inexistência de campanhas educativas direcionadas para este segmento da população. Sugere ainda que há uma demora em se diagnosticar os negros HIV+. Ressalta a dificuldade de se obter acesso aos serviços de saúde, especialmente para os negros pobres. Se os homens brancos morrem por acidente de veículo a motor, homens pretos são atropelados. Os homicídios são maiores entre os pretos. A morte materna dialoga com as piores condições de vida das mulheres negras e com o tratamento recebido por elas, em nossa sociedade.

Os dados aqui apresentados apenas evidenciam o que o movimento de mulheres negras vem denunciando há anos: **"a morte tem cor"**.

A novidade é que com a inclusão da raça/cor no atestado de óbito, as denúncias do movimento social

podem ser analisadas com os instrumentos da produção científico-acadêmica. Hoje isto é possível em relação à mortalidade, mas não em relação aos atendimentos hospitalares e ambulatoriais. Se os estudos de mortalidade servem para diagnosticar problemas de saúde e sugerir políticas, ainda não foi possível sensibilizar gestores de saúde a desagregar os dados oficiais por raça/cor; realizar ações para promover a equidade em saúde e transformar os estudos produzidos pela academia e movimentos sociais em políticas públicas federais, estaduais ou municipais.

1. A apresentação desse estudo ao Governador Geraldo Alckmin, motivou-o a realizar no 1º semestre de 2004 o seminário: "Saúde da população negra". O seminário será realizado no Memorial da América Latina e todos os prefeitos e secretários municipais de saúde serão convidados. O governador pretende, com o evento, levar os gestores municipais a incluir o tema saúde da população negra nas ações e políticas locais.
2. A FUNASA/São Paulo deve investir na implementação do saneamento básico e ambiental para comunidades indígenas, quilombolas e assentadas.
3. O Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids do Estado de São Paulo elaborou dois Boletins sobre AIDS e Raça/cor. Incluiu o cantor Netinho em suas campanhas de prevenção; fez um recadastramento dos usuários dos serviços e tem um projeto de Implementação do Quesito Cor no Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids.
4. No nível federal, o Programa Nacional de DST/HIV/Aids também começa a incluir a questão étnico-racial em suas ações e intervenção.

TABELA 1. Proporção de óbitos dos residentes no Estado de São Paulo, segundo sexo, raça/cor e capítulos da CID (10), 1999.

Capítulos da CID	MULHERES			HOMENS		
	Brancas	Pretas	Razão entre os coeficientes Pretas/Brancas	Brancos	Pretos	Razão entre os coeficientes Pretas/Brancas
	Taxa ¹	Taxa		Taxa	Taxa	
TOTAL	481,31	517,01	1,07	750,60	954,23	1,27
I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	19,30	31,01	1,61	36,25	67,28	1,86
II Neoplasias	81,72	74,80	0,92	108,55	87,00	0,80
III D. Sangue, hematopoéticos e Tr. Imunitários	2,10	1,39	0,66	2,28	2,21	0,97
IV D. Endoc. Nutricionais e Metabólicas	29,78	39,74	1,33	25,92	30,75	1,19
V Transtornos Mentais e Comportamentais	1,92	3,29	1,71	6,38	19,58	3,07
VI D. do Sistema Nervoso	7,41	5,44	0,73	9,80	11,44	1,17
IX D. do Aparelho Circulatório	174,48	199,59	1,14	212,93	244,45	1,15
X D. do Aparelho Respiratório	56,34	43,79	0,78	77,37	72,52	0,94
XI D. do Aparelho Digestivo	20,94	21,90	1,05	46,41	44,40	0,96
XIV D. do Aparelho Geniturinário	8,77	9,75	1,11	10,68	11,03	1,03
XV Gravidez, Parto e Puerpério (Morte materna)	37,90	245,54	6,4			
XVII Malformação Congênita e Deformidades...	5,54	2,28	0,41	7,01	3,45	0,49
XX Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	23,26	30,37	1,31	136,23	274,37	2,01
TOTAL (N)	64.512	4.085		93.000	6.921	

¹ A taxa foi calculada pela razão = número de óbitos, dividida pela população segundo cor e sexo, multiplicado por 100 mil.

Gráfico 1 - Taxa das principais causas de óbitos das doenças infecciosas e parasitárias, segundo sexo e raça/cor. Estado de São Paulo. 1999.

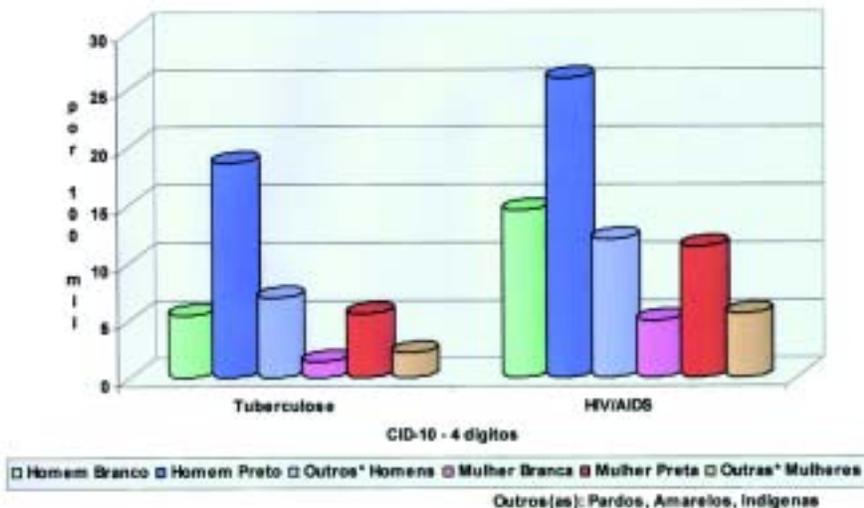


Gráfico 2 - Taxa de óbitos das principais causas cardiovasculares e cerebrovasculares (CID-10 - 3 dígitos), segundo sexo e raça/cor. Estado de São Paulo. 1999.

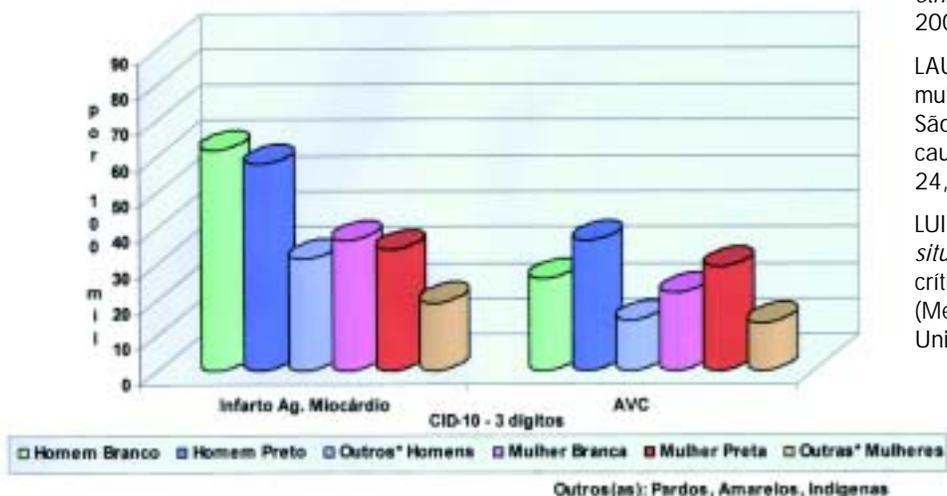
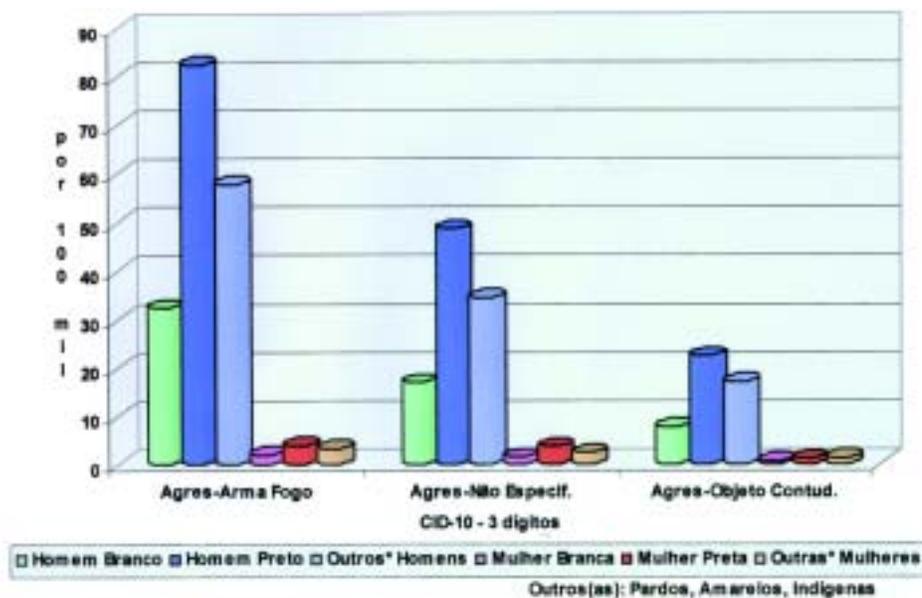


Gráfico 3 - Taxa das principais causas de óbitos (CID-10 - 3 dígitos), Estado de São Paulo, 1999.



Referências Bibliográficas

BARBOSA, M.I. da S. *Racismo e saúde*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

BATISTA, L. E. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. Araraquara, 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista.

BATISTA, L. E. Pode o estudo da mortalidade denunciar as desigualdades raciais? In: BARBOSA, L.M. de A., SILVA, P.B. G., SIVÉRIO, V. R. (Org.). *De preto a Afro-descendente: trajetórias de pesquisa sobre o negro, cultura negra e relações étnico-raciais no Brasil*. São Carlos: EdUFSCAR, 2003. p.243-260.

CASHMORE, E. *Dicionário de relações étnicas e raciais*. São Paulo: Summus, 2000. p.598.

LAURENTI, R. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. II Mortes por causas maternas. *Rev. Saúde Pública*, v. 24, p.1.468-1.471, 1990.

LUIZ, O. C. *Perspectivas da avaliação de situação de saúde: uma apreciação crítica*. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades raciais na saúde

Anna Volochko*

Esta revisão da literatura internacional sobre desigualdades raciais na saúde e o papel desempenhado pelos provedores em sua reprodução pretende ser um momento de reflexão sobre o tema, auxiliar na identificação de lacunas de conhecimento e inspirar estudos sobre relações raciais na provisão de serviços de saúde no SUS.

A produção de trabalhos sobre desigualdades raciais na saúde, embora incipiente entre nós, tem sido relativamente intensa internacionalmente.

Nos Estados Unidos, há maior prevalência e severidade de esclerose sistêmica, entre não brancos (NIETERT et al., 2001), tendo havido queda da mortalidade por câncer colo-retal entre brancos e aumento entre negros. Relata-se estabilização das mortes por câncer de próstata e mama nos primeiros e aumento dramático nos segundos (PIFFATH et al., 2001). Verificou-se também que o diferencial de mortalidade por diabetes se acentuou, em especial, entre mulheres negras e brancas (QUENAN & REMINGTON, 2000), enquanto a mortalidade materna (CHANG et al., 2003) e o risco de morte por acidente vascular cerebral permanecem 4 vezes maiores para negros.

Diversas vertentes explicativas foram apresentadas para esse fenômeno.

A hipótese de susceptibilidade biológica diferencial por raças foi logo descartada pela ausência de evidências científicas, mesmo em doenças genéticas raras como anemia falciforme, que também ocorre em populações mediterrâneas etnicamente distintas.

A maioria dos trabalhos estuda as inter-relações entre condições socioeconômicas e situação de saúde. Assim, atribui-se a maior mortalidade infantil de negros à menor escolaridade e à situação econômica desfavorável das mães. Essas circunstâncias são também evocadas, para explicar a maior mortalidade de negros por alcoolismo e violência.

Crescente produção empírica americana mostra diferenças importantes na assistência à saúde por raças, independente da gravidade da doença, situação de seguro-saúde, local de tratamento e fatores socioeconômicos, contribuindo para indicadores desfavoráveis (FISCELLA et al., 2000; 2002). Este tipo de discriminação também se dá no campo do trabalho, educação, assistência jurídica e social e habitação, sugerindo a existência de racismo institucional.¹

Como o racismo institucional é construído pelo conjunto de políticas, procedimentos, processos e comportamentos criados e operados pelos membros das instituições, a questão que imediatamente se coloca é o papel dos provedores na reprodução das desigualdades raciais na saúde.

A influência dos provedores de saúde pública e assistência médica nas desigualdades raciais e de classe ocorre de diversos modos inter-relacionados.

Os provedores podem influir na visão que os clientes têm de si próprios, de sua competência e merecimento. Eles podem ter expectativas menores ou podem passá-las aos pacientes, segundo características econômicas, étnico-raciais, de escolaridade ou outras (HEANEY & VAN RYN, 1996). Influem, assim, na esperança de que os pacientes obtenham recursos e ajuda necessários; nas suas aspirações de melhorar de saúde e de vida, responsáveis, em parte, pelos diferenciais nos resultados (KYLMA & VEHVILAINEN-JULKUNEN, 1997; MONDLOCH et al., 2001).

O profissional também atua sobre os conhecimentos e comportamentos dos clientes (LI et al., 1987; TATES & MEEUWESSEN, 2001). Então, informações diferenciais sobre promoção de saúde e prevenção de doenças explicam outra parcela das desigualdades documentadas.

Os provedores são guardiães dos serviços de saúde e podem agir nas distinções de saúde, operando acesso diferenciado a diagnósticos, tratamentos, serviços, benefícios e direitos (VAN RYN, 2002). Negros em diálise obtêm menos informações sobre transplantes, discutem menos a opção de receber rim de familiares e lhes é menos prescrito transplante renal do que a brancos. Suas possibilidades de encaminhamento para avaliação e inserção em lista de transplantes também são menores (THAMER et al., 2001). O mesmo ocorre nas prescrições de exames diagnósticos, procedimentos e tratamentos cardíacos (KRESSIN & PETERSEN, 2001).

Nos Prontos Socorros, não brancos têm risco significativamente maior de ter avaliação inadequada da dor, não tê-la ou não serem adequadamente medicados para dor, nos casos de fraturas (TODD et al., 1993); em asilos (WON et al. 1999); em câncer terminal (ANDERSON et al., 2000) e em urgências de dor torácica, sugerindo que tanto médicos quanto enfermeiras podem contribuir para as iniquidades raciais na assistência.

Independentemente de fatores clínicos, estudos mostram que, tanto nos Estados Unidos quanto na Grã-Bretanha, psiquiatras prescrevem mais medicação antipsicótica aos não brancos, que têm ademais probabilidade maior de serem involuntariamente

* Médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela FSP, USP e pesquisadora do Instituto de Saúde.

¹ Racismo institucional se refere a procedimentos, processamentos e/ou resultados diferenciados segundo a raça/etnia do cliente.

internados e de, uma vez hospitalizados, ficarem no isolamento(CUFFE et al., 1995; DAVIES et al., 1996).

Embora 3 estudos nacionais do Departamento de Saúde americano mostrem que maus tratos a crianças não variam por raça, crianças afro-americanas correm maior risco de serem tiradas dos pais e colocadas em lares adotivos, enquanto dossiês sobre maus tratos e abandono superdimensionam casos *inter* negros, hispânicos e indígenas, (SEDLAK & BROADHURST, 1996).

Os trabalhos citados reforçam a hipótese da contribuição dos provedores para as diferenças raciais na saúde, mas não permitem compreender as razões de seu comportamento diferenciado por raça.

Uma proposta explicativa origina-se no campo da cognição social, área da psicologia social que estuda as representações e processos mentais subjacentes às percepções, juízos, interações e influências sociais. Pesquisadores estudaram como os traços de um grupo influenciam as percepções pessoais e os processos interpessoais e acumularam conhecimento capaz de esclarecer como a raça influencia o comportamento do provedor. Estudos mostram que o efeito da classe social é tão poderoso quanto o da raça e é provável que elas interajam.

O principal mediador cognitivo dos efeitos da raça no comportamento do provedor está em suas crenças. Ao julgarmos alguém, atribuímos-lhe, inconsciente e automaticamente, as características do grupo, a chamada aplicação de estereótipo. Assim, os estereótipos modulam nossas percepções e interpretações sobre os comportamentos do outro.

Sexo, idade, orientação sexual, tipo de doença e raça influem nas expectativas e crenças do provedor, conformando sua interpretação de sinais e sintomas. Ao mesmo comportamento se atribuem significados distintos por raça, classe e outras características. As crenças do provedor sobre traços sociais e comportamentais do cliente atuam diretamente na sua decisão clínica, através da avaliação moral (merecimento) ou da adequação (cliente se beneficiará pouco). Ilustrando o primeiro caso, um estudo mostra que médicos prescrevem terapia anti-retroviral a pacientes considerados aderentes, sendo que afro-americanos são considerados não aderentes, *a priori*. No segundo, pesquisa revela que a avaliação médica sobre o apoio familiar ao paciente interfere na prescrição de revascularização cardíaca.

Crenças e estereótipos inconscientes do provedor sobre os clientes modelam seu comportamento. Estudos mostram que a decisão sobre diagnóstico e tratamento é menos participativa com pacientes não brancos e que o comportamento interpessoal do médico (atenção não verbal, empatia, cortesia e fornecimento de informações) varia de acordo com as características do cliente. Por outro lado, o comportamento interpessoal do provedor atua sobre a satisfação, atitudes, confiança e intenções do cliente, afetando sua adesão a tratamentos, utilização de serviços e resultados.

Referências Bibliográficas.

- ANDERSON, K.O. et al. Minority cancer patients and their providers: pain management attitudes and practice. *Cancer*. v.88, p.1.929-1.938. 2000.
- CHANG, J. et al. Pregnancy related mortality surveillance- US, 1991-1999. *MMWR Surveill Summ*, v.52, n.2, p.1-8. 2003.
- CUFFE, S.P. et al., Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. V.34, p.1.536-1.543. 1995.
- DAVIES, S. et al. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ*, v.312, p.533-537. 1996.
- FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. *JAMA*, v. 283, p.2.579-2.584. 2000.
- FISCELLA, K. et al. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Med Care*. v.40, p.52-59. 2002.
- HEANEY, C., VAN, RYN M. . Implication of status, class, gender and cultural diversity for health education practice: the case of worksite stress reduction programs. *Health Educ Res Theory Pract*. V.11, p.57-70. 1996.
- KRESSIN, N.R., PETERSEN, L.A.Z. Racial differences in the use of invasive cardiovascular procedures: review of the literature and prescription for future research. *Ann Intern Med*. V.135, p.352-366. 2001.
- KYLMÄ, J., VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.. Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. *J. Adv Nurs*. 1997.
- LI, V.C., COATES, T.J., EWART, C.K., KIM, Y.J. The effectiveness of smoking cessation advice given during routine medical care: physicians can make a difference. *Am. J Prev Med*. v.3, p.81-86. 1987.
- MOONDLOCH, M.V., COLE, D.C., FRANK, J.W. . Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Can Med Assoc. J*. v.165, p.174-179. 2001.
- NIETERT, P.J., SILVERSTEIN, M.D., SILVER, R.M. Hospital admissions, length of stay, charges, and in-hospital death among patients with systemic sclerosis. *J. Rheumatol*, v.28, n.9, p.2.031-2.037. 2001.
- PIFFATH, T. A. et al. Ethnic differences in cancer mortality trends in the US, 1950-1992. *Ethn Health*, v.6, n.2, p.105-119. 2001.
- QUENAN, L., REMINGTON, P. Diabetes mortality trends in Wisconsin, 1979-1997: the increasing gap between whites and blacks. *WMI*, v.99n.3, p.44-47. 2000.
- SEDLAK, A.J, BROADHURST, D.D. *Third National Incidence Study of Child Neglect*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 1996.
- THAMER, M. et al. U.S. nephrologists' attitudes towards renal transplantation: results from a national survey. *Transplantation*, v.71, p.281-288. 2001.
- TATES, K., MEEUWESSEN, L. Doctor-parent-child communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, v.52, p.839-851. 2001.
- TODD, K.H. et al. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med*. v.35, n.11, p.6. 2001.
- VAN, RYN M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Med Care*, v.40; n.11, p.140-151. 2002.
- WON, A., et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J. Am. Geriatr Soc*.v.47, p.936-942. 1999.

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

Isabel Cristina Fonseca da Cruz*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alimento enquanto agente supostamente terapêutico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³ Ditado popular.

Nós mulheres negras: a importância das ações educativas na redução da histerectomia por miomatose

Vera Cristina de Souza*

A eficácia das ações educativas no tratamento da miomatose para a redução da ocorrência de histerectomia foi constatada em recente pesquisa sobre o tema (SOUZA, 2002).

Tal estudo, desenvolvido entre os anos de 1999 e 2001, consistiu no acompanhamento de um grupo de usuárias, negras e brancas, de um serviço público municipal de saúde, localizado na cidade de São Paulo, no desenvolvimento posterior de ações educativas, vídeos e oficinas, e na aferição de seus resultados.

Participaram da pesquisa 102 mulheres, brancas e negras, com e sem diagnóstico de miomatose, assim como aquelas que apresentavam apenas a suspeita da doença. Foram levados em consideração seus conhecimentos sobre tais tumores (Quadro 1). Além dessa amostra, realizou-se também uma abordagem especial com outras 05 mulheres (três negras e duas brancas) histerectomizadas anteriormente à realização do estudo¹.

A investigação sobre a miomatose e suas conseqüências foi realizada no âmbito das doenças raciais/étnicas, levando-se em conta a especificidade racial e os fatores socioeconômicos que envolvem a questão.

Entendem-se como doenças étnico-raciais as patologias que prevalecem ou são quase exclusivas em determinados grupos raciais (negros, brancos e amarelos) ou étnicos (ciganos, judeus, etc).

A pesquisa corrobora as conclusões de estudo realizado na rede pública de saúde (SOUZA, 1995), que identificou uma série de fatores complicadores, que diminuem as possibilidades de acesso à intervenção cirúrgica, por causa do alto grau de desinformação sobre a doença, pelos elevados índices de abandono do tratamento médico e de ausência às consultas ginecológicas de acompanhamento.

Na ocasião, ficou evidenciada a relação entre miomatose e cor/raça, constatando-se que entre as

Quadro 1 – Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e histerectomia, 2002.

Cor	Com diagnóstico de miomatose com conhecimento	Sem diagnóstico de miomatose com conhecimento	Sem diagnóstico de miomatose sem conhecimento	total
Branca	17	17	17	51
Negra	17	17	17	51
TOTAL	34	34	34	102

O mioma uterino - leiomioma, fibróide do útero ou fibroma - é um tumor benigno, resultante do crescimento anormal das células da parede uterina que atinge cerca de 20 a 25% das mulheres. Surge na idade reprodutiva, geralmente depois dos 30 anos, são raros antes da menarca e podem regredir na menopausa. Apresentam variações de forma, tipo, peso e tamanho.

A miomatose é uma doença de origem múltipla e de causa desconhecida, seus sintomas nem sempre se manifestam nas mulheres que a apresentam, o que tornou o mioma conhecido como "tumor silencioso". O tratamento pode ser clínico (acompanhamento médico e medicamentos) ou cirúrgico (por miomectomia ou por histerectomia). A intervenção cirúrgica poderá ser realizada mediante "cirurgia tradicional a céu aberto" ou através de laparoscopia. A miomectomia, a céu aberto ou laparoscópica, retira apenas o mioma conservando o útero. A histerectomia tradicional, a céu aberto ou laparoscópica, consiste na remoção do útero, acarretando, portanto, o fim definitivo da capacidade reprodutiva.

Por ser uma técnica radical, a histerectomia por miomatose é indicada somente em condições extremas, quando o mioma atinge o tamanho igual ou maior a 12 semanas de gravidez, ou quando provoca anemia grave e incontrolável ou dores intensas.

mulheres negras existe maior incidência de miomas, maior recidiva dos sintomas e da doença, comparativamente às mulheres brancas com o mesmo perfil socioeconômico.

Os resultados obtidos na época apontavam também para a recorrência de miomatose em mulheres ligadas por parentesco (principalmente, mães e irmãs), o que sugere uma característica familiar associada à doença, como é sabido no meio médico.

A pesquisa atualiza os dados anteriores e avança ao propor a realização de ações educativas para o esclarecimento e orientação das mulheres entrevistadas, partindo da premissa de que a difusão da informação sobre a doença promoveria a redução da histerectomia em razão de miomas uterinos.

No início, a investigação concentrou-se na identificação das causas da acentuada ocorrência de histerectomia em mulheres negras e dos motivos do descumprimento das recomendações médicas.

* Socióloga, Mestre e Doutora em Ciências Sociais pela PUC, São Paulo. Docente da UNISA - Universidade de Santo Amaro, Coordenadora do Programa de Saúde do Geledés - Instituto da Mulher Negra e Bolsista do Projeto Gênero, Saúde Reprodutiva e Etnia do NEPO - Núcleo de Estudo de População/UNICAMP. Email: vercris@terra.com.br

Posteriormente, procedeu-se à execução das referidas ações educativas, com a finalidade de orientá-las sobre miomatose e formas de tratamento, bem como informá-las sobre o caráter irreversível da histerectomia, visando contribuir para a redução do número de mulheres que se submetem à cirurgia devido à desinformação.

Além de diminuir o desconhecimento generalizado sobre a doença, o estudo objetivou retratar a invisibilidade da questão racial e dimensionar o impacto dos aspectos racial e socioeconômico nas condições de saúde da mulher negra.

Entretanto determinados fatores intrinsecamente relacionados à temática racial, como a negação da existência de discriminação racial no Brasil e o nível incipiente de conhecimento sobre doenças raciais, prejudicaram o desenvolvimento da pesquisa e restringiram o aproveitamento de seus resultados.

Ademais, a dificuldade de identificação racial em uma sociedade multirracial e marcada pela miscigenação constitui um obstáculo tangível, verificável inclusive na disparidade da classificação oficial, que carece de sistematização e é ainda palco de muitas discussões.

No Brasil, a categoria cor sempre aparece associada à idéia de raça, noção que vai além dos critérios discutíveis usados nos censos e gera equívocos que permeiam todos os setores da sociedade. Na área de saúde, a inabilidade para tratar o assunto cria problemas que condicionam o grau de conhecimento possível sobre a manifestação e o tratamento de doenças raciais/étnicas.

O quesito cor é um item de fundamental importância na área de saúde e sua presença nos formulários de identificação médica consiste em uma antiga reivindicação do movimento social negro, uma vez que permite ampliar substancialmente o conhecimento sobre doenças e mortalidade desse grupo racial.

Tal reivindicação, porém, depara-se com a resistência tanto dos profissionais de saúde como dos atendentes administrativos, já que a indagação sobre o quesito cor é ignorada por eles por ser compreendida como prática discriminatória, numa evidente demonstração de como a problemática racial se manifesta na prática e justifica a necessidade de vinculação da variável cor/raça ao binômio saúde/doença.

A abordagem da identificação racial provocou constrangimento no decorrer de toda a pesquisa, retratando a invisibilidade do tema.

Metodologia e resultados

A metodologia de trabalho utilizada compreendeu duas fases. Na primeira fase, efetuou-se uma pesquisa domiciliar com a totalidade das mulheres, que revelou um elevado grau de desconhecimento sobre miomatose e histerectomia e forneceu parâmetros para a produção de um primeiro vídeo informativo, apresentado para metade das mulheres entrevistadas. Na segunda fase, realizou-se nova pesquisa somente com esse grupo de mulheres e produziu-se um segundo vídeo informativo, acrescido de depoimentos que retrataram experiências

individuais com a doença.

Branças e negras manifestaram posições antagônicas sobre a questão racial, sendo a própria discussão das doenças raciais/étnicas vista como ato discriminatório e a vinculação da doença a um grupo étnico-racial – negros – entendida como atitude racista.

Outro aspecto relevante foi a constatação de que o entendimento e a conduta das mulheres diante da doença tem como base representações culturais específicas.

Em um universo de mulheres marcado pela incidência de miomatose e vivência ou proximidade de histerectomia, surgiram como pontos centrais as noções de malignidade, mutilação e responsabilidade pela doença, sendo os principais locais de construção de tais representações, nessa ordem, as relações de amizade, a família, o centro de saúde e a televisão.

Após nove meses de acompanhamento desse grupo de mulheres, os resultados da pesquisa comprovaram a eficácia das ações educativas, particularmente pela confirmação da ampliação do conhecimento das mulheres sobre miomas e histerectomia.

Constatarem-se alterações no comportamento da grande maioria das mulheres entrevistadas que, após serem expostas às ações educativas, passaram a seguir as recomendações médicas.

Nessa etapa, dois aspectos chamaram a atenção: a observação da surpresa das mulheres por não terem sido informadas anteriormente sobre as características da doença e a verbalização do temor de não conseguir tornar concreto o conhecimento adquirido.

No que tange especificamente à questão racial, destaca-se o entendimento das mulheres, brancas e negras, da discussão racial como ato discriminatório e a verificação da real dificuldade dos profissionais de saúde em fazer o recorte racial.

As causas da acentuada ocorrência de histerectomia e os motivos do descumprimento das orientações médicas, mapeados pela pesquisa, merecem destaque, visto que forneceram o embasamento para definir as ações que viriam a orientar as mulheres.

O resultado da aplicação das ações educativas demonstra, de forma prática, como é possível contribuir para a redução da histerectomia por desinformação, ratificando a importância da promoção de ações similares.

No texto integral, a pesquisa fornece dados detalhados sobre saúde/doença e condições de vida da população negra, abrindo perspectivas para outros estudos e fornecendo elementos para fundamentar as reivindicações de políticas públicas para a área de saúde, imprescindíveis para reverter a precariedade vigente.

Referências Bibliográficas

- SOUZA, V.C. *Mulher negra e miomas: uma incursão na área de saúde, raça/etnia*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado) - PUCSP.
- SOUZA, V.C. *Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e histerectomia*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado) - PUCSP.

Sobre mulheres negras: intersecções de gênero e raça

Raquel Souza*

A compreensão da saúde da mulher negra requer um aporte teórico tanto biológico como social, pois o racismo intervém no processo saúde-doença e repercute na saúde das mulheres. A emergência de sujeitos de direito e, ao mesmo tempo, a dinâmica das relações raciais no Brasil acrescentam novos significados à questão da discriminação no campo da saúde. Por isso, o *Livro da saúde das mulheres negras* é de enorme importância para nós (WERNECK, 2000).

As inúmeras iniciativas nesse campo e nos estudos das relações raciais no Brasil, tais como produzir informação e conhecimento da realidade da população negra no campo de saúde, trabalho e gênero, são uma garantia de pluralidade nos “negócios humanos” e possibilitam conhecer a especificidade da população negra no referido campo.

Nesse leque de alternativas, o diálogo entre movimento negro e instâncias governamentais viabilizou, no ano de 1990, através da Portaria 696/90, a introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Saúde, em São Paulo, resultando numa publicação onde se apresenta a morbidade da população atendida nos serviços ambulatoriais do município, segundo o critério de cor (Caderno Cefor 6, 1992).

Ainda no âmbito municipal, a Prefeitura de São Paulo realizou em Maio de 2003 a *I Conferência Municipal de Saúde da População Negra*, cujo tema foi *Controle Social e Inclusão Étnico-Racial*, com a participação de várias organizações, visando à promoção da igualdade no campo saúde¹.

Em âmbito nacional, existe, atualmente, o Comitê Assessor para Assuntos da População Negra na OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Deste grupo saiu a formulação da *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Trata-se de uma formulação técnica e política que propõe intervenções para a produção de conhecimento, capacitação profissional, informação e atenção à saúde. A reivindicação de políticas que impactem na desigualdade racial no Brasil vem de longa data e coloca em destaque o movimento de mulheres negras. A *Declaração de Itapeperica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras* e o documento *Articulação de Mulheres Negras Brasileiras Rumo à III Conferência Mundial Contra o Racismo* são documentos centrais para a nossa discussão, pois pontuam dois momentos sociais e políticos importantes: as Conferências de População, Cairo, 1994 e a III Conferência Mundial Contra Racismo, Discriminação, Xenofobias e Intolerâncias Correlatas, Durban, 2001.

No processo dessa última, ocorreram conferências regionais em todo mundo, como a *Conferência Regional*

das Américas Contra o Racismo ocorrida no Chile, cujo documento, no parágrafo 111, requer que a OPAS “promova ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significativa em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de ascendência africana”.

O diagnóstico feito pelo Município de São Paulo (Caderno Cefor 6, 1992) revelou que as gestantes pretas e pardas da área de Itaquera Guaianazes procuravam menos o serviço do que as outras, no primeiro trimestre, a demanda era de 30,5% e, no terceiro trimestre, caía para 20,2%. Isto refletia a assistência à mulher em idade reprodutiva e gestante, revelando que a mulher preta e parda procurava menos o serviço de saúde para o seu atendimento ou, na verdade, estava excluída do atendimento à saúde do município. Os dados apontavam também para a importância do problema da pressão arterial entre as mulheres negras. Já a Declaração de Itapeperica da Serra apontava para o abuso na esterilização cirúrgica e o rápido crescimento da Aids, resultante da dificuldade das mulheres negras em controlar sua capacidade reprodutiva e sexualidade. Havia a concepção de “liberdade reprodutiva como essencial para as etnias discriminadas”. Com isto, pretendia-se que a reprodução fosse decidida no âmbito do privado, cabendo ao Estado garantir os direitos reprodutivos e assegurar condições para a manutenção da vida.

Segundo ROLAND (2000), o peso político, que teve a Declaração de Itapeperica (1993), habilitou-as como um sujeito social e político e permitiu a inserção em outros espaços. A questão da saúde teve para o movimento de mulheres negras desde o início uma grande importância. Neste campo atuavam equipes como o Programa de Saúde do Geledes que posteriormente fundou a Fala Preta! Organização de Mulheres Negras. Atuavam também equipes de pesquisadoras no Programa de Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, no CEBRAP (SP), posteriormente ampliado para a População Negra e o Núcleo de Estudos da População (NEPO) da Universidade de Campinas (UNICAMP).

Os Jornais da Rede Saúde (2000; 2001) tratam de problemas como a mortalidade materna, mortalidade infantil, miomatoses, anemia falciforme e outras reflexões de importância e interesse para a luta das mulheres

* Socióloga, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Pública pela FSP/USP. Membro da Fala Preta! Organização de Mulheres Negras. E-mail rsouzas@usp.br; raquel.souzas@terra.com.br

¹ Está em processo de votação na Câmara Municipal de São Paulo o Projeto de lei 35/2000 “Quesito Cor” de autoria do vereador Carlos Neder.

negras, apontando dados e informações consistentes sobre a saúde dessas mulheres. Fornecem subsídios para a luta por melhores condições de vida e para a organização de pautas para o movimento de mulheres negras.

Na questão da saúde, ao longo de uma década, revelaram-se as maiores injustiças. Durante esse período, o movimento de mulheres negras também se consolidou como um sujeito social e político e no documento da "Articulação das Mulheres Negras Brasileiras: Rumo à III Conferência Mundial Contra o Racismo", além de problemas estruturais como a pobreza e a miséria a que as mulheres negras estão expostas, evidencia-se que o mercado de trabalho é altamente injusto com elas e que a naturalização do racismo e do sexismo faz com que as injustiças contra as mulheres negras permaneçam sem visibilidade em nossa sociedade. Mais estritamente quanto à questão da saúde e gênero, denuncia a permanência do descaso com as doenças de maior prevalência na população negra, o impacto do racismo na saúde mental, a solidão das mulheres negras, determinada por uma rejeição causada por estereótipos, e a violência contra a mulher que não respeita fronteiras de raça ou cor, geração e classe social. O impacto do racismo se faz presente na exclusão do atendimento adequado, seja por causas variadas que levam à maior prevalência de determinadas doenças, seja porque a população negra está em grande parte entre os mais pobres.

Neste debate, as mulheres negras emergem como um sujeito político de grande participação e sem a qual não seria possível compreender e tornar visíveis estas questões. Para EDNA ROLAND (2000), existem dificuldades para esse reconhecimento que precisam ser superadas, para que se alcance um outro patamar na discussão sobre questão racial e saúde. Entre elas estão: as diferenças de concepção sobre o movimento de mulheres negras, a idéia de que a mulher negra é um tema "específico" ou do movimento negro, ou do movimento de mulheres; dificuldades de relacionamento das diversas tendências e organizações presentes no movimento; dificuldades de legitimação e validação de lideranças e interferências de outros setores no movimento de mulheres negras.

Em suma, segundo ROLAND (2000), tais dificuldades são geradas pelo etnocentrismo e patriarcalismo que dão origem à idéia de que a questão da mulher negra é uma questão "específica" quer seja do movimento de mulheres, quer seja dos negros, impedindo-a de ter existência própria e autodeterminação como sujeito social e político, representante de uma parcela significativa das mulheres e da população.

É necessário que o movimento de mulheres negras seja compreendido como um sujeito político e autônomo e que suas reivindicações sejam entendidas a partir desse foco.

Com relação à saúde, evidencia-se a urgência dessas reivindicações e como o racismo é, enfim, corporificado e transformado em realidade adversa para as mulheres negras. Nessa direção os trabalhos de SOUZA (2002),

BATISTA (2002) e LOPES (2003) desvelam que a saúde das mulheres negras sofre ingerências de múltiplos fatores, advindos da condição de gênero e do racismo, determinando, assim, uma menor autonomia para elas.

Referências Bibliográficas

BATISTA, L. E. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. Araraquara, 2002. Tese (Doutorado) - Unesp.

Jornal da Redesaúde [periódico on-line] n.23, mar. 2001. Disponível em <www.redesaude.org.br>

Jornal da Redesaúde [periódico on-line] n.22, nov. 2000. Disponível em <www.redesaude.org.br>

_____. Documento da Articulação de Mulheres Negras . In: Conferência Mundial Contra o Racismo, 3 [s.n.t.]. Anais...

LOPES, F. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo*. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP .

MARTINS, A. L. Maior risco para mulheres negras no Brasil.. *Jornal da redesaúde*, 2001. N.23, p.37-40.

MUNANGA, K. *Rediscutindo a Mestiçagem no Brasil*. Petrópolis:Editora Vozes,1999.

NEDER, C. *Quesito Cor: propostas para uma São Paulo saudável e solidária*. [on-line]. [s.n.t.]. São Paulo. Disponível em <www.ibase.org.br/~neder>

ROLAND, E. O movimento de mulheres negras brasileiras: desafios e perspectivas. In: GUIMARÃES, A . S. , HUNTLEY, L. (org.). *Tirando a Mascara: Ensaio sobre o racismo no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra, 2000.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Trabalho Quesito Cor. *CEFOR: Introdução do Quesito Cor no Sistema Municipal de Informação à Saúde* , São Paulo, cad.6., 1992

SANTOS, G.A . dos; *A Invenção do ser negro: um percurso das idéias que naturalizaram a inferioridade dos negros*. São Paulo: Eudc/Fapesp , 2002.

SOUZA, V.C. *Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e hietrectomia*, São Paulo, 2002. Tese (Ddoutorado) - PUOSP.

WERNECK, J., MENDONÇA, M., WHITE, E.C. (org.). *O Livro da Saúde das Mulheres Negras*. Rio de Janeiro: Pallas:Criola, 2000.



Otávio Augusto Kaickmann

Perguntar a cor e raça é racismo?

O impacto da autoclassificação na rotina de um serviço de saúde pública em São Paulo

Andréa Santos Rafael *

Me desculpe, mas qual é a sua cor? Hoje esta frase carrega um sentido provocativo, porém há bem pouco tempo ela traduzia nosso embaraço ao consultarmos os usuários quanto ao quesito cor e raça, no nosso primeiro contato com a autoclassificação, no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT/DST-Aids) de São Paulo.

Nem tínhamos idéia das possíveis transformações que se iniciavam em nós, profissionais de saúde de um serviço que atende aproximadamente 3.500 portadores de HIV/Aids em um dos seus ambulatórios e que precisava atualizar urgentemente os dados de identificação dos seus usuários.

Nosso foco de atenção era o contrato de sigredo que iríamos estabelecer com cada indivíduo, com relação às formas do CRT entrar em contato com seus clientes, tendo em vista o enorme número de falsos endereços e telefones que nossos pacientes nos forneciam. Ninguém queria ser localizado em seu trabalho ou domicílio, com medo de ser revelada a sua situação de portador do HIV. Apesar de que a supervisão dos cuidados quanto à ética e ao sigilo no contato com nossos usuários fosse uma preocupação constante, ainda não havíamos passado por uma situação de campanha, nossos dados estavam desatualizados, não conseguíamos, por exemplo, desmarcar ou remarcar consultas adequadamente. Esta limitação de comunicação trazia prejuízos e desgastes para o serviço, e para os usuários, que, muitas vezes, só sabiam do reagendamento, quando compareciam ao CRT.

Por tudo isso chegara o nosso momento de uma reflexão conjunta sobre a ética, sigilo, cidadania e respeito mútuo entre instituição e clientela. Convocamos voluntários para aplicar a ficha de atualização de matrícula com seu respectivo contrato de sigilo, mas era preciso parar e rever todo o processo, havia uma tarefa adicional: incorporar a autoclassificação para cor e raça ao nosso questionário... *"Quer dizer que a gente vai ter de perguntar também aos usuários qual é a cor e a raça deles?"*; *"Mas perguntar sobre a cor e raça das pessoas não é racismo?"* Reagimos com estupefação e algum incômodo começou a brotar, pois, a partir daquele momento, percebemos o quanto é difícil falar sobre a cor da pele ou raça das pessoas no Brasil, tanto para quem pergunta quanto para quem responde.

Neste país, até há poucos anos escravocrata, chamar as pessoas de "preto (a)" tornou-se quase sinônimo de desmerecimento. A cor da pele e/ou raça das pessoas é assunto vetado em nossos círculos de família ou de amigos. No entanto comentários sobre questões raciais permeiam as conversas de pé de ouvido, ou desabafos irônicos nos elevadores, cozinhas e corredores. No Brasil não é costume perguntar a cor/raça das pessoas. Este traço da nossa cultura também estava introjetado em nós, profissionais de saúde, que não nos sentíamos nem um pouco à vontade nem entendíamos a necessidade de pesquisarmos desta forma este item. Afinal de contas, todo mundo, lá matriculado, já tinha sido identificado

por outro profissional como pertencente ao mundo dos brancos, pardos, negros ou amarelos, no clássico método de heteroclassificação... *Para que perguntar isso a cada um deles na campanha de atualização de matrícula?*

Nossa experiência talvez possa ajudar outros serviços, pois, no início, não estávamos preparados para esta rotina, e nosso primeiro passo foi entender melhor e compartilhar com a equipe de profissionais e voluntários o objetivo e importância deste dado. Tivemos de passar por um processo de discussão, no qual constatamos que o primeiro fator importante é a maneira pela qual cada indivíduo se reconhece, e não a idéia que fazemos dele, ao olharmos a cor da sua pele. Existem pessoas de cor preta que não se identificam como pretos, assim como há pessoas de pele clara enraizadas na cultura negra. Esta foi a nossa primeira lição, a heteroclassificação é falha e não reflete o conjunto de valores étnico-raciais a que pertence um indivíduo ou grupo de pessoas, como os nossos pacientes.

A segunda etapa foi discutir com a equipe a necessidade de levantar este dado, momento de aprender sobre as desigualdades de incidência de mortalidade pelo HIV/Aids nos indivíduos negros e brancos, incluindo dados do próprio CRT. Aos poucos, foi tornando-se evidente que precisávamos realizar um diagnóstico mais adequado para avaliar se estratégias adicionais deveriam ser pensadas para esta ou aquela população. Foi um longo processo de discussão, envolvendo toda a equipe e, muito mais profundamente, os voluntários, que fariam o corpo-a-corpo com os usuários. Revimos nossos conceitos e sentimentos, em relação ao racismo, assistimos a vídeos e palestras epidemiológicas, foi um trabalho de treinamento e capacitação, para que nossos entrevistadores pudessem perguntar mais tranquilamente aos usuários a qual cor/raça eles pertenciam. Nem sempre foi um processo sereno, alguns usuários respondiam *"ué, não tá vendo não?"* Outros ainda ficavam incomodados e diziam *"isto é racismo"*, mas a equipe procurava esclarecer a importância e o objetivo de levantar este dado desta maneira.

Foi uma experiência realmente transformadora, não só em nossas vidas mas também pelos principais resultados levantados. Um deles foi o surgimento de uma população que se autoclassificou como **indígena**, formada por 24 usuários da instituição que haviam sido anteriormente classificados (heteroclassificação) como brancos (22) e negros (2). A oportunidade de expressão e reflexão das pessoas sobre as questões étnico-raciais foi muito enriquecedora, deu-nos oportunidade para perceber falhas, possibilitando melhorar nosso atendimento, rever estratégias e ampliar nosso olhar de cuidadores da saúde mais adequados às singularidades de cada indivíduo.

* Médica Infectologista, Mestre em Doenças Infecciosas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Assistente da Diretoria CE-DST/Aids – SP. Email: andrearaafael@crt.saude.sp.gov.br

Construindo atividades educativas

Suzana Kalckmann*

Os autores que tratam da temática “saúde e etnia/raça” são unânimes em explicitar a necessidade do registro de informações sobre o quesito cor nos prontuários dos Serviços de Saúde. Estas informações são essenciais tanto para tornarem visíveis as discriminações sofridas pela população negra, quanto para que os serviços possam melhor adequar suas atividades a essa população. Contudo é também conhecida a imensa dificuldade para conscientizar e convencer os profissionais sobre essa necessidade, visto que, nos serviços de saúde da prefeitura do município de São Paulo, apesar da obrigatoriedade do preenchimento do quesito cor desde 1990, ele continua a ser ausente e/ou pouco preenchido. Esta resistência reflete a dificuldade que temos, em nossa sociedade, de enfrentar as questões de racismo, independente de sermos brancos, negros ou índios.

É fundamental, neste momento, desenvolvermos atividades educativas direcionadas aos profissionais de saúde, de todos os níveis, para que os avanços conquistados em esferas superiores de decisões se tornem concretos¹. Assim como, elaborarmos materiais instrucionais que possam subsidiar tais intervenções.

Espero que os princípios norteadores desses trabalhos sejam entender **saúde** como um direito dos cidadãos e a **prática educativa**, como desencadeadora de ações. E que as pessoas sejam sujeitos ativos de seus próprios processos educativos (pedagogia problematizadora).

Para tanto, é importante adotarmos dinâmicas e técnicas variadas, que estimulem, além da verbal, outras formas de expressão, deixando aflorar as diferentes e inseparáveis dimensões de cada participante. Em especial, quando se trata de questões, como racismo, discriminações, etc, geradas por (pré)conceitos construídos socialmente, durante anos, é primordial que se criem dinâmicas que possibilitem aos participantes sentirem “na pele” o impacto das discriminações. Sabe-se que, por mais contundente, adequada, sofisticada e científica a informação, ela, por si, tem, pois, baixa probabilidade de desencadear mudanças de comportamentos, ou seja, novas ações. Devemos ter claro que, nestes assuntos, as informações específicas se misturam a emoções, desejos, fantasias, frustrações e medos. Por isso, é interessante mesclar vivências fundamentadas na teoria psicodramática que defende a mobilização de sentimentos para que os conhecimentos sejam revertidos em ações. Segundo essa teoria, os dados de realidade trazidos ao espaço dramático e ou de reflexão são re-elaborados no espaço grupal e devolvidos ao espaço social, e cada um dos

sujeitos pode utilizar esse repertório, da melhor maneira, para reestruturar seu cotidiano.

Enfim, é importante criar espaços de aprendizagem, que permitam a (re)significação de conceitos e valores e que ampliem a auto-estima dos profissionais envolvidos.



Retrato de Zana
Libéria, Kran

Exposição Arte da África
© Ethnologisches Museum, Berlin

* Bióloga com especialização em Saúde Pública pela FSP-USP, Mestre em Epidemiologia pela UNIFESP. Pesquisadora do Instituto de Saúde e integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Email: suzanak@isaude.sp.gov.br

¹ Ver artigos de Fernanda Lopes, Luís Eduardo Batista e Raquel Souza, nesta edição nas páginas 7, 18 e .29.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no governo Lula: o caso dos DSEIs Litoral Sul e DSEIs Interior Sul

István van Deursen Varga* e Luiz de Souza Karai Guarani**

Apontadas¹ como exemplos das arbitrariedades e distorções praticadas pela primeira gestão do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em relação à política de saúde para os povos indígenas e aos princípios, metodologias de implantação, modelo gerencial e de controle social dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), definidos pelas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, as configurações do DSEI Litoral Sul e do DSEI Interior Sul vêm sendo objeto, mais recentemente, de intenso trabalho e discussão, por iniciativa das próprias comunidades abrangidas.

Também por iniciativa de suas lideranças e representantes, o assunto vem ocupando a pauta de reuniões dos respectivos Conselhos Locais e Distritais, de ambos os DSEIs e de vários encontros, como os recentemente realizados em São Paulo/SP, pela Comissão Pró-Índio de São Paulo e pela Coordenação Regional do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) Sul (17-19/9/2003), e na aldeia Rio Branco, em Itanhaém/SP, realizado pela Comissão Pastoral da Criança da Diocese de Santos (19-21/9/2003).

Este processo é muito importante: ele é que deveria, aliás, definir e fundar mesmo os Distritos, segundo metodologia estabelecida, já em 1993, pela II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

Mais ainda, mesmo a idéia deste "processo" é central no próprio conceito de Distrito Sanitário, conforme indica MENDES (1999).

Como se sabe, a implantação dos DSEIs, no entanto, sobretudo nos estados do Nordeste, Sul e Sudeste, não foi encaminhada segundo estes princípios e metodologias, resultando na delimitação e tentativas de implantação de alguns dos DSEIs mais problemáticos e de pior desempenho: é o caso, no Sul e Sudeste, dos DSEIs Litoral Sul e Interior Sul, e, no Nordeste, do DSEI Maranhão, por exemplo, entre vários outros.

O DSEI Litoral Sul incide em nada menos que cinco estados das regiões Sul e Sudeste – Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro – abrangendo as comunidades indígenas da faixa costeira de todos estes estados e as da Região Metropolitana de São Paulo. O DSEI Interior Sul incide nos mesmos estados, à exceção do Rio de Janeiro, abrangendo as comunidades indígenas numa faixa paralela, pelo "interior", à do DSEI Litoral Sul. O DSEI Litoral Sul tem sede em Curitiba/PR (município que não está no "litoral" ...); já o DSEI Interior Sul tem sede em Florianópolis/SC (município que não está no "interior" ...).

Há indigenistas e sanitaristas que buscam justificar a configuração do DSEI Litoral Sul, com o argumento de que foi concebido como um DSEI para os Guaranis, cujas comunidades mantêm intensa mobilidade e comunicação entre todos estes estados e com as do Espírito Santo (não abrangidas, no entanto, pelo DSEI Litoral Sul).

Os dados do Censo Demográfico de 2000 do IBGE, por exemplo, são os que apontam, contudo, de maneira mais contundente, para a urgente necessidade de redefinir as configurações de vários DSEIs.

Em São Paulo, a FUNAI, entidades indigenistas e ambientalistas, assim como a FUNASA e demais instituições de saúde, vinham trabalhando com estimativas e contagens que indicavam uma população indígena de cerca de 3.000 pessoas no estado, com grande predominância Guarani. Já o Censo do IBGE, utilizando a auto-identificação como método para o quesito cor/raça (o próprio recenseado define sua cor/raça), registrou 63.789 índios no estado: a terceira maior população indígena do país, em números absolutos, superada apenas pelas do estado do Amazonas (de 113.391 indivíduos) e da Bahia (de 64.240 indivíduos).

Estas informações, é claro, exigirão maiores investigações, de modo que se possa detalhá-las mais, por exemplo, no que se refere às identidades desses grupos indígenas, mas desde já se pode dizer que acarretarão profundas redefinições no modelo operacional adotado pela atual política de atenção aos povos indígenas, construído visando ao atendimento, sobretudo, de comunidades indígenas ditas "aldeadas".

Muito menos conhecidas (e reconhecidas), as comunidades indígenas presentes nas periferias das grandes cidades possivelmente constituem o maior

* Médico, com especializações em Saúde Pública e em Homeopatia, mestrado em Antropologia Social, doutorado em Saúde Pública; Médico Sanitarista da Coordenação dos Institutos de Pesquisa, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (em licença sem vencimentos); Professor Adjunto do Departamento de Sociologia e Antropologia, e Coordenador do Mestrado em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão.
Email: ivarga@uol.com.br

** Agente Indígena de Saúde da aldeia Itaoca (Mongaguá/SP), Presidente do Conselho Local de Saúde do Litoral Sul e Vale do Ribeira de São Paulo, membro do Conselho Distrital do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul.

¹ Em relatórios técnicos e de eventos realizados pela própria FUNASA (como a Oficina Macro-Regional para Povos Indígenas, realizada pela CN DST e Aids e pela FUNASA, de 19 a 22/05/2003, em Campo Grande/MS), e na literatura específica sobre políticas de saúde para povos indígenas – cf. VARGA e ADORNO 2001, VARGA 2002, VARGA 2003.

contingente de população indígena em São Paulo, como já indicavam os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 1998: nada menos que 33.829 pessoas já se identificavam como de “cor ou raça” “indígena”, só na Região Metropolitana de São Paulo (IBGE, 1998-2).

Estas, certamente, também são as comunidades mais vulneráveis a vários agravos: é o caso das DSTs e da Aids, por exemplo, como indicam os relatórios de oficinas macro-regionais de atenção às DSTs e Aids, realizadas pela Coordenação Nacional de DST e Aids, desde 1997, e os dados divulgados, mais recentemente, pela Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo (2003).

Pode-se dizer que há relativo consenso, entre as comunidades Guarani e Tupi-Guarani de São Paulo atualmente abrangidas pelo DSEI Litoral Sul, de que é muito importante que a construção desse “subsistema” de atenção à saúde dos povos indígenas viabilize uma permanente comunicação e rotina de reuniões entre todas as comunidades Guarani e Tupi-Guarani: o processo de implantação do DSEI Litoral Sul, de fato, segundo depoimentos de várias lideranças, vem permitindo maior mobilidade e capacidade de comunicação entre as comunidades já abrangidas.

Por outro lado, também se pode dizer que é generalizada a crítica às grandes dificuldades operacionais e de articulação política com os governos municipais e estaduais envolvidos, advindas da gigantesca extensão de ambos distritos.

Nada impediria, no entanto, a configuração de vários DSEIs Guarani e Tupi-Guarani, bem menores, mas articulados entre si, que viabilizassem e intensificassem ainda mais, com maior agilidade e eficiência operacional, administrativa e política, essa comunicação e mobilidade entre as comunidades abrangidas: esta é uma perspectiva que se vem delineando nas discussões em andamento, entre os Guarani e Tupi-Guarani de São Paulo.

Quanto maior o número de DSEIs, maior a participação e o poder de controle social dos índios: maior o número de Conselhos Distritais e, portanto, de participantes e conselheiros indígenas, com voz e assento nessas que deveriam ser as principais instâncias de planejamento, controle social e avaliação da política de saúde para os povos indígenas.

Embora o desdobramento dos atuais DSEIs esbarre em limitações administrativas internas da FUNASA, implicando em alterações no organograma do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) – exigindo, por exemplo, a criação de novos cargos remunerados (como os das Chefias dos novos DSEIs) – essa discussão, amadurecida, precisa ser claramente colocada na pauta de negociações do movimento indígena com a FUNASA e o Ministério da Saúde: afinal, a inserção dos DSEIs na FUNASA e em seu fluxo interno de poder – medida que vem sendo contestada (e, por enquanto, tolerada...) por importantes setores do movimento indígena, indigenista

e sanitarista – também contradiz várias deliberações de Conferências Nacionais de Saúde, para as quais a gestão dos DSEIs deveria ser inter e supra-institucional e sua vinculação remetida diretamente ao Ministério da Saúde, sem instâncias intermediárias.

O processo de realização da Conferência Nacional de Saúde é a melhor oportunidade para amadurecer e fazer repercutir essa discussão. Esperamos que os Conselhos de Saúde, a Comissão Organizadora da XII Conferência Nacional de Saúde, a FUNASA e as demais instituições e entidades envolvidas garantam as condições para uma ampla participação dos índios, em todas as suas etapas.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO. RELATÓRIO FINAL, 1, 1986. *Anais...* Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. RELATÓRIO FINAL, 3, 2001. *Anais...* Luziânia: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/ Departamento de Saúde Indígena.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS.. ENCONTRO MACRORREGIONAL DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST E AIDS PARA OS POVOS INDÍGENAS DA AMAZÔNIA ORIENTAL - RELATÓRIO CONSOLIDADO, 1998. *Anais...* Macapá: MS/SPS/CN DST e AIDS (mimeo).

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, 2003. Atenção às DSTs e Aids em comunidades indígenas localizadas na Região Metropolitana de São Paulo (ajuda-memória de reunião realizada pela Coordenação Nacional de DST e Aids, e pela Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, aos 16 de abril de 2003). São Paulo: Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo (mimeo).

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS. RELATÓRIO FINAL, 2, 1993. *Anais...* Luziânia.

VARGA, István Van Dursen. *Pelas fronteiras e trincheiras do indigenismo e do sanitarismo: a atenção às DST em comunidades indígenas, no contexto das políticas e práticas indigenistas e de saúde, na Pré-Amazônia*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública. USP.

VARGA, István Van Deursen. *Dos medicamentos aos índios “genéricos”*: problemas e desafios legados, pelo governo Fernando Henrique Cardoso, aos campos das políticas indigenista e de saúde para os povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.98, 2003.

VARGA, István Van Deursen; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. *Terceirizando a indianidade?* sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos ‘500 anos’. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.2, n.1, p.9-26, 2001.

O uso de bebidas alcoólicas entre os Krahôs: paradoxo da potência xamânica

Rodrigo Barbosa Ribeiro*

O uso de bebidas alcoólicas ocorre em sociedades das mais variadas localidades e tipos, desde tempos imemoriais. Entretanto, atualmente, temos presenciado o crescimento de um tipo especial de utilização, conhecida como alcoolismo, que se caracteriza pelo estabelecimento da dependência (psíquica e física) em relação a essas substâncias. Essa forma de “drogadicção” vem se expandindo consideravelmente, não existindo nenhum grupo humano imune a ela.

É nesse ambiente que surgem vários estudos sobre o uso comparado de psicotrópicos, inclusive entre as sociedades indígenas, sempre esboçando uma forma de análise que auxilie no combate a esse problema. Em minha pesquisa de mestrado realizada na PUC-SP (RIBEIRO, 2001), que resultou na dissertação intitulada “*Krahô, cupen, Turkren: o uso de bebidas alcoólicas e as máquinas sociais primitivas*”, busquei deslocar um pouco a questão. Deste modo, procurei fazer uma análise mais compreensiva dos fatores que intervêm no uso de bebidas alcoólicas entre os Krahôs – um dentre os povos do complexo cultural dos Timbiras, falante de uma língua classificada no tronco linguístico jê e cuja reserva se situa no norte do Estado de Tocantins.

Neste contexto cultural, as bebidas alcoólicas não estão associadas à “drogadicção”, ao menos tal como ela se manifesta nas sociedades ocidentais – isto é, como uma forma de fuga individualizada em relação aos códigos sociais vigentes, recaindo na “reterritorialização” abjeta conhecida como alcoolismo/dependência. De fato, o uso se faz em conformidade com o *socius* desses Timbiras, que procura codificar todas as formas de desejo que cortam o corpo social. Em poucas palavras, os Krahôs não procuram expulsar a utilização das bebidas alcoólicas do seio de sua sociedade, mas fazem uma apropriação e

um uso peculiar dessa substância, em conformidade com os valores e práticas dessa sociedade.

Nesse esteio, podemos ver que o álcool é uma substância ligada às práticas xamânicas, criando uma forma de devir, no qual há uma busca na direção de um vir-a-ser não-Timbira, a um ser *cupen* (homem branco), e isso se dá (também, mas não só necessariamente) pelo estabelecimento de um uso descomedido de bebidas alcoólicas. Desse modo, o uso de bebidas alcoólicas, embora apropriado pelos Krahôs, não deixa de ser um elemento causador de profundas perturbações na vida social desse povo. Mas isso em conformidade com a pragmática Timbira de conflitos, que relaciona parte das disfunções que eles experimentam à existência de uma potência maligna em tudo que é alheio/externo à sua forma própria de vida. Isto é, o *cupen* (homem branco e tudo relacionado a ele, inclusive bebidas alcoólicas) é percebido como um elemento causador de problemas, por ele ser contrário à forma de viver Timbira.

Assim, os problemas provenientes do uso dessas substâncias não decorrem da existência de um alcoolismo em massa, nessa sociedade, mas são decorrentes de um caráter interno aos padrões de conduta dos membros dessa sociedade. Este padrão propicia uma disfunção que evidencia uma situação paradoxal, na qual *ser e não-ser* Krahô está associado à experimentação alcoólica.

Referências Bibliográficas

RIBEIRO, R.B. *Krahô, cupen, Turkren: o uso de bebidas alcoólicas e as máquinas sociais primitivas*. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado) -1 PUCSP.

* Antropólogo, Mestre em Ciências Sociais com concentração em antropologia pela PUC, São Paulo, docente da PUC/SP. Email: rodrigo_barbosa@hotmail.com



Navegue!

Nessa seção, o BIS disponibiliza alguns endereços eletrônicos sobre o tema. O leitor poderá encontrar outras sugestões nesses endereços. Navegue!

SITES

Mulheres negras do umbigo para o mundo
www.mulheresnegras.org
Rede Saúde
www.redesaude.org.br/dossies
Casa da Cultura da Mulher Negra
www.cantinho.com
CRIOLA
www.criola.org.org
Fala Preta! Organização de Mulheres Negras
www.falapreta.org.br
Centro de Estudos Afro-asiáticos
www.candidomendes.br

Conselho Indígena de Roraima
www.cir.org.br
Centro de Estudos das Relações do Trabalho e Desigualdade
www.ceert.org.br
Observatório Afro-Brasileiro
www.observatorioafrobrasileiro.org
Geledes - Instituto da Mulher Negra
www.geledes.com.br
Conselho Estadual da Part. e Des. da Comunidade Negra
www.comunidadenegra.gov.br

Relato de experiência em área indígena Yanomami: Ericó- DST

Valdeli Aparecida de Lucca*

Os Yanomamis são o maior povo indígena das Américas, cerca de vinte mil pessoas no Brasil e na Venezuela, registram o menor grau de interferência das sociedades envolventes. A família Yanomami divide-se em quatro subgrupos lingüísticos Sanumá, Yanoman, Yanomami e Xiriana (Yanan e/ ou Ninan).

O Parque Indígena Yanomami, no lado brasileiro, abrange uma área de 9.419.108 hectares de florestas, localizadas, em parte, nos estados de Roraima e Amazonas.

Um tapete de florestas equatoriais, exceto as savanas nas áreas mais altas, cobre o terreno acidentado e basicamente formado pelas serras Pacaraima, Parima e Tapirapecó, que constituem o divisor de águas entre as bacias dos rios Amazonas e Orinoco, na fronteira Brasil/Venezuela.

Os solos são extremamente pobres e inadequados à agricultura, mas ricos em minérios, como ouro e cassiterita, o que tem tornado a área objeto de variadas tentativas de exploração por parte de garimpeiros e empresas de mineração.

Esse fenômeno não é característica única do Parque Indígena Yanomami: toda a imensa região Amazônica tem sido palco de intensa procura de riquezas minerais e, dessa atividade, não têm escapado as áreas indígenas, envolvendo, de diferentes maneiras, os próprios índios.

Até meados do século XX, a região foi poupada do contato com a civilização, por ser de difícil acesso, tanto por terra quanto pelos rios. Houve contatos ocasionais com expedições científicas e de limites, com caçadores, porém, sem grandes impactos interétnicos.

A partir da década de 50, os brancos começaram a interferir no cotidiano da população Yanomami. Segue um breve relato cronológico dos principais contatos com a sociedade envolvente:

- Fim dos anos 50 - chegam os primeiros missionários católicos e protestantes;
- 1967/68 – Epidemia de sarampo, tanto no Brasil como na Venezuela, sem registro de óbitos;
- 1970 – Programa de Integração Nacional (Postos da FUNAI são instalados na área: Ajarani e Surucucus);
- garimpo de cassiterita em Surucucus;
- 1973 – Construção da Perimetral Norte (BR 210), que adentra o território, epidemias de sarampo, gripes, catapora, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis;
- 1975/76 - Projeto Radam Brasil é publicado;
- corrida à mineração em Roraima e em diversos pontos da área;
- 1980/82 – ONG (CCPY) faz o primeiro levantamento de saúde no Ericó e demais áreas;

- 1985 – Serra de Sucurucus é invadida por 60 (sessenta) garimpeiros expulsos pela FUNAI e Polícia Federal;
- 1987 – Primeira grande invasão garimpeira na área;
- implantação do Pelotão de Fronteira com o início do Projeto Calha Norte;
- FUNAI retira as equipes médicas e missionários que atuam na área;
- 1987/90 – Estimam-se 40 mil garimpeiros e 127 pistas, no auge da invasão, espalhados por toda área;
- aproximadamente dois mil Yanomamis teriam ido a óbito tanto em conflitos diretos como pela malária;
- 1990 – Criado o PEASY (Plano Emergencial de Atenção à Saúde nas Comunidades Yanomamis), sob iniciativa do Ministério da Saúde;
- Operação Selva Livre (Polícia Federal/ FUNAI) inicia retirada dos garimpos e explosões de pistas clandestinas;
- 1991 – Criação do Distrito Sanitário Yanomami: passagem das responsabilidades assistenciais da FUNAI para a FUNASA.

Esta data coincide com o início de minha atividade profissional como assistente social na Casa do Índio / Boa Vista e contato com grupo Xiriana que permanecia por período prolongado em tratamento de tuberculose.

A população Xiriana tradicionalmente habita a região dos rios Uraricaá, Ericó, Coimin e Surubai, no Brasil, e Paramuxim, na Venezuela.

O contato interétnico tem se dado quase que exclusivamente com garimpeiros e ocorre desde o princípio dos anos 60. Os garimpeiros brasileiros costumavam cruzar a região dos rios rumo à Venezuela, mas, expulsos desse país, se estabeleceram na região do Ericó. A partir de 1980 entrou em funcionamento o garimpo de ouro Santa Rosa, às margens do rio Uraricoera, que acabou por ultrapassar o limite do território Yanomami e chegou a contar com mais de 5.000 garimpeiros.

Por vários anos, não sofrendo quaisquer restrições das autoridades, os garimpeiros passaram a explorar não só a área mas os próprios índios. Os Xirianas mais jovens, atraídos pela possibilidade de adquirir produtos industrializados, engajaram-se nesse trabalho e, por causa desse contato contínuo com os garimpeiros, aprenderam técnicas rudimentares de garimpo. As invasões garimpeiras marcaram profundamente a vida dos Xirianas: foram contaminados por doenças como gripe, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis. Além do impacto biológico, foi moldada a atividade doméstica: o garimpo,

* Assistente Social, Núcleo de Eng. e Seg e Medicina do Trabalho CRT DST/Aids, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
Email: vlucca@crt.saude.sp.gov.br

uma vez iniciado o processo, tornou irreversível a dependência em relação aos produtos industrializados, intensificando os conjuntos de trocas entre brancos e índios.

A exploração de minérios não é isolada das atividades inerentes à comunidade, por isso, a garimpagem passou a ser praticada, para suprir as necessidades de troca, sem valor acumulativo.

No decorrer do processo interétnico, adolescentes Xirianas passaram a freqüentar o garimpo de Santa Rosa com o propósito de trocar caça e pesca por produtos industrializados, priorizando sal, açúcar, roupas, ferramentas e outros. Alguns permaneceram no garimpo cozinhando, caçando ou pescando, executando os serviços domésticos. Quando da ida dos garimpeiros à cidade de Boa Vista, oito adolescentes os acompanharam, abandonando a área indígena. Duas mulheres passaram a conviver maritalmente com garimpeiros, uma se empregou num trabalho doméstico e os outros jovens se encarregaram de tarefas em fazendas de gado, nos arredores do centro urbano.

Isso foi relatado pelos Xirianas, na Casa do Índio, em Boa Vista, solicitando ajuda para localizar seus parentes (filhos e /ou netos).

Esse problema preocupava homens e mulheres, tanto é que, na região de Ericó, durante visitas às malocas, acompanhando equipes de saúde, pediam soluções. Com a intervenção da FUNAI e diante dos argumentos concisos de três lideranças Xirianas, os jovens retornaram à área indígena.

O retorno dos adolescentes ao grupo familiar levou a comunidade a refletir sobre as conseqüências da proximidade com a rede social do entorno.

Esse processo acontecia, à noite, nas malocas, quando, acompanhadas de intérprete indígena, informávamos sobre as DSTs e orientávamos sobre HIV/ Aids que, para eles, é uma doença que o remédio dos

brancos não cura, só controla.

A comunidade participava como um todo e os jovens solicitavam ao intérprete mais informações sobre DSTs. Os discursos contundentes dos mais velhos duravam horas e denotavam preocupação com a sobrevivência do povo indígena, era como um momento de resgate do espaço do mais velho e da dignidade do povo yanomami.

Interessante observar como a metodologia aplicada permeia a cultura Yanomami: à noite, o grupo familiar, em suas redes, inicia o processo de comunicação, através de falas dos mais velhos, lideranças e mulheres. Definem as tarefas domésticas (plantio das roças, pesca, caça, coleta); relatam notícias do posto da FUNAI, da equipe médica, das invasões garimpeiras, das visitas aos grupos étnicos, de acontecimentos que quebram a rotina do grupo e outras.

Nessas ocasiões, o intérprete participou do processo natural de comunicação Yanomami e repassou informações sobre as DSTs.

A fala da Comunidade

"Os jovens não ouvem, abandonam seus pais e os mais velhos";

"O garimpo suja o rio";

"Está difícil caçar e pescar";

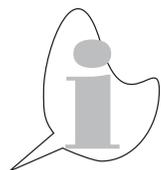
"A malária está mais resistente";

"Há muito caxiri (bebida fermentada de mandioca) com muita briga";

"Os madeireiros estão entrando na região do Baixo Mucajai";

"Precisamos crescer e defender nossa terra";

"Aparece mais doença de branco" (sífilis, doença identificada por alguns índios, como resgate da Casa do Índio, Boa Vista).



informe-se



O Governador Geraldo Alckmin e o Conselho Estadual da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra realizam no dia 13 de maio de 2004, as nove horas, o SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. O evento reunirá prefeitos, secretários municipais de saúde e comunidade interessada. Local: Memorial da América Latina.

Cursos de Inverno do Instituto de Saúde: Acontecem nos meses de junho e julho. Um dos cursos oferecido é "Saúde da População Negra". Informações: Tel. 3293-2232. www.isaude.sp.gov.br

Curso "Etnias, diversidade e saúde: a construção de identidades no Continente": Realizado pela Faculdade de Saúde Pública, no mês de fevereiro, no Programa de cursos de verão. www.fsp.usp.br

Tribos guaranis e as tradições: As mulheres de tribos guaranis que vivem em São Paulo poderão ter seus filhos seguindo as tradições de seus antepassados em hospitais públicos do Estado. As principais diferenças são a mudança na dieta após dar à luz e a entrega da placenta à gestante. A tradição indígena não era cumprida por desconhecimento dos hospitais. FOLHA DE SÃO PAULO, 21 de janeiro de 2004, p. C4.

Sugestões de leitura

Formação e Inserção Institucional de Agentes Indígenas de Saúde no Sistema Único de Saúde: um estudo de possibilidades
Lavinia Oliveira [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]. São Paulo, 2002.

O objetivo desse estudo foi analisar a construção das políticas de formação de agentes indígenas de saúde (AIS) no Brasil na década de 90 partindo da experiência da Escola Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo, no Parque do Xingu e dos princípios conceituais do Sistema Único de Saúde. O trajeto metodológico abrangeu pesquisa documental e vivências profissionais da pesquisadora. As fontes documentais foram relatórios sobre cursos e processos de capacitação de AIS, diários de viagem, legislação referente à política indigenista de saúde e educação profissional de nível técnico e fitas de vídeo sobre saúde indígena. As descrições obtidas compuseram um campo complexo de possibilidades de análise sendo aprofundados interdisciplinarmente os enfoques da educação crítica, antropologia da educação e política de saúde. Constatou-se que a formação dos AIS é necessária mas não chega a ser suficiente para ordenação da atenção básica de saúde indígena enquanto um sub-sistema do SUS. Caracteriza-se como um processo político-social e cultural recente e dinâmico, consonante com o paradigma solidarista das políticas sociais. Foram significativos os avanços conceituais e metodológicos na formação dos AIS e o impacto epidemiológico de suas ações no período e processo estudado, enquanto que sua inserção institucional encontra-se incipiente e conflituosa, refletindo embates de outros cenários e realidades. Recomenda-se o acompanhamento do diálogo interétnico e intercultural na área da saúde, e o desenvolvimento de mecanismos políticos de gestão que contemplem a institucionalização desses trabalhadores enquanto categoria *sui generis* no sistema de saúde e promovam a autonomia indígena.

Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.
Autoras: Iray Carone & Marli Aparecida Silva Bento (orgs.). São Paulo: Editora Vozes, 2002.

Conhecer o branco por meio da maneira como silencia ou se manifesta sobre negros é uma das inovadoras possibilidades que esta obra nos oferece. A ênfase sobre um problema do negro, habitual na literatura clássica sobre relações raciais, convive com um suspeito silêncio sobre o lugar do branco, que parece ter estado ausente da história de 500 anos de Brasil. Este processo é revelador do peso da branquitude na manutenção e reprodução das desigualdades raciais, sistematicamente tratadas como um problema de negro. É preciso compreender o discurso que o silêncio sobre o branco oculta. Compreender a dimensão subjetiva da branquitude é focalizar o medo que sustenta os estereótipos de sexualidade e de fertilidade projetados sobre negros, é entender os pactos narcísicos entre os brancos e a luta silenciosa pela manutenção dos privilégios raciais. É compreender por que a indignação frente à opressão de classe e de gênero não incorpora naturalmente a indignação diante da opressão racial. É entender o significado da expressão "Indignação Narcísica". Por outro lado, é também compreender o óbvio: as desigualdades raciais são gestadas num contexto relacional em que negros e brancos estão necessariamente colocados.

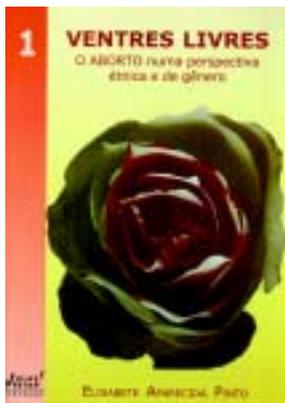
Tirando a Máscara. Autores: Antônio Sérgio Alfredo Guimarães e Lynn Huntley (orgs.). São Paulo: Paz e Terra, 2000.

O livro reúne textos de alguns dos intelectuais mais expressivos engajados na luta pela garantia dos direitos civis no país. Vistos em perspectiva, os artigos reunidos aqui mostram que o anti-racismo brasileiro avançou em pelo menos duas direções: primeiro, superou a discussão em torno da "democracia racial" brasileira, seu caráter de mito fundador e/ou falsa ideologia, para concentrar-se na discussão do caráter mesmo da reprodução das desigualdades raciais no país; segundo, redefiniu-se, em consonância com o modo moderno de conceber a igualdade de direitos e a cidadania dos negros nas nações do centro capitalista, tensionando o modo como simbolicamente os povos negros foram incorporados à nação brasileira. Assim, não importa repetir que "a cor é apenas aparência" e que formamos todos a mesma raça humana se continuamos a negar e a encarar sem seriedade as práticas cotidianas e as estruturas que reproduzem as desigualdades entre brancos e negros. Tirando a Máscara é um título que nos faz lembrar que as igualdades formais podem muito bem esconder e perpetuar a desigualdade mais iníqua, por meio da ausência contínua de lutas pela implantação dos direitos humanos.

Papel da Cor Raça/Etnia nas Políticas de Promoção da Igualdade
Organizador: Hédlio Silva Jr.

Democratizar a informação sobre cor implica tocar numa ferida exposta, tangenciando recônditos do ser negro e do ser branco no Brasil. Daí porque faz-se necessário um cuidadoso trabalho de sensibilização e comprometimento dos atores, difusão de informação, campanhas pedagógicas, trabalhos direcionados para o coletor/entrevistador, trabalho voltado para o respondente/declarante, acompanhamento da coleta, monitoramento do dado coletado, avaliação sistemática, etc. Estes são alguns dos tópicos tratados na presente publicação. Mesmo sucinto e parcial - visto que o projeto e as metas prosseguem em pleno curso -, um relato da experiência de Santo André não poderia deixar de referir alguns dos marcos institucionais conquistados no último período pelo Movimento Negro, pelo Movimento de Mulheres e pelos sindicalistas anti-racistas. Sem estes atores, a experiência, nos termos em que foi proposta, não teria sido possível.

Sugestões de leitura



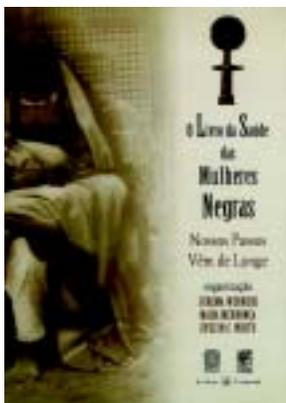
Elisabete Aparecida Pinto.
Ventres Livres: o aborto numa perspectiva étnica e de gênero. São Paulo: Terceira Margem, 2002. 184p.



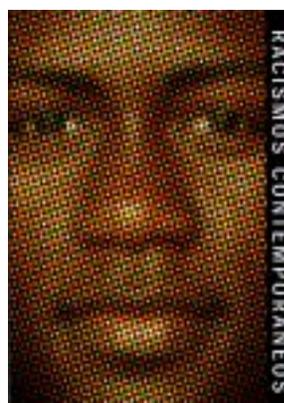
Fátima Oliveira.
Saúde da População Negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 342p.



Jurema Werneck.
Desigualdade racial em números: coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2003. 40p.



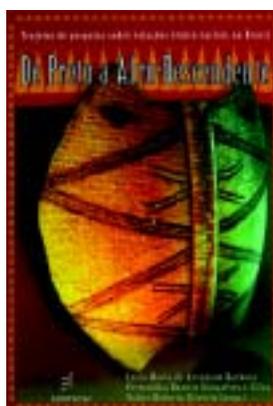
Jurema Werneck, Maisa Mendonça e Evelyn C. White (orgs.). **O livro da saúde das mulheres negras:** nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000. 256p.



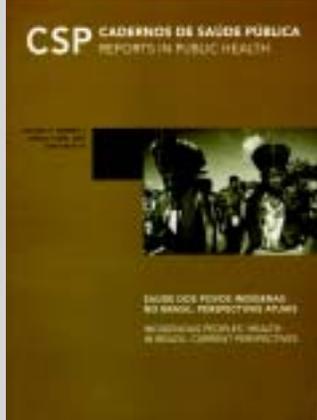
Ashoka Empreendedores sociais e Takano Cidadania (orgs.). **Racismos Contemporâneos.** Rio de Janeiro: Takano Ed., 2003. 216p.



José Marmo da Silva
Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Rio de Janeiro: Ató ire religiões afro-brasileiras e saúde. 2003. 150p.

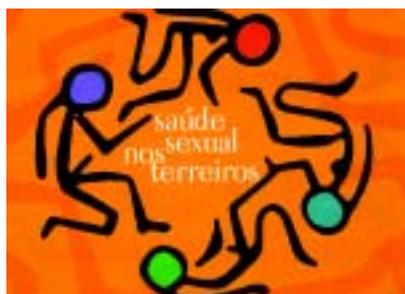


Lucia Maria de Assunção Barbosa, Petronilha Beatriz Gonçalves e Silva e Valter Roberto Silvério (orgs.). **De preto a afro-descendente:** trajetos de pesquisa sobre o negro, cultura negra e relações étnico-raciais no Brasil. São Carlos: EdUFSCar, 2003. 345p.

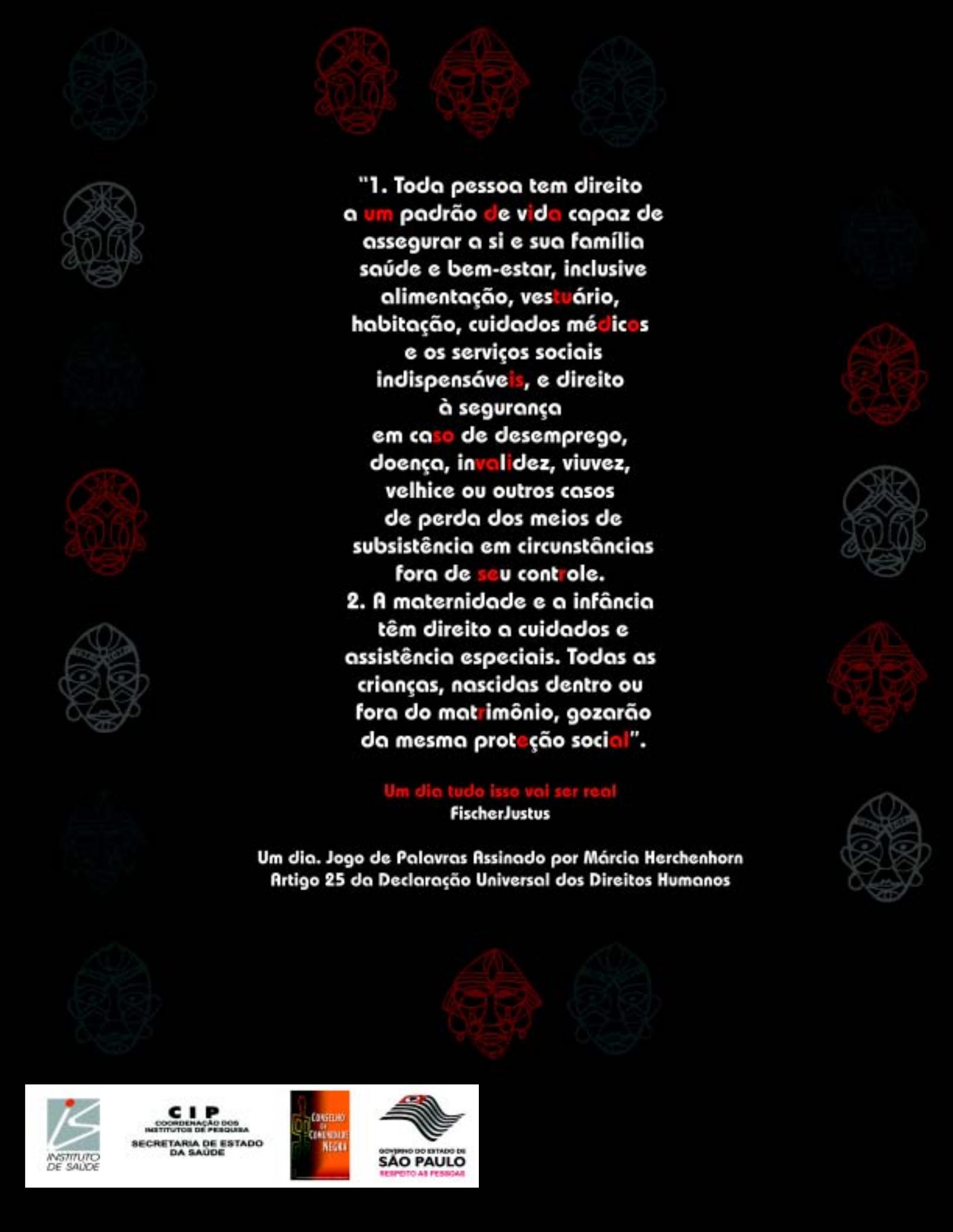


Cadernos de Saúde Pública
Volume 17
Número 2 (449p)
Março/ abril 2001
ISSN 0102-311X

Segundo *Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar:*
"...ficou reiterada a magnitude da dívida histórica e social que a sociedade brasileira tem com os povos indígenas... As contribuições deste fascículo oferecem subsídios importantes para uma melhor compreensão desta complexa realidade, relativamente bem conhecida em seus contornos mais amplos, mas cujas matizes ainda estamos longe de compreender".



José Marmo da Silva (coord. do Projeto). **Saúde sexual nos terreiros.** Rio de Janeiro: Ató ire religiões afro-brasileiras e saúde.



"1. Toda pessoa tem direito a **um padrão de vida** capaz de assegurar a si e sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, **vestuário**, habitação, **cuidados médicos** e os serviços sociais **indispensáveis**, e direito à segurança em **caso** de desemprego, doença, **invalidez**, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de **seu controle**.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do **matrimônio**, gozarão da mesma **proteção social**".

Um dia tudo isso vai ser real
FischerJustus

Um dia. Jogo de Palavras Assinado por Márcia Herchenhorn
Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos



CIP
COORDENAÇÃO DOS
INSTITUTOS DE PESQUISA
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

