



**Seminário  
Saúde da População Negra**



**2004**

**Estado de São Paulo**



Temas em Saúde Coletiva

3

Organizadores

Luís Eduardo Batista

Suzana Kalckmann

**Seminário**  
**Saúde da População Negra**  
**Estado de São Paulo**  
**2004**

Instituto de Saúde

2005

São Paulo

# Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo

**Governador do Estado de São Paulo:** Geraldo Alckmin

**Secretario de Estado da Saúde de São Paulo:** Luiz Roberto Barradas Barata

**Coordenador da CCD (Coordenadoria de Controle de Doenças):** Luiz Jacintho da Silva

**Diretora do Instituto de Saúde:** Maria Lúcia Rosa Stefanini

**Organização:** Luís Eduardo Batista e Suzana Kalckmann

**Comissão Editorial:** Anna Volochko, Wilza Vieira Villela, Iracema Castro, Vanessa Martins da Cruz

**Revisão de texto:** Eunice Martins

**Projeto Gráfico e Diagramação:** Fernanda Kalckmann Danelli

**Capa:** Fernanda Kalckmann Danelli

**Ilustração:** Otávio Augusto Kalckmann

ISBN 85-88169-01-0 Coleção temas em Saúde coletiva

ISBN 85-88169-04-5 Seminário Saúde da População Negra  
Estado de São Paulo 2004

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Elaborado por: Ana Maria da Silva

BATISTA, Luís Eduardo e KALCKMANN, Suzana (Org.)

Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo:  
Instituto de Saúde, 2005.

232 p. (Temas em Saúde Coletiva 3)

1. Saúde Coletiva; 2. Saúde Pública; 3. Saúde da População Negra; 4. Raça/ Etnia

I. Batista, Luís Eduardo; II. Kalckmann, Suzana; III. Série

Instituto de Saúde  
Rua Santo Antonio 590 - Bela Vista  
São Paulo - SP cep: 01314-000  
[www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

# Índice



## Apresentações

Geraldo Alckmin	11
Luiz Roberto Barradas Barata	13
Elisa Lucas Rodrigues	15
Luiz Jacintho da Silva	17
Maria Lúcia Rosa Stefanini	19
Luís Eduardo Batista e Suzana Kalckmann	21



## Anexos

Políticas de ações afirmativas para afrodecendentes no Estado de São Paulo - Decreto nº 48 328	163
Saúde da população negra e o SUS - Ministério da Saúde	169
Um grito pela equidade	185
Termo de Compromisso - Seminário Nacional de saúde da população negra	187
Distribuição da população residente no Estado de São Paulo por raça/ cor	189
Participantes do Seminário	219



## Seminário

- Assumir a diferença para restabelcer a  
igualdade e a justiça **31**  
*José Carlos Seixas*
- Afirmando a saúde da população negra  
na agenda das políticas públicas **37**  
*Maria Inês da Silva Barbosa e Valcler Rangel  
Fernandez*
- Experiências desiguais ao nascer, viver,  
adoecer e morrer: tópicos em saúde da  
população negra **53**  
*Fernanda Lopes*
- Mortalidade infantil por raça/cor **103**  
*Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha*
- Mortalidade da população negra adulta  
no Estado de São Paulo **117**  
*Luís Eduardo Batista*
- Racismo e os efeitos na saúde mental **129**  
*Maria Lúcia da Silva*
- A implementação do quesito cor na área  
da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo **133**  
*Maria Aparecida Silva Bento*
- Carta aberta de São Paulo **155**

# Apresentações







## **Na Saúde, mais um passo na busca da igualdade**

**Geraldo Alckmin**

**Governador do Estado de São Paulo**

É com grande satisfação que faço a apresentação do livro que reúne as teses apresentadas no Seminário “Saúde da População Negra”.

Incentivar a discussão dessas especificidades é uma das maneiras que temos para combater as desigualdades e as múltiplas formas de exclusão, herdadas de séculos de dívidas sociais e segregação. Identificar suas causas e enfrentá-las é uma demonstração de respeito e também um dever.

Congratulo-me com os organizadores e participantes do Seminário pela profundidade, abrangência e realismo com que trataram o tema. As questões abordadas incluem desde os aspectos de saúde específicos desse segmento de nossa população – e a cuja importância é desnecessário aludir – até as questões relativas à sua inclusão social.

Espero que as conclusões do Seminário contribuam para o constante aprofundamento deste debate e para que as propostas possam ser recebidas com solidariedade pelo povo paulista.

O Governo do Estado é, neste processo, um parceiro cheio de entusiasmo e vontade de contribuir. Um parceiro interessado, capaz de entender que respeito pelas pessoas inclui respeito pela diversidade e pela preservação das diferentes culturas. É, sobretudo, um parceiro que busca caminhos para que nossa sociedade confira um tratamento justo e igualitário ao povo que – com os maiores sacrifícios – construiu este País continental.





## **Apresentação**

**Luiz Roberto Barradas Barata**  
**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Recebi, com alegria, a honrosa atribuição de apresentar as teses resultantes do Seminário “Saúde da População Negra”, auspiciosa iniciativa ocorrida em 13 de maio de 2004.

Muito refleti antes de iniciar este texto; refleti nas questões de igualdade e nas questões raciais – que hoje retornam ao centro do debate dos direitos de igualdade e cidadania com a discussão sobre cotas nas Universidades. Fala-se em paternalismo, em segregação, em racismo protecionista.

Não se trata destas questões, em especial no setor saúde. Trata-se, como bem define o texto inicial desta coletânea, de, reafirmando as diferenças, reestabelecer a igualdade e a justiça. Democracia não é tratar todos da mesma forma; é tratar diferentemente as diferenças, respeitando-as e preservando-as. Proteger as culturas e preservar suas manifestações, reconhecendo-as como legítimas.

No setor saúde a especificidade da raça negra se marca por algumas patologias que acometem com maior frequência essa população. Mais ainda, revela-se e se mostra mais aguda nas diferenças e na exclusão; a comunidade negra, participando efetivamente deste seminário, apontou as diferenças sociais: os negros tem menor escolaridade, recebem menos por seu trabalho e, por conseguinte, moram e vivem em condições piores.

Há que se reconhecer esses fatores, não para constatá-los apenas, mas para efetivamente encetar medidas e práticas de inclusão social, de resgate da cidadania dessa comunidade. Há que se priorizar tais medidas, reconhecendo nessa prioridade o resgate de séculos de discriminação – velada ou aberta. Há que se discutir, sem medo e sem reboços, a própria assimetria social, para extirpar esse ranço – esse sim paternalista e perverso – de nossa sociedade.

## **I Seminário Saúde da População Negra 2004**

Parabéns aos organizadores e aos participantes deste projeto, pela profundidade e pela extensa e clara exposição dos temas, com a justeza e precisão que o assunto merece, e por tratar dessa matéria, que tantas vezes é varrida do debate político com a justificativa de que inexistente preconceito social no Brasil.



## **Apresentação**

**Luiz Roberto Barradas Barata**  
**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Recebi, com alegria, a honrosa atribuição de apresentar as teses resultantes do Seminário “Saúde da População Negra”, auspiciosa iniciativa ocorrida em 13 de maio de 2004.

Muito refleti antes de iniciar este texto; refleti nas questões de igualdade e nas questões raciais – que hoje retornam ao centro do debate dos direitos de igualdade e cidadania com a discussão sobre cotas nas Universidades. Fala-se em paternalismo, em segregação, em racismo protecionista.

Não se trata destas questões, em especial no setor saúde. Trata-se, como bem define o texto inicial desta coletânea, de, reafirmando as diferenças, reestabelecer a igualdade e a justiça. Democracia não é tratar todos da mesma forma; é tratar diferentemente as diferenças, respeitando-as e preservando-as. Proteger as culturas e preservar suas manifestações, reconhecendo-as como legítimas.

No setor saúde a especificidade da raça negra se marca por algumas patologias que acometem com maior frequência essa população. Mais ainda, revela-se e se mostra mais aguda nas diferenças e na exclusão; a comunidade negra, participando efetivamente deste seminário, apontou as diferenças sociais: os negros tem menor escolaridade, recebem menos por seu trabalho e, por conseguinte, moram e vivem em condições piores.

Há que se reconhecer esses fatores, não para constatá-los apenas, mas para efetivamente encetar medidas e práticas de inclusão social, de resgate da cidadania dessa comunidade. Há que se priorizar tais medidas, reconhecendo nessa prioridade o resgate de séculos de discriminação – velada ou aberta. Há que se discutir, sem medo e sem reboços, a própria assimetria social, para extirpar esse ranço – esse sim paternalista e perverso – de nossa sociedade.

## **I Seminário Saúde da População Negra 2004**

Parabéns aos organizadores e aos participantes deste projeto, pela profundidade e pela extensa e clara exposição dos temas, com a justeza e precisão que o assunto merece, e por tratar dessa matéria, que tantas vezes é varrida do debate político com a justificativa de que inexistente preconceito social no Brasil.



## **Apresentação**

**Elisa Lucas Rodrigues**

**Presidenta do Conselho de Participação e Desenvolvimento da  
Comunidade Negra do Estado de São Paulo**

Num interessante esforço para sintetizar e demonstrar os problemas e as desigualdades com a saúde da população negra no Estado de São Paulo, esse livro traz além de uma análise sólida e concreta da saúde negra, uma série de ilustrações gráficas que permitem ao leitor confirmar as grandes diferenças e disparidades levantadas. São situações que necessitam ser revistas e avaliadas para que tenhamos justiça social e diversidade na nossa sociedade e a confirmação dos princípios das Ações Afirmativas. Todos os índices mostram as piores condições de vida da população negra no Estado de São Paulo.

Neste sentido, o livro proporciona o debate público e maior aproximação para as transformações e melhorias na política da saúde da população negra do Estado de São Paulo. Essas transformações passam pela questão de ordem de nos prepararmos para as mudanças e a diversidade com paz. Este livro presta um enorme serviço e diferencial qualitativo e quantitativo para os gestores governamentais, para criar sociabilidades, solidariedade e o fortalecimento das sociedades beneficiadas.

Assim, essas ações para a população negra serão instrumentos para o estabelecimento do diálogo entre a sociedade civil e o governo, auxiliando na construção de processos integrados e interligados de políticas públicas das Ações Afirmativas.

Em todos os campos culturais, educacionais, econômicos, sociais e ambientais permitem trabalharem as subjetividades, na criação dos espaços participativos de diálogos com os diversos setores representativos públicos e privados, na busca dos interesses coletivos.

É desta forma que a Comunidade Negra, participa diretamente das diversas ações públicas, compreendendo que todos os envolvidos direta e indiretamente, através de suas diversas representações, são

elementos primordiais à sociedade, habilitados na construção de solidariedades, aliviando tensões e conflitos políticos. Deste modo, não deve ser percebido como um simples instrumento para as suas ações, mas, sobretudo pela sua dimensão e responsabilidade sócio-econômica-política no fortalecimento do tecido social e recorte racial. Portanto, este livro consegue posicionar o Governo a serviço dos cidadãos negros significando que o servidor público é também protagonista, desempenhando papel estratégico para o sucesso das metas, objetivos, diretrizes e missão governamental dentro das Ações Afirmativas, qual seja, criar condições para o desenvolvimento sustentável do Estado, reduzindo as disparidades sociais, desigualdades e proporcionando a melhoria da qualidade de vida de sua gente.





## Apresentação

**Luiz Jacintho da Silva**  
**Coordenador da Coordenadoria de Controle de Doenças**

Com esta publicação a Secretaria da Saúde de São Paulo assume uma posição clara na busca da “democracia sanitária”, ou seja, a igualdade de todos perante a doença, não devendo, idealmente, haver pessoas, grupos ou segmentos mais ou menos expostos aos riscos e agravos. Da mesma maneira, não deverá haver pessoa, grupo ou segmento, mais ou menos favorecido no acesso aos serviços de saúde.

Ainda que o ideal republicano seja que *...todos são iguais perante a lei..* isso nem sempre é verdade. Não é papel do Estado, portanto, assumir uma postura pseudo-legalista e se esconder por detrás da constituição. Muito pelo contrário, o Estado deve sair à frente e entender que *...todos devem ser iguais perante a lei, sendo dever do Estado garantir que sejam....*

O diferencial dos indicadores de morbidade e mortalidade entre estratos econômicos é amplamente conhecido e continua sendo tema de teses, dissertações e artigos, não obstante, o diferencial étnico e racial, intensamente discutido em outros países como os EUA, por exemplo, tem sido sistematicamente evitado no Brasil.

A divulgação ampla das questões relativas às diferenças do estado de saúde é o primeiro passo para que os determinantes sejam enfrentados. O país em uma enorme dívida social com determinados grupos raciais e étnicos e há pressa em pagar essa dívida, divulgar informação e trazer o assunto para a arena dos debates é o primeiro passo, pequeno de certo, porém, seguro, para saldar essa dívida.

Espero que o processo continue e a dívida seja, senão totalmente paga, pelo menos amortizada.





## **Apresentação**

**Maria Lúcia Rosa Stefanini**

**Diretora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado  
da Saúde de São Paulo**

Louvável a iniciativa dos organizadores deste livro que condensa os textos das apresentações e discussões do I Seminário Saúde da População Negra do Estado de São Paulo que reuniu 190 instituições e 285 participantes.

Trata-se de um instrumento valioso que colabora no entendimento da problemática específica da população negra, subsidiando o leitor na construção dos conceitos e concepções de direitos humanos, raça, racismo e na desconstrução dos preconceitos.

Expõe um quadro claro das desigualdades sociais refletidas nos indicadores de morbimortalidade como consequência das experiências desiguais que os negros têm ao nascer, viver, adoecer e morrer.

Em todos os textos emerge a compreensão de que não são fatores genéticos, mas as condições sócio-econômicas, educacionais e desigualdades históricas relacionadas à pobreza que resultam na situação de desigualdade e de impacto na saúde da população negra e indígena.

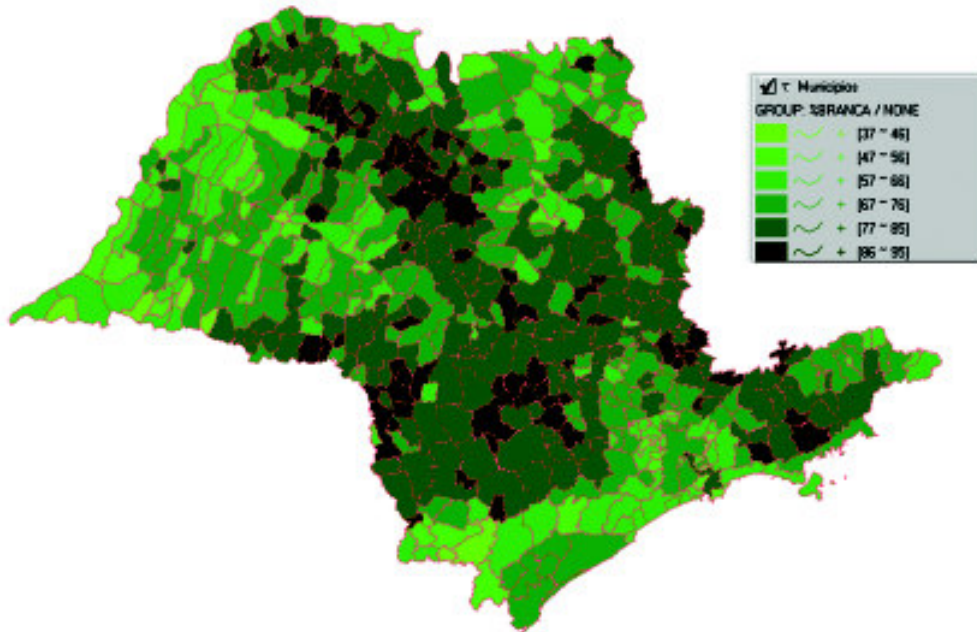
O livro compõe-se de artigos densos, esclarecedores e críticos que instruem o leitor e ao mesmo tempo o instigam para a reflexão. Traz informações históricas valiosas a respeito das inserções afirmativas que introduziram o recorte racial nas políticas públicas; apresenta extensa revisão da literatura nacional sobre o tema, em especial sobre disparidades em saúde; relata e discute achados nos principais estudos e pesquisas.

A leitura permite ainda identificar inegáveis avanços conquistados pelas representações da Comunidade Negra na construção da Política Nacional de Saúde. Contribui para alertar sobre as restrições à implementação dessa política observadas nas definições das metas do Plano Plurianual- PPA 2004-2007 e traz relevantes recomendações para ações, programas e projetos.

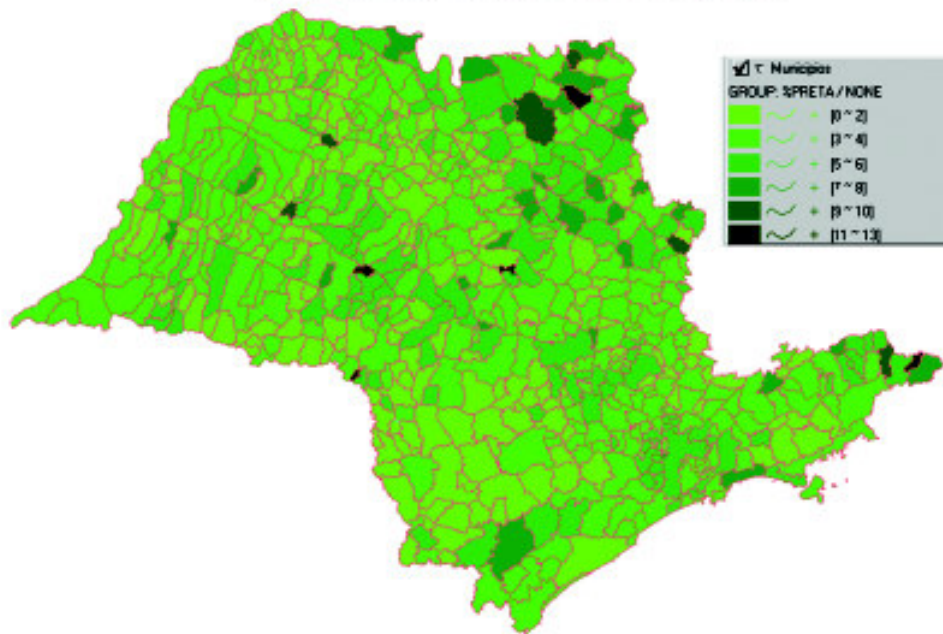
Para o Instituto de Saúde esta publicação tem um significado especial não só por se tratar de tema candente no cenário nacional, como por ter recentemente certificado junto ao CNPq um grupo de pesquisa de raça/ etnia, gênero e saúde e principalmente por cumprir seu papel de instituição de pesquisa que tem o compromisso de abrir o diálogo com o poder público e a sociedade civil, contribuindo para implementar a Política Nacional de Saúde delineada a partir do princípio da equidade, com base nas evidências epidemiológicas e na redução das iniquidades sociais.



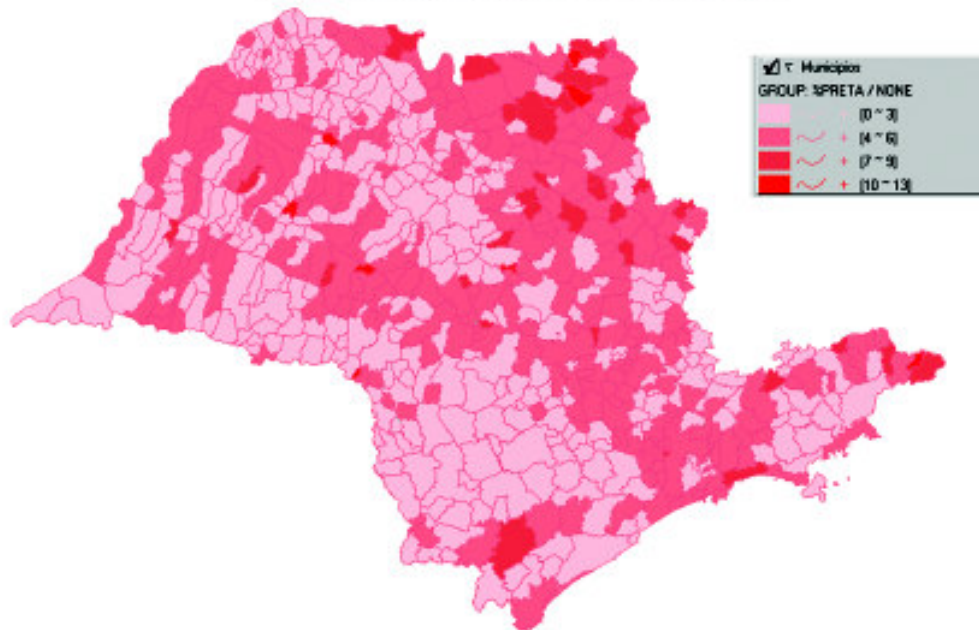
### Porcentagem de População Branca Municípios do Estado de São Paulo, 2000



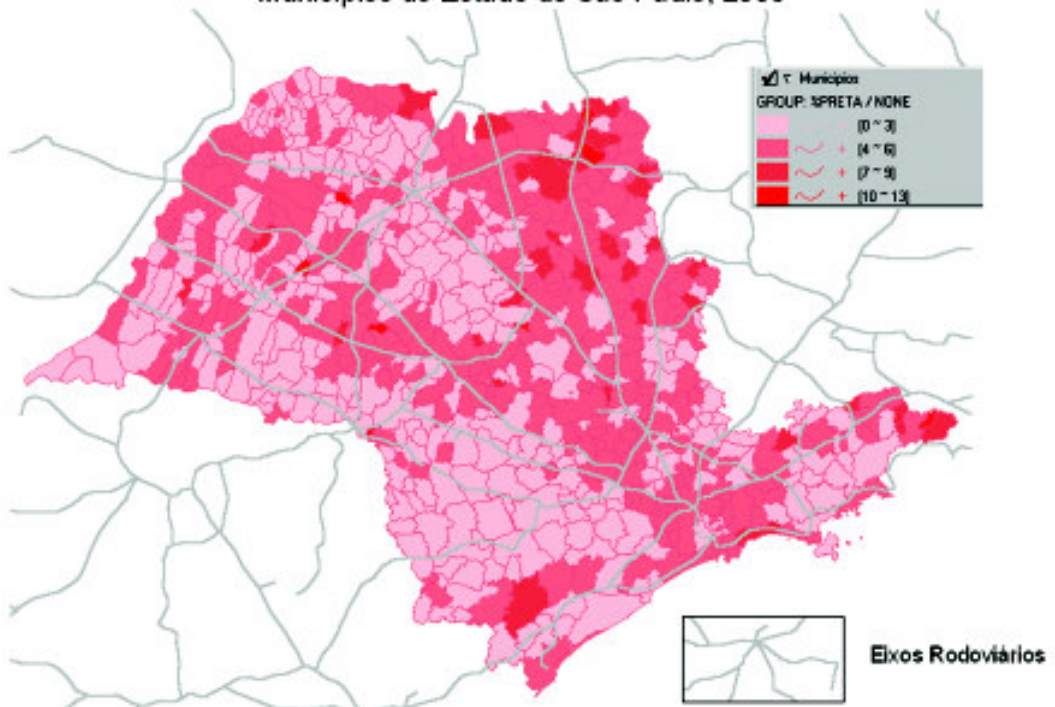
### Porcentagem de População Preta Municípios do Estado de São Paulo, 2000



Porcentagem de População Preta  
Municípios do Estado de São Paulo, 2000

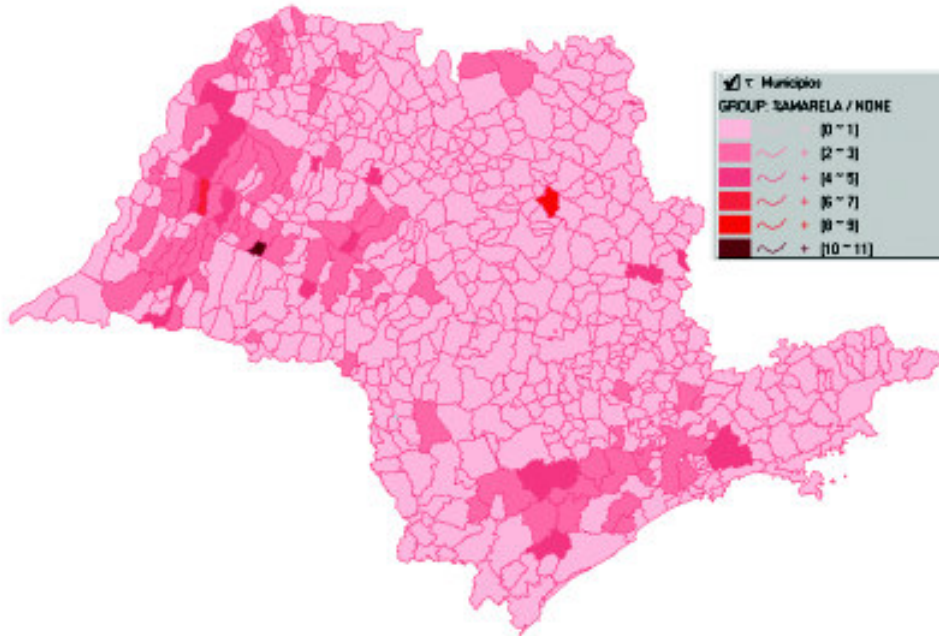


Porcentagem de População Preta  
Municípios do Estado de São Paulo, 2000

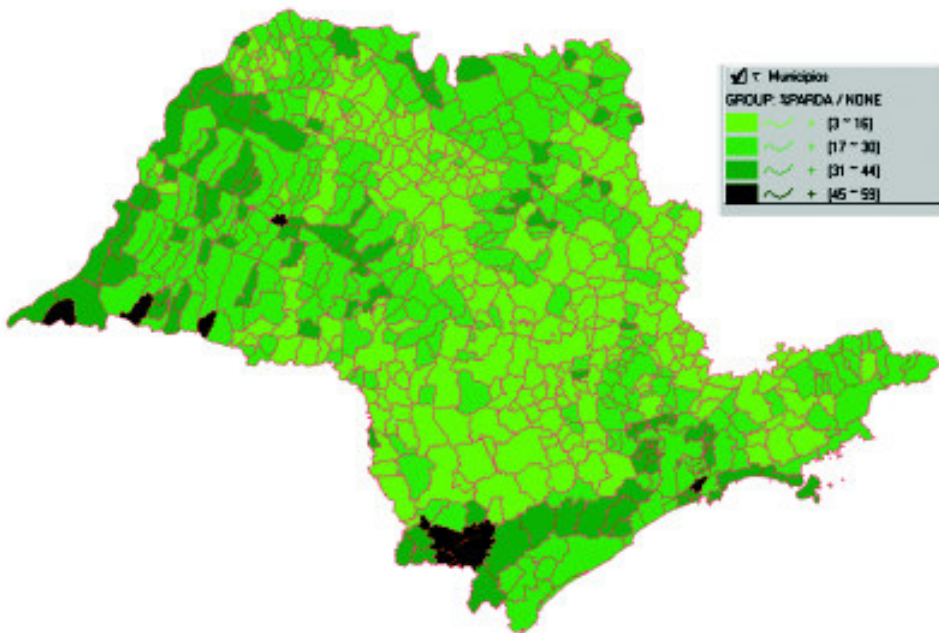


## Mapas

### Porcentagem de População Amarelo Municípios do Estado de São Paulo, 2000

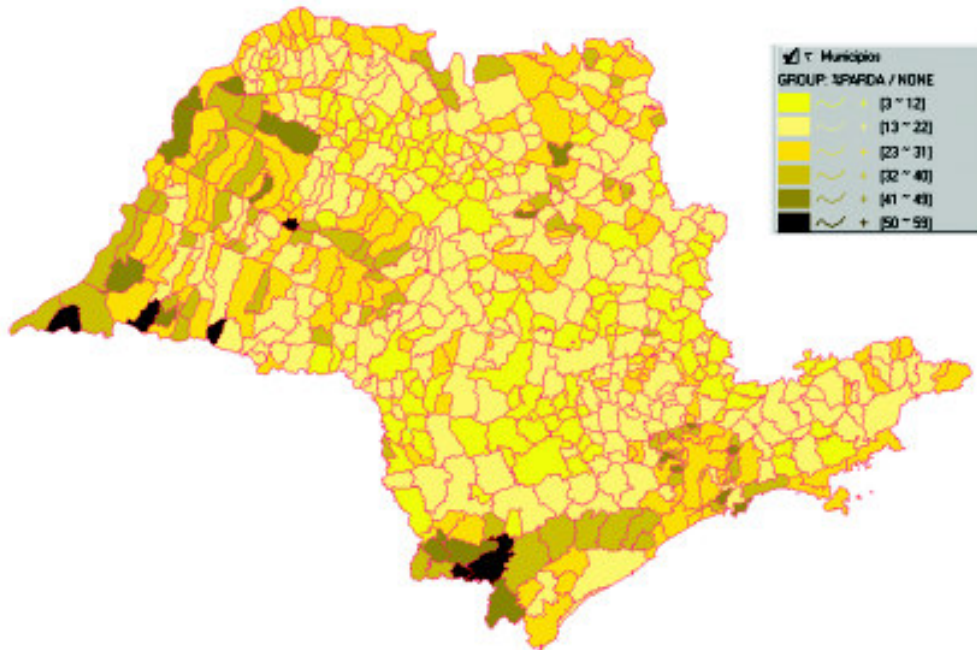


### Porcentagem de População Pardo Municípios do Estado de São Paulo, 2000

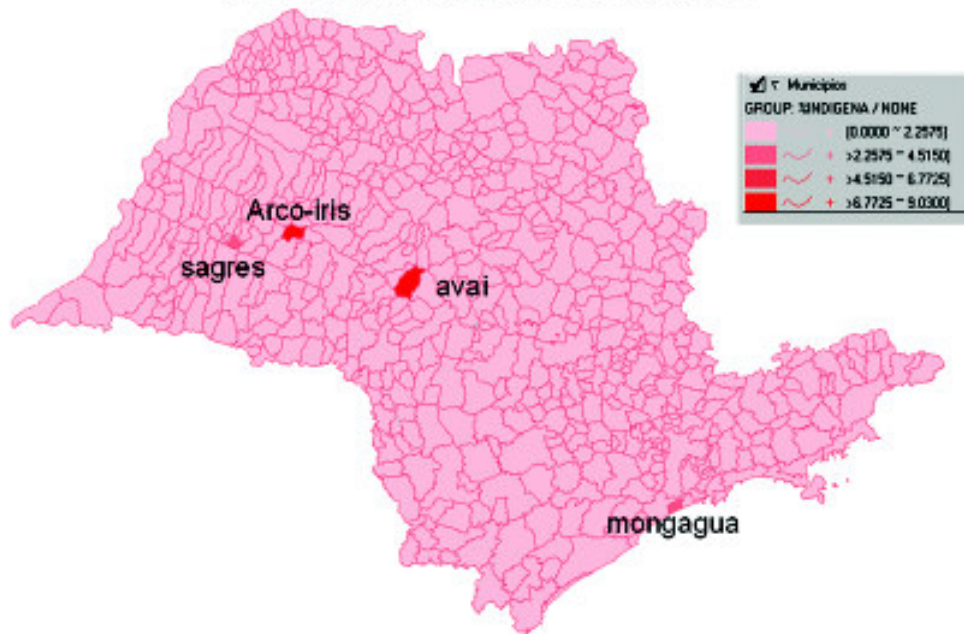


I Seminário Saúde da População Negra 2004

Porcentagem de População Parda  
Municípios do Estado de São Paulo, 2000



Porcentagem de População Indígena  
Municípios do Estado de São Paulo, 2000







## **Distribuição da população residente no Estado de São Paulo por raça/ cor**

Tabelas - População residente, por cor/ raça, segundo as Regiões Metropolitanas e os Municípios de São Paulo. Dados fornecidos pelo FSeade.

Mapas - Distribuição espacial da população residente por raça/ cor segundo as regiões metropolitanas e os municípios do Estado de São Paulo. Elaborado por Ricardo Vicente Ferreira e Marcos Martinez a partir de dados fornecidos pelo FSeade.

Regiões Metropolitanas e Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
<b>Total.....</b>	<b>37 035 456</b>	<b>26 185 687</b>	<b>70,7</b>	<b>1 627 267</b>	<b>4,4</b>	<b>456 420</b>	<b>1,2</b>	<b>8 456 718</b>	<b>22,8</b>	<b>63 789</b>	<b>0,2</b>	<b>245 576</b>	<b>0,7</b>
<b>Regiões Metropolitanas</b>													
Baixada Santista.....	1 476 820	943 713	<b>63,9</b>	66 085	<b>4,5</b>	7 708	<b>0,5</b>	446 049	<b>30,2</b>	5 995	<b>0,4</b>	7 270	<b>0,5</b>
Campinas.....	2 338 148	1 745 946	<b>74,7</b>	103 844	<b>4,4</b>	17 492	<b>0,7</b>	449 907	<b>19,2</b>	4 383	<b>0,2</b>	16 576	<b>0,7</b>
São Paulo.....	17 879 997	11 714 872	<b>65,5</b>	872 609	<b>4,9</b>	295 120	<b>1,7</b>	4 823 979	<b>27,0</b>	32 911	<b>0,2</b>	140 505	<b>0,8</b>
<b>Municípios</b>													
Adamantina.....	33 497	25 217	<b>75,3</b>	846	<b>2,5</b>	1 255	<b>3,7</b>	6 085	<b>18,2</b>	5	<b>0,0</b>	88	<b>0,3</b>
Adolfo.....	3 684	3 218	<b>87,4</b>	36	<b>1,0</b>	21	<b>0,6</b>	402	<b>10,9</b>	-	<b>0,0</b>	8	<b>0,2</b>
Aguaf.....	28 195	20 483	<b>72,6</b>	1 729	<b>6,1</b>	159	<b>0,6</b>	5 615	<b>19,9</b>	38	<b>0,1</b>	172	<b>0,6</b>
Águas da Prata.....	7 131	5 207	<b>73,0</b>	478	<b>6,7</b>	28	<b>0,4</b>	1 409	<b>19,8</b>	-	<b>0,0</b>	9	<b>0,1</b>
Águas de Lindóia.....	16 190	13 765	<b>85,0</b>	281	<b>1,7</b>	31	<b>0,2</b>	1 984	<b>12,3</b>	45	<b>0,3</b>	84	<b>0,5</b>
Águas de Santa Bárbara.....	5 224	4 257	<b>81,5</b>	87	<b>1,7</b>	16	<b>0,3</b>	861	<b>16,5</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,1</b>
Águas de São Pedro.....	1 883	1 639	<b>87,0</b>	7	<b>0,4</b>	6	<b>0,3</b>	230	<b>12,2</b>	-	<b>0,0</b>	2	<b>0,1</b>
Agudos.....	32 484	23 534	<b>72,4</b>	1 569	<b>4,8</b>	102	<b>0,3</b>	7 007	<b>21,6</b>	94	<b>0,3</b>	179	<b>0,6</b>
Alambari.....	3 650	2 896	<b>79,3</b>	121	<b>3,3</b>	46	<b>1,3</b>	546	<b>15,0</b>	6	<b>0,2</b>	35	<b>1,0</b>
Alfredo Marcondes.....	3 697	2 839	<b>76,8</b>	115	<b>3,1</b>	66	<b>1,8</b>	664	<b>18,0</b>	5	<b>0,1</b>	9	<b>0,2</b>
Altair.....	3 554	2 094	<b>58,9</b>	188	<b>5,3</b>	-	<b>0,0</b>	1 267	<b>35,6</b>	2	<b>0,1</b>	3	<b>0,1</b>
Altinópolis.....	15 481	12 407	<b>80,1</b>	776	<b>5,0</b>	40	<b>0,3</b>	2 223	<b>14,4</b>	-	<b>0,0</b>	36	<b>0,2</b>
Alto Alegre.....	4 261	3 684	<b>86,5</b>	129	<b>3,0</b>	29	<b>0,7</b>	402	<b>9,4</b>	14	<b>0,3</b>	4	<b>0,1</b>
Alumínio.....	15 252	10 028	<b>65,7</b>	711	<b>4,7</b>	61	<b>0,4</b>	4 336	<b>28,4</b>	10	<b>0,1</b>	107	<b>0,7</b>
Álvares Florence.....	4 316	3 548	<b>82,2</b>	56	<b>1,3</b>	70	<b>1,6</b>	642	<b>14,9</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Álvares Machado.....	22 661	15 034	<b>66,3</b>	1 144	<b>5,0</b>	785	<b>3,5</b>	5 607	<b>24,7</b>	-	<b>0,0</b>	91	<b>0,4</b>
Álvaro de Carvalho.....	4 109	2 172	<b>52,9</b>	445	<b>10,8</b>	13	<b>0,3</b>	1 432	<b>34,9</b>	9	<b>0,2</b>	37	<b>0,9</b>
Alvinlândia.....	2 837	1 958	<b>69,0</b>	40	<b>1,4</b>	-	<b>0,0</b>	798	<b>28,1</b>	23	<b>0,8</b>	19	<b>0,7</b>
Americana.....	182 593	153 999	<b>84,3</b>	4 296	<b>2,4</b>	1 543	<b>0,8</b>	21 869	<b>12,0</b>	300	<b>0,2</b>	586	<b>0,3</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

Total

raça/cor

Branca

%

Preta

%

Amarela

%

Parda

%

Indígena

%

Sem declaração

%

Américo Brasiliense.....	28 287	20 841	<b>73,7</b>	1 211	<b>4,3</b>	34	<b>0,1</b>	6 154	<b>21,8</b>	-	<b>0,0</b>	47	<b>0,2</b>
Américo de Campos.....	5 594	4 204	<b>75,2</b>	175	<b>3,1</b>	41	<b>0,7</b>	1 157	<b>20,7</b>	-	<b>0,0</b>	16	<b>0,3</b>
Amparo.....	60 404	52 595	<b>87,1</b>	2 475	<b>4,1</b>	84	<b>0,1</b>	4 891	<b>8,1</b>	43	<b>0,1</b>	315	<b>0,5</b>
Analândia.....	3 582	3 043	<b>85,0</b>	130	<b>3,6</b>	-	<b>0,0</b>	400	<b>11,2</b>	-	<b>0,0</b>	9	<b>0,3</b>
Andradina.....	55 161	36 359	<b>65,9</b>	2 135	<b>3,9</b>	1 374	<b>2,5</b>	15 078	<b>27,3</b>	98	<b>0,2</b>	117	<b>0,2</b>
Angatuba.....	19 297	17 246	<b>89,4</b>	337	<b>1,7</b>	27	<b>0,1</b>	1 521	<b>7,9</b>	-	<b>0,0</b>	166	<b>0,9</b>
Anhembi.....	4 535	3 730	<b>82,2</b>	186	<b>4,1</b>	-	<b>0,0</b>	589	<b>13,0</b>	-	<b>0,0</b>	29	<b>0,6</b>
Anhumas.....	3 411	1 364	<b>40,0</b>	22	<b>0,6</b>	10	<b>0,3</b>	1 091	<b>32,0</b>	-	<b>0,0</b>	924	<b>27,1</b>
Aparecida.....	34 904	26 806	<b>76,8</b>	1 784	<b>5,1</b>	118	<b>0,3</b>	6 069	<b>17,4</b>	46	<b>0,1</b>	82	<b>0,2</b>
Aparecida d'Oeste.....	4 935	3 796	<b>76,9</b>	189	<b>3,8</b>	30	<b>0,6</b>	908	<b>18,4</b>	-	<b>0,0</b>	12	<b>0,2</b>
Apiá.....	27 162	13 459	<b>49,6</b>	601	<b>2,2</b>	133	<b>0,5</b>	12 858	<b>47,3</b>	30	<b>0,1</b>	81	<b>0,3</b>
Araçariguama.....	11 154	6 645	<b>59,6</b>	288	<b>2,6</b>	50	<b>0,4</b>	4 045	<b>36,3</b>	19	<b>0,2</b>	107	<b>1,0</b>
Araçatuba.....	169 254	115 860	<b>68,5</b>	7 319	<b>4,3</b>	4 794	<b>2,8</b>	40 626	<b>24,0</b>	148	<b>0,1</b>	507	<b>0,3</b>
Araçoiaba da Serra.....	20 112	17 308	<b>86,1</b>	688	<b>3,4</b>	268	<b>1,3</b>	1 707	<b>8,5</b>	11	<b>0,1</b>	130	<b>0,6</b>
Aramina.....	4 763	2 762	<b>58,0</b>	463	<b>9,7</b>	17	<b>0,4</b>	1 521	<b>31,9</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Arandu.....	6 065	3 963	<b>65,3</b>	349	<b>5,8</b>	28	<b>0,5</b>	1 683	<b>27,7</b>	8	<b>0,1</b>	35	<b>0,6</b>
Arapeí.....	2 618	1 651	<b>63,1</b>	309	<b>11,8</b>	-	<b>0,0</b>	651	<b>24,9</b>	-	<b>0,0</b>	7	<b>0,3</b>
Araraquara.....	182 471	145 858	<b>79,9</b>	8 749	<b>4,8</b>	1 284	<b>0,7</b>	25 306	<b>13,9</b>	274	<b>0,2</b>	1 000	<b>0,5</b>
Araras.....	104 196	85 417	<b>82,0</b>	4 258	<b>4,1</b>	397	<b>0,4</b>	13 565	<b>13,0</b>	206	<b>0,2</b>	353	<b>0,3</b>
Arco-Íris.....	2 163	1 097	<b>50,7</b>	46	<b>2,1</b>	8	<b>0,4</b>	816	<b>37,7</b>	193	<b>8,9</b>	3	<b>0,1</b>
Arealva.....	7 244	6 160	<b>85,0</b>	116	<b>1,6</b>	10	<b>0,1</b>	934	<b>12,9</b>	9	<b>0,1</b>	16	<b>0,2</b>
Areias.....	3 600	2 543	<b>70,6</b>	313	<b>8,7</b>	-	<b>0,0</b>	744	<b>20,7</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Arciópolis.....	10 296	6 737	<b>65,4</b>	388	<b>3,8</b>	11	<b>0,1</b>	3 105	<b>30,2</b>	32	<b>0,3</b>	23	<b>0,2</b>
Ariranha.....	7 477	6 285	<b>84,1</b>	222	<b>3,0</b>	14	<b>0,2</b>	956	<b>12,8</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Artur Nogueira.....	33 124	25 986	<b>78,5</b>	1 227	<b>3,7</b>	145	<b>0,4</b>	5 602	<b>16,9</b>	31	<b>0,1</b>	134	<b>0,4</b>
Arujá.....	59 185	35 314	<b>59,7</b>	2 556	<b>4,3</b>	1 147	<b>1,9</b>	19 561	<b>33,1</b>	147	<b>0,2</b>	461	<b>0,8</b>
Aspásia.....	1 861	1 404	<b>75,4</b>	95	<b>5,1</b>	7	<b>0,4</b>	355	<b>19,1</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Assis.....	87 251	70 035	<b>80,3</b>	2 046	<b>2,3</b>	616	<b>0,7</b>	13 870	<b>15,9</b>	170	<b>0,2</b>	514	<b>0,6</b>
Atibaia.....	111 300	84 979	<b>76,4</b>	4 023	<b>3,6</b>	2 581	<b>2,3</b>	18 571	<b>16,7</b>	234	<b>0,2</b>	913	<b>0,8</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Auriflama.....	13 513	10 306	<b>76,3</b>	268	<b>2,0</b>	82	<b>0,6</b>	2 811	<b>20,8</b>	13	<b>0,1</b>	33	<b>0,2</b>
Avai.....	4 596	3 088	<b>67,2</b>	202	<b>4,4</b>	6	<b>0,1</b>	866	<b>18,8</b>	415	<b>9,0</b>	19	<b>0,4</b>
Avanhandava.....	8 829	6 279	<b>71,1</b>	442	<b>5,0</b>	49	<b>0,6</b>	1 937	<b>21,9</b>	4	<b>0,0</b>	118	<b>1,3</b>
Avaré.....	76 472	60 484	<b>79,1</b>	2 505	<b>3,3</b>	538	<b>0,7</b>	12 386	<b>16,2</b>	196	<b>0,3</b>	363	<b>0,5</b>
Bady Bassitt.....	11 550	10 086	<b>87,3</b>	159	<b>1,4</b>	-	<b>0,0</b>	1 259	<b>10,9</b>	-	<b>0,0</b>	47	<b>0,4</b>
Balbinos.....	1 313	1 147	<b>87,4</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>	166	<b>12,6</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Bálsamo.....	7 340	6 135	<b>83,6</b>	363	<b>4,9</b>	-	<b>0,0</b>	778	<b>10,6</b>	-	<b>0,0</b>	64	<b>0,9</b>
Bananal.....	9 713	5 959	<b>61,4</b>	767	<b>7,9</b>	24	<b>0,2</b>	2 924	<b>30,1</b>	6	<b>0,1</b>	33	<b>0,3</b>
Barão de Antonina.....	2 794	1 827	<b>65,4</b>	37	<b>1,3</b>	36	<b>1,3</b>	887	<b>31,7</b>	-	<b>0,0</b>	8	<b>0,3</b>
Barbosa.....	5 837	3 920	<b>67,2</b>	298	<b>5,1</b>	34	<b>0,6</b>	1 555	<b>26,6</b>	-	<b>0,0</b>	30	<b>0,5</b>
Bariri.....	28 224	23 659	<b>83,8</b>	763	<b>2,7</b>	50	<b>0,2</b>	3 675	<b>13,0</b>	-	<b>0,0</b>	77	<b>0,3</b>
Barra Bonita.....	35 487	28 756	<b>81,0</b>	1 228	<b>3,5</b>	39	<b>0,1</b>	5 248	<b>14,8</b>	40	<b>0,1</b>	176	<b>0,5</b>
Barra do Chapéu.....	4 846	2 538	<b>52,4</b>	264	<b>5,4</b>	24	<b>0,5</b>	1 974	<b>40,7</b>	-	<b>0,0</b>	47	<b>1,0</b>
Barra do Turvo.....	8 108	3 959	<b>48,8</b>	224	<b>2,8</b>	9	<b>0,1</b>	3 554	<b>43,8</b>	-	<b>0,0</b>	363	<b>4,5</b>
Barretos.....	103 913	76 401	<b>73,5</b>	5 694	<b>5,5</b>	651	<b>0,6</b>	20 508	<b>19,7</b>	116	<b>0,1</b>	543	<b>0,5</b>
Barrinha.....	24 207	12 432	<b>51,4</b>	1 867	<b>7,7</b>	184	<b>0,8</b>	9 507	<b>39,3</b>	81	<b>0,3</b>	136	<b>0,6</b>
Barueri.....	208 281	127 158	<b>61,1</b>	9 606	<b>4,6</b>	716	<b>0,3</b>	67 724	<b>32,5</b>	654	<b>0,3</b>	2 424	<b>1,2</b>
Bastos.....	20 588	11 822	<b>57,4</b>	422	<b>2,0</b>	2 340	<b>11,4</b>	5 878	<b>28,6</b>	27	<b>0,1</b>	99	<b>0,5</b>
Batatais.....	51 112	40 891	<b>80,0</b>	2 382	<b>4,7</b>	118	<b>0,2</b>	7 539	<b>14,7</b>	-	<b>0,0</b>	183	<b>0,4</b>
Bauru.....	316 064	237 925	<b>75,3</b>	15 281	<b>4,8</b>	5 096	<b>1,6</b>	55 504	<b>17,6</b>	625	<b>0,2</b>	1 633	<b>0,5</b>
Bebedouro.....	74 815	54 361	<b>72,7</b>	3 421	<b>4,6</b>	304	<b>0,4</b>	16 592	<b>22,2</b>	59	<b>0,1</b>	78	<b>0,1</b>
Bento de Abreu.....	2 394	1 477	<b>61,7</b>	159	<b>6,6</b>	6	<b>0,3</b>	752	<b>31,4</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Bernardino de Campos.....	10 720	8 630	<b>80,5</b>	286	<b>2,7</b>	29	<b>0,3</b>	1 363	<b>12,7</b>	8	<b>0,1</b>	405	<b>3,8</b>
Bertioga.....	30 039	17 053	<b>56,8</b>	2 256	<b>7,5</b>	190	<b>0,6</b>	10 192	<b>33,9</b>	267	<b>0,9</b>	81	<b>0,3</b>
Bilac.....	6 088	5 085	<b>83,5</b>	125	<b>2,1</b>	156	<b>2,6</b>	709	<b>11,6</b>	-	<b>0,0</b>	13	<b>0,2</b>
Birigui.....	94 300	73 591	<b>78,0</b>	1 676	<b>1,8</b>	1 022	<b>1,1</b>	17 702	<b>18,8</b>	149	<b>0,2</b>	160	<b>0,2</b>
Biritiba-Mirim.....	24 653	18 307	<b>74,3</b>	898	<b>3,6</b>	1 119	<b>4,5</b>	4 139	<b>16,8</b>	22	<b>0,1</b>	167	<b>0,7</b>
Boa Esperança do Sul.....	12 573	9 288	<b>73,9</b>	313	<b>2,5</b>	-	<b>0,0</b>	2 915	<b>23,2</b>	15	<b>0,1</b>	41	<b>0,3</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

Total

raça/cor

		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Bocaina.....	9 442	7 818	<b>82,8</b>	203	<b>2,1</b>	-	<b>0,0</b>	1 369	<b>14,5</b>	-	<b>0,0</b>	52	<b>0,6</b>
Bofete.....	7 384	6 468	<b>87,6</b>	177	<b>2,4</b>	5	<b>0,1</b>	676	<b>9,2</b>	5	<b>0,1</b>	53	<b>0,7</b>
Boituva.....	34 368	25 524	<b>74,3</b>	1 303	<b>3,8</b>	357	<b>1,0</b>	6 854	<b>19,9</b>	42	<b>0,1</b>	289	<b>0,8</b>
Bom Jesus dos Perdões.....	13 313	11 904	<b>89,4</b>	284	<b>2,1</b>	240	<b>1,8</b>	728	<b>5,5</b>	15	<b>0,1</b>	141	<b>1,1</b>
Bom Sucesso de Itararé.....	3 231	3 006	<b>93,0</b>	114	<b>3,5</b>	11	<b>0,3</b>	95	<b>2,9</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,2</b>
Borá.....	795	584	<b>73,5</b>	27	<b>3,4</b>	7	<b>0,9</b>	173	<b>21,8</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,5</b>
Boracéia.....	3 739	3 083	<b>82,5</b>	284	<b>7,6</b>	-	<b>0,0</b>	354	<b>9,5</b>	-	<b>0,0</b>	19	<b>0,5</b>
Borborema.....	13 193	10 932	<b>82,9</b>	388	<b>2,9</b>	51	<b>0,4</b>	1 710	<b>13,0</b>	-	<b>0,0</b>	112	<b>0,8</b>
Borebi.....	1 933	1 451	<b>75,1</b>	42	<b>2,2</b>	4	<b>0,2</b>	436	<b>22,6</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Botucatu.....	108 306	91 366	<b>84,4</b>	3 372	<b>3,1</b>	446	<b>0,4</b>	12 358	<b>11,4</b>	168	<b>0,2</b>	597	<b>0,6</b>
Bragança Paulista.....	125 031	104 859	<b>83,9</b>	3 204	<b>2,6</b>	1 221	<b>1,0</b>	14 596	<b>11,7</b>	155	<b>0,1</b>	997	<b>0,8</b>
Braúna.....	4 383	3 255	<b>74,3</b>	237	<b>5,4</b>	17	<b>0,4</b>	754	<b>17,2</b>	62	<b>1,4</b>	57	<b>1,3</b>
Brejo Alegre.....	2 308	1 770	<b>76,7</b>	6	<b>0,3</b>	87	<b>3,8</b>	432	<b>18,7</b>	9	<b>0,4</b>	5	<b>0,2</b>
Brodowski.....	17 139	14 280	<b>83,3</b>	545	<b>3,2</b>	-	<b>0,0</b>	2 167	<b>12,6</b>	-	<b>0,0</b>	147	<b>0,9</b>
Brotas.....	18 886	15 455	<b>81,8</b>	562	<b>3,0</b>	68	<b>0,4</b>	2 766	<b>14,6</b>	10	<b>0,1</b>	25	<b>0,1</b>
Buri.....	17 629	14 646	<b>83,1</b>	290	<b>1,6</b>	13	<b>0,1</b>	2 497	<b>14,2</b>	71	<b>0,4</b>	112	<b>0,6</b>
Buritama.....	13 854	10 530	<b>76,0</b>	446	<b>3,2</b>	137	<b>1,0</b>	2 683	<b>19,4</b>	23	<b>0,2</b>	33	<b>0,2</b>
Buritizal.....	3 674	3 436	<b>93,5</b>	27	<b>0,7</b>	-	<b>0,0</b>	183	<b>5,0</b>	-	<b>0,0</b>	29	<b>0,8</b>
Cabrália Paulista.....	4 656	3 586	<b>77,0</b>	183	<b>3,9</b>	3	<b>0,1</b>	840	<b>18,0</b>	-	<b>0,0</b>	44	<b>0,9</b>
Cabreúva.....	33 100	24 054	<b>72,7</b>	1 108	<b>3,3</b>	385	<b>1,2</b>	7 439	<b>22,5</b>	40	<b>0,1</b>	74	<b>0,2</b>
Caçapava.....	76 130	59 680	<b>78,4</b>	1 972	<b>2,6</b>	291	<b>0,4</b>	13 662	<b>17,9</b>	27	<b>0,0</b>	499	<b>0,7</b>
Cachoira Paulista.....	27 205	19 548	<b>71,9</b>	1 601	<b>5,9</b>	8	<b>0,0</b>	5 898	<b>21,7</b>	43	<b>0,2</b>	107	<b>0,4</b>
Caconde.....	18 378	14 646	<b>79,7</b>	1 101	<b>6,0</b>	65	<b>0,4</b>	2 543	<b>13,8</b>	-	<b>0,0</b>	23	<b>0,1</b>
Cafelândia.....	15 793	11 145	<b>70,6</b>	527	<b>3,3</b>	311	<b>2,0</b>	3 774	<b>23,9</b>	20	<b>0,1</b>	16	<b>0,1</b>
Caiabu.....	4 077	2 577	<b>63,2</b>	145	<b>3,6</b>	85	<b>2,1</b>	1 252	<b>30,7</b>	-	<b>0,0</b>	18	<b>0,4</b>
Caieiras.....	71 221	47 883	<b>67,2</b>	4 053	<b>5,7</b>	105	<b>0,1</b>	18 776	<b>26,4</b>	176	<b>0,2</b>	228	<b>0,3</b>
Caiuá.....	4 192	2 424	<b>57,8</b>	90	<b>2,1</b>	33	<b>0,8</b>	1 635	<b>39,0</b>	-	<b>0,0</b>	10	<b>0,2</b>
Cajamar.....	50 761	31 798	<b>62,6</b>	2 186	<b>4,3</b>	92	<b>0,2</b>	16 210	<b>31,9</b>	109	<b>0,2</b>	367	<b>0,7</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Cajati.....	29 227	20 391	<b>69,8</b>	820	<b>2,8</b>	234	<b>0,8</b>	7 321	<b>25,0</b>	106	<b>0,4</b>	355	<b>1,2</b>
Cajobi.....	9 174	7 356	<b>80,2</b>	149	<b>1,6</b>	-	<b>0,0</b>	1 608	<b>17,5</b>	11	<b>0,1</b>	50	<b>0,5</b>
Cajuru.....	21 085	17 490	<b>82,9</b>	521	<b>2,5</b>	67	<b>0,3</b>	2 701	<b>12,8</b>	-	<b>0,0</b>	307	<b>1,5</b>
Campina do Monte Alegre.....	5 209	4 707	<b>90,4</b>	53	<b>1,0</b>	35	<b>0,7</b>	395	<b>7,6</b>	-	<b>0,0</b>	18	<b>0,3</b>
Campinas.....	969 396	716 907	<b>74,0</b>	53 962	<b>5,6</b>	9 167	<b>0,9</b>	178 334	<b>18,4</b>	2 420	<b>0,2</b>	8 606	<b>0,9</b>
Campo Limpo Paulista.....	63 724	43 986	<b>69,0</b>	2 732	<b>4,3</b>	313	<b>0,5</b>	16 338	<b>25,6</b>	103	<b>0,2</b>	251	<b>0,4</b>
Campos do Jordão.....	44 252	37 125	<b>83,9</b>	1 014	<b>2,3</b>	229	<b>0,5</b>	5 412	<b>12,2</b>	16	<b>0,0</b>	456	<b>1,0</b>
Campos Novos Paulista.....	4 181	3 465	<b>82,9</b>	87	<b>2,1</b>	-	<b>0,0</b>	577	<b>13,8</b>	-	<b>0,0</b>	52	<b>1,2</b>
Cananéia.....	12 298	8 536	<b>69,4</b>	472	<b>3,8</b>	148	<b>1,2</b>	2 904	<b>23,6</b>	139	<b>1,1</b>	99	<b>0,8</b>
Canas.....	3 614	2 363	<b>65,4</b>	216	<b>6,0</b>	15	<b>0,4</b>	1 015	<b>28,1</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,1</b>
Cândido Mota.....	29 280	24 181	<b>82,6</b>	718	<b>2,5</b>	105	<b>0,4</b>	4 092	<b>14,0</b>	50	<b>0,2</b>	133	<b>0,5</b>
Cândido Rodrigues.....	2 613	2 339	<b>89,5</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>	274	<b>10,5</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Canitar.....	3 481	2 432	<b>69,9</b>	388	<b>11,1</b>	7	<b>0,2</b>	620	<b>17,8</b>	-	<b>0,0</b>	34	<b>1,0</b>
Capão Bonito.....	46 732	37 681	<b>80,6</b>	888	<b>1,9</b>	909	<b>1,9</b>	6 885	<b>14,7</b>	29	<b>0,1</b>	340	<b>0,7</b>
Capela do Alto.....	14 247	12 344	<b>86,6</b>	232	<b>1,6</b>	-	<b>0,0</b>	1 617	<b>11,3</b>	5	<b>0,0</b>	49	<b>0,3</b>
Capivari.....	41 468	32 925	<b>79,4</b>	2 672	<b>6,4</b>	12	<b>0,0</b>	5 524	<b>13,3</b>	10	<b>0,0</b>	325	<b>0,8</b>
Caraguatatuba.....	78 921	55 849	<b>70,8</b>	2 642	<b>3,3</b>	709	<b>0,9</b>	19 247	<b>24,4</b>	315	<b>0,4</b>	158	<b>0,2</b>
Carapicuíba.....	344 596	200 130	<b>58,1</b>	17 337	<b>5,0</b>	946	<b>0,3</b>	121 918	<b>35,4</b>	1 052	<b>0,3</b>	3 212	<b>0,9</b>
Cardoso.....	11 605	7 280	<b>62,7</b>	542	<b>4,7</b>	106	<b>0,9</b>	3 555	<b>30,6</b>	11	<b>0,1</b>	110	<b>0,9</b>
Casa Branca.....	26 800	21 379	<b>79,8</b>	1 633	<b>6,1</b>	123	<b>0,5</b>	3 549	<b>13,2</b>	22	<b>0,1</b>	94	<b>0,4</b>
Cássia dos Coqueiros.....	2 871	2 466	<b>85,9</b>	209	<b>7,3</b>	4	<b>0,1</b>	158	<b>5,5</b>	-	<b>0,0</b>	34	<b>1,2</b>
Castilho.....	14 948	7 706	<b>51,6</b>	591	<b>4,0</b>	62	<b>0,4</b>	6 564	<b>43,9</b>	15	<b>0,1</b>	10	<b>0,1</b>
Catanduva.....	105 847	87 242	<b>82,4</b>	3 938	<b>3,7</b>	462	<b>0,4</b>	13 549	<b>12,8</b>	102	<b>0,1</b>	553	<b>0,5</b>
Catiguá.....	6 555	5 176	<b>79,0</b>	127	<b>1,9</b>	41	<b>0,6</b>	1 123	<b>17,1</b>	40	<b>0,6</b>	49	<b>0,7</b>
Cedral.....	6 700	5 802	<b>86,6</b>	105	<b>1,6</b>	19	<b>0,3</b>	729	<b>10,9</b>	4	<b>0,1</b>	41	<b>0,6</b>
Cerqueira César.....	15 144	13 103	<b>86,5</b>	365	<b>2,4</b>	22	<b>0,1</b>	1 621	<b>10,7</b>	18	<b>0,1</b>	14	<b>0,1</b>
Cerquillo.....	29 508	25 934	<b>87,9</b>	845	<b>2,9</b>	102	<b>0,3</b>	2 404	<b>8,1</b>	30	<b>0,1</b>	193	<b>0,7</b>
Cesário Lange.....	12 883	11 086	<b>86,1</b>	253	<b>2,0</b>	86	<b>0,7</b>	1 388	<b>10,8</b>	4	<b>0,0</b>	66	<b>0,5</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Charqueada.....	13 037	10 828	<b>83,1</b>	567	<b>4,3</b>	-	<b>0,0</b>	1 600	<b>12,3</b>	-	<b>0,0</b>	42	<b>0,3</b>
Chavantes.....	12 194	9 153	<b>75,1</b>	552	<b>4,5</b>	29	<b>0,2</b>	2 422	<b>19,9</b>	9	<b>0,1</b>	30	<b>0,2</b>
Clementina.....	5 404	3 492	<b>64,6</b>	538	<b>10,0</b>	61	<b>1,1</b>	1 232	<b>22,8</b>	-	<b>0,0</b>	81	<b>1,5</b>
Colina.....	16 664	10 939	<b>65,6</b>	732	<b>4,4</b>	49	<b>0,3</b>	4 743	<b>28,5</b>	18	<b>0,1</b>	183	<b>1,1</b>
Colômbia.....	5 954	3 354	<b>56,3</b>	417	<b>7,0</b>	102	<b>1,7</b>	2 041	<b>34,3</b>	16	<b>0,3</b>	25	<b>0,4</b>
Conchal.....	22 676	17 616	<b>77,7</b>	731	<b>3,2</b>	161	<b>0,7</b>	4 118	<b>18,2</b>	-	<b>0,0</b>	51	<b>0,2</b>
Conchas.....	14 904	12 775	<b>85,7</b>	234	<b>1,6</b>	17	<b>0,1</b>	1 864	<b>12,5</b>	14	<b>0,1</b>	-	<b>0,0</b>
Cordeirópolis.....	17 591	15 266	<b>86,8</b>	311	<b>1,8</b>	-	<b>0,0</b>	1 968	<b>11,2</b>	-	<b>0,0</b>	46	<b>0,3</b>
Coroados.....	4 417	3 169	<b>71,7</b>	221	<b>5,0</b>	30	<b>0,7</b>	907	<b>20,5</b>	17	<b>0,4</b>	73	<b>1,7</b>
Coronel Macedo.....	5 589	4 010	<b>71,7</b>	75	<b>1,3</b>	28	<b>0,5</b>	1 459	<b>26,1</b>	13	<b>0,2</b>	4	<b>0,1</b>
Corumbataí.....	3 794	3 318	<b>87,5</b>	39	<b>1,0</b>	-	<b>0,0</b>	434	<b>11,4</b>	-	<b>0,0</b>	3	<b>0,1</b>
Cosmópolis.....	44 355	30 096	<b>67,9</b>	2 064	<b>4,7</b>	213	<b>0,5</b>	11 785	<b>26,6</b>	21	<b>0,0</b>	176	<b>0,4</b>
Cosmorama.....	7 372	6 189	<b>84,0</b>	194	<b>2,6</b>	-	<b>0,0</b>	984	<b>13,3</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,1</b>
Cotia.....	148 987	92 364	<b>62,0</b>	6 910	<b>4,6</b>	2 248	<b>1,5</b>	45 480	<b>30,5</b>	417	<b>0,3</b>	1 569	<b>1,1</b>
Cravinhos.....	28 411	21 018	<b>74,0</b>	1 723	<b>6,1</b>	308	<b>1,1</b>	5 187	<b>18,3</b>	17	<b>0,1</b>	159	<b>0,6</b>
Cristais Paulista.....	6 579	4 631	<b>70,4</b>	416	<b>6,3</b>	84	<b>1,3</b>	1 437	<b>21,8</b>	-	<b>0,0</b>	11	<b>0,2</b>
Cruzália.....	2 610	2 092	<b>80,2</b>	65	<b>2,5</b>	40	<b>1,5</b>	412	<b>15,8</b>	-	<b>0,0</b>	2	<b>0,1</b>
Cruzeiro.....	73 492	55 935	<b>76,1</b>	4 096	<b>5,6</b>	-	<b>0,0</b>	13 108	<b>17,8</b>	58	<b>0,1</b>	295	<b>0,4</b>
Cubatão.....	108 309	51 481	<b>47,5</b>	5 065	<b>4,7</b>	224	<b>0,2</b>	50 657	<b>46,8</b>	225	<b>0,2</b>	658	<b>0,6</b>
Cunha.....	23 090	18 362	<b>79,5</b>	591	<b>2,6</b>	-	<b>0,0</b>	4 116	<b>17,8</b>	-	<b>0,0</b>	21	<b>0,1</b>
Descalvado.....	28 921	23 884	<b>82,6</b>	710	<b>2,5</b>	43	<b>0,1</b>	4 092	<b>14,1</b>	-	<b>0,0</b>	193	<b>0,7</b>
Diadema.....	357 064	204 341	<b>57,2</b>	18 058	<b>5,1</b>	2 890	<b>0,8</b>	127 842	<b>35,8</b>	683	<b>0,2</b>	3 249	<b>0,9</b>
Dirce Reis.....	1 623	1 286	<b>79,2</b>	16	<b>1,0</b>	36	<b>2,2</b>	281	<b>17,3</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,2</b>
Divinolândia.....	12 016	11 105	<b>92,4</b>	258	<b>2,1</b>	15	<b>0,1</b>	611	<b>5,1</b>	-	<b>0,0</b>	27	<b>0,2</b>
Dobrada.....	7 007	3 924	<b>56,0</b>	161	<b>2,3</b>	-	<b>0,0</b>	2 880	<b>41,1</b>	3	<b>0,0</b>	39	<b>0,6</b>
Dois Córregos.....	22 522	19 647	<b>87,2</b>	966	<b>4,3</b>	-	<b>0,0</b>	1 770	<b>7,9</b>	22	<b>0,1</b>	117	<b>0,5</b>
Dolcinópolis.....	2 152	1 566	<b>72,8</b>	59	<b>2,7</b>	-	<b>0,0</b>	508	<b>23,6</b>	-	<b>0,0</b>	19	<b>0,9</b>
Dourado.....	8 606	7 365	<b>85,6</b>	407	<b>4,7</b>	-	<b>0,0</b>	820	<b>9,5</b>	-	<b>0,0</b>	14	<b>0,2</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Dracena.....	40 500	29 919	<b>73,9</b>	1 095	<b>2,7</b>	1 302	<b>3,2</b>	8 059	<b>19,9</b>	31	<b>0,1</b>	95	<b>0,2</b>
Duartina.....	12 475	9 283	<b>74,4</b>	413	<b>3,3</b>	186	<b>1,5</b>	2 477	<b>19,9</b>	5	<b>0,0</b>	110	<b>0,9</b>
Dumont.....	6 307	4 831	<b>76,6</b>	191	<b>3,0</b>	3	<b>0,0</b>	1 250	<b>19,8</b>	-	<b>0,0</b>	31	<b>0,5</b>
Echaporã.....	6 827	4 758	<b>69,7</b>	307	<b>4,5</b>	15	<b>0,2</b>	1 688	<b>24,7</b>	25	<b>0,4</b>	34	<b>0,5</b>
Eldorado.....	14 134	8 200	<b>58,0</b>	1 184	<b>8,4</b>	68	<b>0,5</b>	4 523	<b>32,0</b>	-	<b>0,0</b>	159	<b>1,1</b>
Elias Fausto.....	13 888	10 598	<b>76,3</b>	652	<b>4,7</b>	106	<b>0,8</b>	2 374	<b>17,1</b>	8	<b>0,1</b>	149	<b>1,1</b>
Elisiário.....	2 577	2 390	<b>92,7</b>	37	<b>1,4</b>	-	<b>0,0</b>	139	<b>5,4</b>	-	<b>0,0</b>	12	<b>0,5</b>
Embaúba.....	2 478	2 132	<b>86,0</b>	30	<b>1,2</b>	-	<b>0,0</b>	306	<b>12,3</b>	-	<b>0,0</b>	10	<b>0,4</b>
Embu.....	207 663	107 390	<b>51,7</b>	12 469	<b>6,0</b>	989	<b>0,5</b>	84 230	<b>40,6</b>	527	<b>0,3</b>	2 057	<b>1,0</b>
Embu-Guaçu.....	56 916	37 700	<b>66,2</b>	2 921	<b>5,1</b>	473	<b>0,8</b>	14 998	<b>26,4</b>	93	<b>0,2</b>	731	<b>1,3</b>
Emilianópolis.....	2 893	1 767	<b>61,1</b>	37	<b>1,3</b>	17	<b>0,6</b>	1 069	<b>37,0</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,1</b>
Engenheiro Coelho.....	10 033	5 898	<b>58,8</b>	401	<b>4,0</b>	25	<b>0,2</b>	3 653	<b>36,4</b>	25	<b>0,2</b>	30	<b>0,3</b>
Espírito Santo do Pinhal.....	40 480	33 378	<b>82,5</b>	1 392	<b>3,4</b>	113	<b>0,3</b>	5 438	<b>13,4</b>	-	<b>0,0</b>	159	<b>0,4</b>
Espírito Santo do Turvo.....	3 677	2 770	<b>75,3</b>	34	<b>0,9</b>	33	<b>0,9</b>	828	<b>22,5</b>	-	<b>0,0</b>	12	<b>0,3</b>
Estiva Gerbi.....	8 856	7 407	<b>83,6</b>	219	<b>2,5</b>	5	<b>0,1</b>	1 167	<b>13,2</b>	10	<b>0,1</b>	48	<b>0,5</b>
Estrela do Norte.....	2 625	1 403	<b>53,4</b>	140	<b>5,3</b>	19	<b>0,7</b>	1 063	<b>40,5</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Estrela d'Oeste.....	8 256	6 318	<b>76,5</b>	353	<b>4,3</b>	42	<b>0,5</b>	1 511	<b>18,3</b>	-	<b>0,0</b>	32	<b>0,4</b>
Euclides da Cunha Paulista.....	10 214	4 286	<b>42,0</b>	274	<b>2,7</b>	5	<b>0,0</b>	5 609	<b>54,9</b>	26	<b>0,3</b>	14	<b>0,1</b>
Fartura.....	15 010	13 246	<b>88,2</b>	228	<b>1,5</b>	44	<b>0,3</b>	1 243	<b>8,3</b>	49	<b>0,3</b>	199	<b>1,3</b>
Fernando Prestes.....	5 434	4 648	<b>85,5</b>	69	<b>1,3</b>	5	<b>0,1</b>	696	<b>12,8</b>	4	<b>0,1</b>	12	<b>0,2</b>
Fernandópolis.....	61 647	48 522	<b>78,7</b>	1 512	<b>2,5</b>	915	<b>1,5</b>	10 293	<b>16,7</b>	11	<b>0,0</b>	394	<b>0,6</b>
Fernão.....	1 432	1 176	<b>82,1</b>	13	<b>0,9</b>	27	<b>1,9</b>	207	<b>14,5</b>	-	<b>0,0</b>	9	<b>0,6</b>
Ferraz de Vasconcelos.....	142 377	79 374	<b>55,7</b>	8 400	<b>5,9</b>	427	<b>0,3</b>	53 175	<b>37,3</b>	317	<b>0,2</b>	683	<b>0,5</b>
Flora Rica.....	2 177	1 517	<b>69,7</b>	43	<b>2,0</b>	20	<b>0,9</b>	597	<b>27,4</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Floreal.....	3 223	2 979	<b>92,4</b>	42	<b>1,3</b>	12	<b>0,4</b>	163	<b>5,1</b>	-	<b>0,0</b>	28	<b>0,9</b>
Flórida Paulista.....	11 106	6 878	<b>61,9</b>	303	<b>2,7</b>	175	<b>1,6</b>	3 695	<b>33,3</b>	-	<b>0,0</b>	55	<b>0,5</b>
Florínia.....	3 127	2 175	<b>69,6</b>	136	<b>4,3</b>	6	<b>0,2</b>	759	<b>24,3</b>	26	<b>0,8</b>	25	<b>0,8</b>
Franca.....	287 737	218 302	<b>75,9</b>	13 178	<b>4,6</b>	360	<b>0,1</b>	54 398	<b>18,9</b>	427	<b>0,1</b>	1 071	<b>0,4</b>



Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

Total

raça/cor

		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Francisco Morato.....	133 738	67 541	<b>50,5</b>	8 164	<b>6,1</b>	161	<b>0,1</b>	56 627	<b>42,3</b>	412	<b>0,3</b>	834	<b>0,6</b>
Franco da Rocha.....	108 122	63 790	<b>59,0</b>	6 157	<b>5,7</b>	398	<b>0,4</b>	36 857	<b>34,1</b>	202	<b>0,2</b>	717	<b>0,7</b>
Gabriel Monteiro.....	2 726	2 014	<b>73,9</b>	10	<b>0,4</b>	6	<b>0,2</b>	653	<b>24,0</b>	-	<b>0,0</b>	43	<b>1,6</b>
Gália.....	7 853	4 801	<b>61,1</b>	361	<b>4,6</b>	82	<b>1,0</b>	2 574	<b>32,8</b>	14	<b>0,2</b>	20	<b>0,3</b>
Garça.....	43 162	29 080	<b>67,4</b>	1 956	<b>4,5</b>	770	<b>1,8</b>	11 188	<b>25,9</b>	68	<b>0,2</b>	100	<b>0,2</b>
Gastão Vidigal.....	3 586	2 407	<b>67,1</b>	70	<b>2,0</b>	4	<b>0,1</b>	1 097	<b>30,6</b>	3	<b>0,1</b>	4	<b>0,1</b>
Gavião Peixoto.....	4 126	3 092	<b>74,9</b>	296	<b>7,2</b>	-	<b>0,0</b>	727	<b>17,6</b>	4	<b>0,1</b>	7	<b>0,2</b>
General Salgado.....	10 824	8 440	<b>78,0</b>	271	<b>2,5</b>	9	<b>0,1</b>	2 015	<b>18,6</b>	6	<b>0,1</b>	83	<b>0,8</b>
Getulina.....	10 370	6 026	<b>58,1</b>	591	<b>5,7</b>	184	<b>1,8</b>	3 548	<b>34,2</b>	12	<b>0,1</b>	9	<b>0,1</b>
Glicério.....	4 428	3 253	<b>73,5</b>	158	<b>3,6</b>	4	<b>0,1</b>	996	<b>22,5</b>	10	<b>0,2</b>	7	<b>0,2</b>
Guaiçara.....	9 211	5 728	<b>62,2</b>	433	<b>4,7</b>	175	<b>1,9</b>	2 852	<b>31,0</b>	10	<b>0,1</b>	13	<b>0,1</b>
Guaimbê.....	5 207	2 860	<b>54,9</b>	257	<b>4,9</b>	207	<b>4,0</b>	1 853	<b>35,6</b>	-	<b>0,0</b>	30	<b>0,6</b>
Guaira.....	34 610	23 924	<b>69,1</b>	1 710	<b>4,9</b>	677	<b>2,0</b>	8 204	<b>23,7</b>	20	<b>0,1</b>	75	<b>0,2</b>
Guapiaçu.....	14 086	11 450	<b>81,3</b>	235	<b>1,7</b>	32	<b>0,2</b>	2 156	<b>15,3</b>	50	<b>0,4</b>	162	<b>1,2</b>
Guapiara.....	19 726	11 665	<b>59,1</b>	283	<b>1,4</b>	322	<b>1,6</b>	7 304	<b>37,0</b>	6	<b>0,0</b>	146	<b>0,7</b>
Guará.....	18 916	11 439	<b>60,5</b>	2 455	<b>13,0</b>	141	<b>0,7</b>	4 800	<b>25,4</b>	12	<b>0,1</b>	69	<b>0,4</b>
Guaraçai.....	8 894	5 051	<b>56,8</b>	338	<b>3,8</b>	361	<b>4,1</b>	3 092	<b>34,8</b>	-	<b>0,0</b>	52	<b>0,6</b>
Guaraci.....	8 846	6 866	<b>77,6</b>	375	<b>4,2</b>	30	<b>0,3</b>	1 474	<b>16,7</b>	-	<b>0,0</b>	102	<b>1,2</b>
Guarani d'Oeste.....	2 006	1 470	<b>73,3</b>	36	<b>1,8</b>	-	<b>0,0</b>	487	<b>24,3</b>	-	<b>0,0</b>	13	<b>0,6</b>
Guarantã.....	6 323	3 959	<b>62,6</b>	194	<b>3,1</b>	47	<b>0,7</b>	2 101	<b>33,2</b>	22	<b>0,3</b>	-	<b>0,0</b>
Guararapes.....	28 843	19 309	<b>66,9</b>	1 202	<b>4,2</b>	826	<b>2,9</b>	7 342	<b>25,5</b>	14	<b>0,0</b>	151	<b>0,5</b>
Guararema.....	21 904	17 018	<b>77,7</b>	841	<b>3,8</b>	240	<b>1,1</b>	3 682	<b>16,8</b>	42	<b>0,2</b>	81	<b>0,4</b>
Guaratinguetá.....	104 219	77 383	<b>74,3</b>	3 281	<b>3,1</b>	257	<b>0,2</b>	22 604	<b>21,7</b>	239	<b>0,2</b>	454	<b>0,4</b>
Guareí.....	10 197	8 665	<b>85,0</b>	165	<b>1,6</b>	14	<b>0,1</b>	1 272	<b>12,5</b>	-	<b>0,0</b>	80	<b>0,8</b>
Guariba.....	31 085	18 665	<b>60,0</b>	2 044	<b>6,6</b>	13	<b>0,0</b>	10 282	<b>33,1</b>	21	<b>0,1</b>	60	<b>0,2</b>
Guarujá.....	264 812	142 432	<b>53,8</b>	11 021	<b>4,2</b>	802	<b>0,3</b>	108 377	<b>40,9</b>	802	<b>0,3</b>	1 378	<b>0,5</b>
Guarulhos.....	1 072 717	665 630	<b>62,1</b>	53 321	<b>5,0</b>	12 277	<b>1,1</b>	331 824	<b>30,9</b>	2 319	<b>0,2</b>	7 346	<b>0,7</b>
Guataporá.....	6 371	4 011	<b>63,0</b>	341	<b>5,4</b>	583	<b>9,2</b>	1 377	<b>21,6</b>	-	<b>0,0</b>	59	<b>0,9</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente													
	Total	raça/cor												
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%	
Guzolândia.....	4 295	2 891	<b>67,3</b>	69	<b>1,6</b>	9	<b>0,2</b>	1 316	<b>30,6</b>	9	<b>0,2</b>	-	<b>0,0</b>	
Herculândia.....	7 992	5 236	<b>65,5</b>	185	<b>2,3</b>	82	<b>1,0</b>	2 441	<b>30,5</b>	21	<b>0,3</b>	27	<b>0,3</b>	
Holambra.....	7 211	5 804	<b>80,5</b>	339	<b>4,7</b>	28	<b>0,4</b>	898	<b>12,5</b>	-	<b>0,0</b>	141	<b>2,0</b>	
Hortolândia.....	152 523	97 591	<b>64,0</b>	8 680	<b>5,7</b>	515	<b>0,3</b>	44 062	<b>28,9</b>	429	<b>0,3</b>	1 245	<b>0,8</b>	
Iacanga.....	8 282	6 843	<b>82,6</b>	268	<b>3,2</b>	95	<b>1,1</b>	1 043	<b>12,6</b>	7	<b>0,1</b>	25	<b>0,3</b>	
Iacri.....	6 783	4 423	<b>65,2</b>	217	<b>3,2</b>	121	<b>1,8</b>	1 984	<b>29,2</b>	3	<b>0,0</b>	35	<b>0,5</b>	
Iaras.....	3 054	2 147	<b>70,3</b>	190	<b>6,2</b>	-	<b>0,0</b>	691	<b>22,6</b>	-	<b>0,0</b>	26	<b>0,9</b>	
Ibaté.....	26 462	18 165	<b>68,6</b>	714	<b>2,7</b>	21	<b>0,1</b>	7 306	<b>27,6</b>	59	<b>0,2</b>	197	<b>0,7</b>	
Ibirá.....	9 447	8 131	<b>86,1</b>	219	<b>2,3</b>	31	<b>0,3</b>	1 007	<b>10,7</b>	-	<b>0,0</b>	60	<b>0,6</b>	
Ibirarema.....	5 701	5 023	<b>88,1</b>	115	<b>2,0</b>	-	<b>0,0</b>	539	<b>9,5</b>	7	<b>0,1</b>	17	<b>0,3</b>	
Ibitinga.....	46 620	38 757	<b>83,1</b>	1 522	<b>3,3</b>	106	<b>0,2</b>	5 949	<b>12,8</b>	33	<b>0,1</b>	252	<b>0,5</b>	
Ibiúna.....	64 384	48 671	<b>75,6</b>	2 051	<b>3,2</b>	2 135	<b>3,3</b>	10 596	<b>16,5</b>	110	<b>0,2</b>	821	<b>1,3</b>	
Icém.....	6 772	4 032	<b>59,5</b>	309	<b>4,6</b>	47	<b>0,7</b>	2 359	<b>34,8</b>	13	<b>0,2</b>	11	<b>0,2</b>	
Iepê.....	7 257	5 745	<b>79,2</b>	117	<b>1,6</b>	27	<b>0,4</b>	1 332	<b>18,4</b>	8	<b>0,1</b>	28	<b>0,4</b>	
Igarapu do Tietê.....	22 614	16 043	<b>70,9</b>	1 590	<b>7,0</b>	27	<b>0,1</b>	4 848	<b>21,4</b>	17	<b>0,1</b>	88	<b>0,4</b>	
Igarapava.....	25 925	16 804	<b>64,8</b>	1 999	<b>7,7</b>	34	<b>0,1</b>	6 938	<b>26,8</b>	10	<b>0,0</b>	141	<b>0,5</b>	
Igaratá.....	8 292	6 279	<b>75,7</b>	261	<b>3,1</b>	48	<b>0,6</b>	1 689	<b>20,4</b>	6	<b>0,1</b>	8	<b>0,1</b>	
Iguape.....	27 427	20 442	<b>74,5</b>	632	<b>2,3</b>	249	<b>0,9</b>	5 876	<b>21,4</b>	45	<b>0,2</b>	183	<b>0,7</b>	
Ilha Comprida.....	6 704	5 075	<b>75,7</b>	251	<b>3,7</b>	16	<b>0,2</b>	1 345	<b>20,1</b>	10	<b>0,1</b>	6	<b>0,1</b>	
Ilha Solteira.....	23 996	15 065	<b>62,8</b>	970	<b>4,0</b>	482	<b>2,0</b>	7 405	<b>30,9</b>	25	<b>0,1</b>	49	<b>0,2</b>	
Ilhabela.....	20 836	13 276	<b>63,7</b>	645	<b>3,1</b>	30	<b>0,1</b>	6 505	<b>31,2</b>	121	<b>0,6</b>	259	<b>1,2</b>	
Indaíatuba.....	147 050	111 947	<b>76,1</b>	5 233	<b>3,6</b>	2 372	<b>1,6</b>	26 399	<b>18,0</b>	341	<b>0,2</b>	757	<b>0,5</b>	
Indiana.....	4 932	3 665	<b>74,3</b>	130	<b>2,6</b>	5	<b>0,1</b>	1 105	<b>22,4</b>	15	<b>0,3</b>	11	<b>0,2</b>	
Indiaporã.....	4 058	3 232	<b>79,6</b>	116	<b>2,9</b>	-	<b>0,0</b>	691	<b>17,0</b>	13	<b>0,3</b>	6	<b>0,1</b>	
Inúbia Paulista.....	3 318	2 348	<b>70,8</b>	65	<b>2,0</b>	72	<b>2,2</b>	785	<b>23,7</b>	-	<b>0,0</b>	48	<b>1,4</b>	
Ipaussu.....	12 553	9 728	<b>77,5</b>	578	<b>4,6</b>	24	<b>0,2</b>	2 140	<b>17,0</b>	35	<b>0,3</b>	48	<b>0,4</b>	
Iperó.....	18 384	13 908	<b>75,7</b>	661	<b>3,6</b>	39	<b>0,2</b>	3 653	<b>19,9</b>	12	<b>0,1</b>	111	<b>0,6</b>	
Ipeúna.....	4 340	3 745	<b>86,3</b>	54	<b>1,2</b>	-	<b>0,0</b>	536	<b>12,4</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,1</b>	

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Ipiguá.....	3 476	2 860	<b>82,3</b>	30	<b>0,9</b>	9	<b>0,3</b>	552	<b>15,9</b>	8	<b>0,2</b>	16	<b>0,5</b>
Iporanga.....	4 562	1 775	<b>38,9</b>	287	<b>6,3</b>	-	<b>0,0</b>	2 425	<b>53,2</b>	17	<b>0,4</b>	57	<b>1,2</b>
Ipuã.....	11 870	7 872	<b>66,3</b>	370	<b>3,1</b>	40	<b>0,3</b>	3 581	<b>30,2</b>	7	<b>0,1</b>	-	<b>0,0</b>
Iracemópolis.....	15 555	13 047	<b>83,9</b>	1 016	<b>6,5</b>	64	<b>0,4</b>	1 159	<b>7,5</b>	-	<b>0,0</b>	270	<b>1,7</b>
Irapuã.....	6 658	5 554	<b>83,4</b>	205	<b>3,1</b>	-	<b>0,0</b>	854	<b>12,8</b>	-	<b>0,0</b>	45	<b>0,7</b>
Irapuru.....	7 457	4 771	<b>64,0</b>	294	<b>3,9</b>	345	<b>4,6</b>	2 006	<b>26,9</b>	29	<b>0,4</b>	12	<b>0,2</b>
Itaberá.....	18 911	14 553	<b>77,0</b>	564	<b>3,0</b>	50	<b>0,3</b>	3 639	<b>19,2</b>	37	<b>0,2</b>	68	<b>0,4</b>
Itaí.....	21 039	16 643	<b>79,1</b>	498	<b>2,4</b>	361	<b>1,7</b>	3 312	<b>15,7</b>	77	<b>0,4</b>	149	<b>0,7</b>
Itajobi.....	14 295	12 628	<b>88,3</b>	277	<b>1,9</b>	44	<b>0,3</b>	1 300	<b>9,1</b>	-	<b>0,0</b>	46	<b>0,3</b>
Itaju.....	2 638	2 265	<b>85,9</b>	60	<b>2,3</b>	-	<b>0,0</b>	278	<b>10,5</b>	-	<b>0,0</b>	35	<b>1,3</b>
Itanhaém.....	71 995	47 168	<b>65,5</b>	2 711	<b>3,8</b>	323	<b>0,4</b>	20 946	<b>29,1</b>	558	<b>0,8</b>	288	<b>0,4</b>
Itaóca.....	3 226	1 268	<b>39,3</b>	71	<b>2,2</b>	-	<b>0,0</b>	1 864	<b>57,8</b>	-	<b>0,0</b>	23	<b>0,7</b>
Itapecerica da Serra.....	129 685	72 425	<b>55,8</b>	5 998	<b>4,6</b>	667	<b>0,5</b>	48 812	<b>37,6</b>	145	<b>0,1</b>	1 639	<b>1,3</b>
Itapetininga.....	125 559	105 747	<b>84,2</b>	3 342	<b>2,7</b>	1 280	<b>1,0</b>	13 716	<b>10,9</b>	136	<b>0,1</b>	1 338	<b>1,1</b>
Itapeva.....	82 866	67 457	<b>81,4</b>	1 097	<b>1,3</b>	555	<b>0,7</b>	12 768	<b>15,4</b>	57	<b>0,1</b>	933	<b>1,1</b>
Itapeví.....	162 433	83 564	<b>51,4</b>	10 505	<b>6,5</b>	211	<b>0,1</b>	66 804	<b>41,1</b>	241	<b>0,1</b>	1 107	<b>0,7</b>
Itapira.....	63 377	53 308	<b>84,1</b>	2 671	<b>4,2</b>	105	<b>0,2</b>	7 007	<b>11,1</b>	82	<b>0,1</b>	204	<b>0,3</b>
Itapirapuã Paulista.....	3 577	2 079	<b>58,1</b>	28	<b>0,8</b>	-	<b>0,0</b>	1 405	<b>39,3</b>	4	<b>0,1</b>	61	<b>1,7</b>
Itápolis.....	37 750	32 601	<b>86,4</b>	1 136	<b>3,0</b>	126	<b>0,3</b>	3 710	<b>9,8</b>	38	<b>0,1</b>	139	<b>0,4</b>
Itaporanga.....	14 354	12 401	<b>86,4</b>	222	<b>1,5</b>	182	<b>1,3</b>	1 505	<b>10,5</b>	8	<b>0,1</b>	36	<b>0,3</b>
Itapuí.....	10 371	8 466	<b>81,6</b>	552	<b>5,3</b>	-	<b>0,0</b>	1 298	<b>12,5</b>	8	<b>0,1</b>	48	<b>0,5</b>
Itapura.....	3 838	2 079	<b>54,2</b>	144	<b>3,8</b>	8	<b>0,2</b>	1 573	<b>41,0</b>	9	<b>0,2</b>	25	<b>0,7</b>
Itaquaquecetuba.....	272 942	138 481	<b>50,7</b>	14 171	<b>5,2</b>	1 125	<b>0,4</b>	117 095	<b>42,9</b>	375	<b>0,1</b>	1 695	<b>0,6</b>
Itararé.....	46 554	39 258	<b>84,3</b>	1 120	<b>2,4</b>	131	<b>0,3</b>	5 720	<b>12,3</b>	-	<b>0,0</b>	325	<b>0,7</b>
Itariri.....	13 858	7 883	<b>56,9</b>	349	<b>2,5</b>	435	<b>3,1</b>	4 800	<b>34,6</b>	90	<b>0,6</b>	301	<b>2,2</b>
Itatiba.....	81 197	61 368	<b>75,6</b>	2 841	<b>3,5</b>	505	<b>0,6</b>	16 185	<b>19,9</b>	85	<b>0,1</b>	214	<b>0,3</b>
Itatinga.....	15 446	12 320	<b>79,8</b>	352	<b>2,3</b>	9	<b>0,1</b>	2 749	<b>17,8</b>	-	<b>0,0</b>	15	<b>0,1</b>
Itirapina.....	12 836	9 711	<b>75,7</b>	519	<b>4,0</b>	23	<b>0,2</b>	2 557	<b>19,9</b>	-	<b>0,0</b>	26	<b>0,2</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Itirapuã.....	5 412	3 376	<b>62,4</b>	236	<b>4,4</b>	17	<b>0,3</b>	1 764	<b>32,6</b>	5	<b>0,1</b>	14	<b>0,3</b>
Itobi.....	7 466	5 944	<b>79,6</b>	330	<b>4,4</b>	48	<b>0,6</b>	1 145	<b>15,3</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Itu.....	135 366	100 935	<b>74,6</b>	5 444	<b>4,0</b>	539	<b>0,4</b>	27 503	<b>20,3</b>	169	<b>0,1</b>	777	<b>0,6</b>
Itupeva.....	26 166	19 571	<b>74,8</b>	834	<b>3,2</b>	390	<b>1,5</b>	5 143	<b>19,7</b>	85	<b>0,3</b>	143	<b>0,5</b>
Ituverava.....	36 268	25 642	<b>70,7</b>	2 452	<b>6,8</b>	480	<b>1,3</b>	7 457	<b>20,6</b>	67	<b>0,2</b>	170	<b>0,5</b>
Jaborandi.....	6 424	4 576	<b>71,2</b>	444	<b>6,9</b>	23	<b>0,4</b>	1 345	<b>20,9</b>	4	<b>0,1</b>	33	<b>0,5</b>
Jaboticabal.....	67 408	51 248	<b>76,0</b>	3 108	<b>4,6</b>	795	<b>1,2</b>	12 040	<b>17,9</b>	40	<b>0,1</b>	177	<b>0,3</b>
Jacareí.....	191 291	144 055	<b>75,3</b>	7 691	<b>4,0</b>	2 093	<b>1,1</b>	35 917	<b>18,8</b>	334	<b>0,2</b>	1 201	<b>0,6</b>
Jaci.....	4 180	3 569	<b>85,4</b>	257	<b>6,1</b>	40	<b>1,0</b>	305	<b>7,3</b>	-	<b>0,0</b>	8	<b>0,2</b>
Jacupiranga.....	17 041	12 766	<b>74,9</b>	547	<b>3,2</b>	80	<b>0,5</b>	3 536	<b>20,7</b>	-	<b>0,0</b>	113	<b>0,7</b>
Jaguariúna.....	29 597	23 356	<b>78,9</b>	770	<b>2,6</b>	284	<b>1,0</b>	4 917	<b>16,6</b>	54	<b>0,2</b>	215	<b>0,7</b>
Jales.....	46 186	37 446	<b>81,1</b>	944	<b>2,0</b>	770	<b>1,7</b>	6 843	<b>14,8</b>	26	<b>0,1</b>	158	<b>0,3</b>
Jambeiro.....	3 992	3 351	<b>83,9</b>	33	<b>0,8</b>	10	<b>0,3</b>	554	<b>13,9</b>	-	<b>0,0</b>	45	<b>1,1</b>
Jandira.....	91 807	49 539	<b>54,0</b>	3 304	<b>3,6</b>	217	<b>0,2</b>	38 013	<b>41,4</b>	185	<b>0,2</b>	549	<b>0,6</b>
Jardinópolis.....	30 729	22 830	<b>74,3</b>	1 818	<b>5,9</b>	80	<b>0,3</b>	5 761	<b>18,7</b>	53	<b>0,2</b>	187	<b>0,6</b>
Jarinu.....	17 041	11 949	<b>70,1</b>	410	<b>2,4</b>	147	<b>0,9</b>	4 423	<b>26,0</b>	-	<b>0,0</b>	112	<b>0,7</b>
Jaú.....	112 104	95 379	<b>85,1</b>	4 881	<b>4,4</b>	72	<b>0,1</b>	11 112	<b>9,9</b>	181	<b>0,2</b>	479	<b>0,4</b>
Jeriquara.....	3 280	1 764	<b>53,8</b>	262	<b>8,0</b>	-	<b>0,0</b>	1 202	<b>36,6</b>	-	<b>0,0</b>	53	<b>1,6</b>
Joanópolis.....	10 409	9 162	<b>88,0</b>	136	<b>1,3</b>	-	<b>0,0</b>	947	<b>9,1</b>	5	<b>0,0</b>	159	<b>1,5</b>
João Ramalho.....	3 842	2 379	<b>61,9</b>	120	<b>3,1</b>	29	<b>0,8</b>	1 313	<b>34,2</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
José Bonifácio.....	28 714	23 321	<b>81,2</b>	349	<b>1,2</b>	61	<b>0,2</b>	4 769	<b>16,6</b>	17	<b>0,1</b>	197	<b>0,7</b>
Júlio Mesquita.....	4 166	2 387	<b>57,3</b>	250	<b>6,0</b>	111	<b>2,7</b>	1 393	<b>33,4</b>	-	<b>0,0</b>	24	<b>0,6</b>
Jumirim.....	2 196	1 853	<b>84,4</b>	5	<b>0,2</b>	-	<b>0,0</b>	314	<b>14,3</b>	-	<b>0,0</b>	24	<b>1,1</b>
Jundiá.....	323 397	264 435	<b>81,8</b>	9 710	<b>3,0</b>	2 627	<b>0,8</b>	44 471	<b>13,8</b>	294	<b>0,1</b>	1 860	<b>0,6</b>
Junqueirópolis.....	17 005	11 760	<b>69,2</b>	820	<b>4,8</b>	474	<b>2,8</b>	3 833	<b>22,5</b>	35	<b>0,2</b>	84	<b>0,5</b>
Juquiá.....	20 516	11 295	<b>55,1</b>	1 012	<b>4,9</b>	381	<b>1,9</b>	7 672	<b>37,4</b>	26	<b>0,1</b>	130	<b>0,6</b>
Juquitiba.....	26 459	17 206	<b>65,0</b>	757	<b>2,9</b>	120	<b>0,5</b>	8 090	<b>30,6</b>	15	<b>0,1</b>	271	<b>1,0</b>
Lagoinha.....	4 957	3 993	<b>80,6</b>	129	<b>2,6</b>	5	<b>0,1</b>	794	<b>16,0</b>	23	<b>0,5</b>	13	<b>0,3</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Laranjal Paulista.....	22 145	18 660	<b>84,3</b>	1 101	<b>5,0</b>	41	<b>0,2</b>	2 166	<b>9,8</b>	17	<b>0,1</b>	160	<b>0,7</b>
Lavinia.....	5 131	3 314	<b>64,6</b>	131	<b>2,6</b>	113	<b>2,2</b>	1 557	<b>30,3</b>	12	<b>0,2</b>	5	<b>0,1</b>
Lavrinhas.....	6 008	3 957	<b>65,9</b>	364	<b>6,1</b>	17	<b>0,3</b>	1 663	<b>27,7</b>	-	<b>0,0</b>	7	<b>0,1</b>
Leme.....	80 757	64 072	<b>79,3</b>	3 479	<b>4,3</b>	78	<b>0,1</b>	12 839	<b>15,9</b>	88	<b>0,1</b>	201	<b>0,2</b>
Lençóis Paulista.....	55 042	43 587	<b>79,2</b>	2 214	<b>4,0</b>	131	<b>0,2</b>	8 875	<b>16,1</b>	31	<b>0,1</b>	204	<b>0,4</b>
Limeira.....	249 046	199 209	<b>80,0</b>	10 187	<b>4,1</b>	812	<b>0,3</b>	36 775	<b>14,8</b>	336	<b>0,1</b>	1 727	<b>0,7</b>
Lindóia.....	5 331	4 324	<b>81,1</b>	189	<b>3,5</b>	-	<b>0,0</b>	781	<b>14,7</b>	-	<b>0,0</b>	37	<b>0,7</b>
Lins.....	65 952	43 737	<b>66,3</b>	3 469	<b>5,3</b>	1 829	<b>2,8</b>	16 382	<b>24,8</b>	240	<b>0,4</b>	295	<b>0,4</b>
Lorena.....	77 990	54 699	<b>70,1</b>	4 455	<b>5,7</b>	203	<b>0,3</b>	18 337	<b>23,5</b>	86	<b>0,1</b>	210	<b>0,3</b>
Lourdes.....	2 007	1 486	<b>74,0</b>	40	<b>2,0</b>	14	<b>0,7</b>	416	<b>20,7</b>	4	<b>0,2</b>	47	<b>2,3</b>
Louveira.....	23 903	17 686	<b>74,0</b>	743	<b>3,1</b>	34	<b>0,1</b>	5 208	<b>21,8</b>	9	<b>0,0</b>	223	<b>0,9</b>
Lucélia.....	18 316	13 744	<b>75,0</b>	571	<b>3,1</b>	443	<b>2,4</b>	3 526	<b>19,3</b>	15	<b>0,1</b>	16	<b>0,1</b>
Lucianópolis.....	2 154	1 745	<b>81,0</b>	122	<b>5,7</b>	-	<b>0,0</b>	276	<b>12,8</b>	5	<b>0,2</b>	6	<b>0,3</b>
Luis Antônio.....	7 160	4 672	<b>65,3</b>	542	<b>7,6</b>	30	<b>0,4</b>	1 879	<b>26,2</b>	18	<b>0,3</b>	19	<b>0,3</b>
Luiziânia.....	4 274	2 750	<b>64,3</b>	118	<b>2,8</b>	9	<b>0,2</b>	1 377	<b>32,2</b>	14	<b>0,3</b>	6	<b>0,1</b>
Lupércio.....	4 230	2 390	<b>56,5</b>	194	<b>4,6</b>	7	<b>0,2</b>	1 607	<b>38,0</b>	3	<b>0,1</b>	29	<b>0,7</b>
Lutécia.....	2 897	2 439	<b>84,2</b>	21	<b>0,7</b>	12	<b>0,4</b>	426	<b>14,7</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Macatuba.....	15 752	11 683	<b>74,2</b>	715	<b>4,5</b>	-	<b>0,0</b>	3 340	<b>21,2</b>	-	<b>0,0</b>	14	<b>0,1</b>
Macaubal.....	7 385	6 800	<b>92,1</b>	171	<b>2,3</b>	60	<b>0,8</b>	315	<b>4,3</b>	-	<b>0,0</b>	40	<b>0,5</b>
Macedônia.....	3 781	2 971	<b>78,6</b>	46	<b>1,2</b>	46	<b>1,2</b>	688	<b>18,2</b>	-	<b>0,0</b>	30	<b>0,8</b>
Magda.....	3 486	3 002	<b>86,1</b>	111	<b>3,2</b>	71	<b>2,0</b>	295	<b>8,5</b>	3	<b>0,1</b>	3	<b>0,1</b>
Mairinque.....	39 975	28 259	<b>70,7</b>	1 683	<b>4,2</b>	598	<b>1,5</b>	9 079	<b>22,7</b>	49	<b>0,1</b>	307	<b>0,8</b>
Mairiporã.....	60 111	42 502	<b>70,7</b>	1 881	<b>3,1</b>	281	<b>0,5</b>	14 732	<b>24,5</b>	119	<b>0,2</b>	597	<b>1,0</b>
Manduri.....	8 271	7 076	<b>85,6</b>	203	<b>2,5</b>	-	<b>0,0</b>	962	<b>11,6</b>	-	<b>0,0</b>	29	<b>0,4</b>
Marabá Paulista.....	3 784	1 974	<b>52,2</b>	111	<b>2,9</b>	-	<b>0,0</b>	1 684	<b>44,5</b>	7	<b>0,2</b>	9	<b>0,2</b>
Maracaí.....	13 004	10 568	<b>81,3</b>	237	<b>1,8</b>	5	<b>0,0</b>	2 141	<b>16,5</b>	15	<b>0,1</b>	38	<b>0,3</b>
Marapoama.....	2 238	2 081	<b>93,0</b>	13	<b>0,6</b>	-	<b>0,0</b>	134	<b>6,0</b>	-	<b>0,0</b>	11	<b>0,5</b>
Mariápolis.....	3 854	2 743	<b>71,2</b>	60	<b>1,6</b>	78	<b>2,0</b>	967	<b>25,1</b>	-	<b>0,0</b>	6	<b>0,2</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Marília.....	197 342	137 559	<b>69,7</b>	7 887	<b>4,0</b>	4 987	<b>2,5</b>	45 416	<b>23,0</b>	354	<b>0,2</b>	1 139	<b>0,6</b>
Marinópolis.....	2 195	1 681	<b>76,6</b>	90	<b>4,1</b>	11	<b>0,5</b>	407	<b>18,5</b>	-	<b>0,0</b>	6	<b>0,3</b>
Martinópolis.....	22 346	16 234	<b>72,6</b>	1 202	<b>5,4</b>	240	<b>1,1</b>	4 603	<b>20,6</b>	58	<b>0,3</b>	9	<b>0,0</b>
Matão.....	71 753	53 969	<b>75,2</b>	3 028	<b>4,2</b>	144	<b>0,2</b>	14 278	<b>19,9</b>	65	<b>0,1</b>	269	<b>0,4</b>
Mauá.....	363 392	236 224	<b>65,0</b>	14 945	<b>4,1</b>	1 819	<b>0,5</b>	107 276	<b>29,5</b>	972	<b>0,3</b>	2 156	<b>0,6</b>
Mendonça.....	3 759	3 253	<b>86,5</b>	133	<b>3,5</b>	45	<b>1,2</b>	319	<b>8,5</b>	-	<b>0,0</b>	9	<b>0,2</b>
Meridiano.....	4 025	2 736	<b>68,0</b>	198	<b>4,9</b>	61	<b>1,5</b>	1 020	<b>25,3</b>	-	<b>0,0</b>	10	<b>0,2</b>
Mesópolis.....	1 930	1 257	<b>65,1</b>	72	<b>3,7</b>	34	<b>1,8</b>	565	<b>29,3</b>	-	<b>0,0</b>	3	<b>0,2</b>
Miguelópolis.....	19 019	11 968	<b>62,9</b>	854	<b>4,5</b>	268	<b>1,4</b>	5 727	<b>30,1</b>	99	<b>0,5</b>	103	<b>0,5</b>
Mineiros do Tietê.....	11 410	8 657	<b>75,9</b>	365	<b>3,2</b>	6	<b>0,1</b>	2 328	<b>20,4</b>	3	<b>0,0</b>	51	<b>0,4</b>
Mira Estrela.....	2 596	1 727	<b>66,5</b>	93	<b>3,6</b>	2	<b>0,1</b>	726	<b>28,0</b>	-	<b>0,0</b>	48	<b>1,8</b>
Miracatu.....	22 383	13 209	<b>59,0</b>	574	<b>2,6</b>	311	<b>1,4</b>	8 219	<b>36,7</b>	57	<b>0,3</b>	14	<b>0,1</b>
Mirandópolis.....	25 936	16 628	<b>64,1</b>	775	<b>3,0</b>	1 365	<b>5,3</b>	7 095	<b>27,4</b>	9	<b>0,0</b>	65	<b>0,3</b>
Mirante do Paranapanema.....	16 213	10 758	<b>66,4</b>	555	<b>3,4</b>	288	<b>1,8</b>	4 515	<b>27,8</b>	54	<b>0,3</b>	43	<b>0,3</b>
Mirassol.....	48 327	39 924	<b>82,6</b>	1 150	<b>2,4</b>	150	<b>0,3</b>	6 813	<b>14,1</b>	46	<b>0,1</b>	244	<b>0,5</b>
Mirassolândia.....	3 741	2 706	<b>72,3</b>	36	<b>1,0</b>	-	<b>0,0</b>	989	<b>26,4</b>	-	<b>0,0</b>	10	<b>0,3</b>
Mococa.....	65 574	53 098	<b>81,0</b>	2 543	<b>3,9</b>	151	<b>0,2</b>	9 599	<b>14,6</b>	10	<b>0,0</b>	174	<b>0,3</b>
Mogi Guaçu.....	124 228	105 057	<b>84,6</b>	3 501	<b>2,8</b>	247	<b>0,2</b>	14 928	<b>12,0</b>	111	<b>0,1</b>	384	<b>0,3</b>
Moji das Cruzes.....	330 241	216 879	<b>65,7</b>	17 815	<b>5,4</b>	14 837	<b>4,5</b>	79 014	<b>23,9</b>	540	<b>0,2</b>	1 156	<b>0,4</b>
Moji-Mirim.....	81 467	68 808	<b>84,5</b>	2 828	<b>3,5</b>	282	<b>0,3</b>	9 041	<b>11,1</b>	188	<b>0,2</b>	319	<b>0,4</b>
Mombuca.....	3 107	1 974	<b>63,5</b>	143	<b>4,6</b>	-	<b>0,0</b>	969	<b>31,2</b>	21	<b>0,7</b>	-	<b>0,0</b>
Monções.....	2 055	1 521	<b>74,0</b>	80	<b>3,9</b>	-	<b>0,0</b>	437	<b>21,3</b>	-	<b>0,0</b>	18	<b>0,9</b>
Mongaguá.....	35 098	21 839	<b>62,2</b>	1 830	<b>5,2</b>	157	<b>0,4</b>	10 184	<b>29,0</b>	937	<b>2,7</b>	151	<b>0,4</b>
Monte Alegre do Sul.....	6 321	5 553	<b>87,9</b>	204	<b>3,2</b>	3	<b>0,0</b>	543	<b>8,6</b>	-	<b>0,0</b>	19	<b>0,3</b>
Monte Alto.....	43 613	35 803	<b>82,1</b>	998	<b>2,3</b>	258	<b>0,6</b>	6 276	<b>14,4</b>	58	<b>0,1</b>	221	<b>0,5</b>
Monte Aprazível.....	18 413	15 921	<b>86,5</b>	479	<b>2,6</b>	40	<b>0,2</b>	1 902	<b>10,3</b>	8	<b>0,0</b>	63	<b>0,3</b>
Monte Azul Paulista.....	19 553	14 872	<b>76,1</b>	735	<b>3,8</b>	27	<b>0,1</b>	3 880	<b>19,8</b>	-	<b>0,0</b>	40	<b>0,2</b>
Monte Castelo.....	4 089	2 697	<b>66,0</b>	99	<b>2,4</b>	19	<b>0,5</b>	1 272	<b>31,1</b>	3	<b>0,1</b>	-	<b>0,0</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Monte Mor.....	37 340	23 786	<b>63,7</b>	2 027	<b>5,4</b>	152	<b>0,4</b>	10 917	<b>29,2</b>	82	<b>0,2</b>	375	<b>1,0</b>
Monteiro Lobato.....	3 615	2 806	<b>77,6</b>	253	<b>7,0</b>	-	<b>0,0</b>	554	<b>15,3</b>	-	<b>0,0</b>	2	<b>0,1</b>
Morro Agudo.....	25 428	16 196	<b>63,7</b>	2 285	<b>9,0</b>	176	<b>0,7</b>	6 675	<b>26,3</b>	9	<b>0,0</b>	86	<b>0,3</b>
Morungaba.....	9 911	7 420	<b>74,9</b>	163	<b>1,6</b>	45	<b>0,5</b>	2 243	<b>22,6</b>	9	<b>0,1</b>	32	<b>0,3</b>
Motuca.....	3 871	2 986	<b>77,1</b>	307	<b>7,9</b>	-	<b>0,0</b>	505	<b>13,0</b>	-	<b>0,0</b>	73	<b>1,9</b>
Murutinga do Sul.....	3 971	2 654	<b>66,8</b>	140	<b>3,5</b>	48	<b>1,2</b>	1 123	<b>28,3</b>	-	<b>0,0</b>	7	<b>0,2</b>
Nantes.....	2 269	848	<b>37,4</b>	47	<b>2,1</b>	11	<b>0,5</b>	1 338	<b>59,0</b>	-	<b>0,0</b>	25	<b>1,1</b>
Narandiba.....	3 743	2 146	<b>57,3</b>	197	<b>5,3</b>	127	<b>3,4</b>	1 259	<b>33,6</b>	4	<b>0,1</b>	10	<b>0,3</b>
Natividade da Serra.....	6 952	6 383	<b>91,8</b>	94	<b>1,4</b>	7	<b>0,1</b>	435	<b>6,3</b>	-	<b>0,0</b>	33	<b>0,5</b>
Nazaré Paulista.....	14 485	11 570	<b>79,9</b>	554	<b>3,8</b>	24	<b>0,2</b>	2 228	<b>15,4</b>	21	<b>0,1</b>	89	<b>0,6</b>
Neves Paulista.....	8 907	7 500	<b>84,2</b>	377	<b>4,2</b>	19	<b>0,2</b>	996	<b>11,2</b>	8	<b>0,1</b>	6	<b>0,1</b>
Nhandeara.....	10 194	8 831	<b>86,6</b>	132	<b>1,3</b>	16	<b>0,2</b>	1 177	<b>11,5</b>	4	<b>0,0</b>	33	<b>0,3</b>
Nipoã.....	3 267	2 806	<b>85,9</b>	118	<b>3,6</b>	-	<b>0,0</b>	304	<b>9,3</b>	-	<b>0,0</b>	39	<b>1,2</b>
Nova Aliança.....	4 768	4 101	<b>86,0</b>	135	<b>2,8</b>	27	<b>0,6</b>	501	<b>10,5</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,1</b>
Nova Campina.....	7 295	5 313	<b>72,8</b>	153	<b>2,1</b>	38	<b>0,5</b>	1 736	<b>23,8</b>	5	<b>0,1</b>	49	<b>0,7</b>
Nova Canaã Paulista.....	2 483	2 064	<b>83,1</b>	4	<b>0,2</b>	60	<b>2,4</b>	343	<b>13,8</b>	-	<b>0,0</b>	13	<b>0,5</b>
Nova Castilho.....	1 042	779	<b>74,8</b>	61	<b>5,9</b>	4	<b>0,4</b>	198	<b>19,0</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Nova Europa.....	7 307	5 366	<b>73,4</b>	162	<b>2,2</b>	39	<b>0,5</b>	1 728	<b>23,6</b>	-	<b>0,0</b>	13	<b>0,2</b>
Nova Granada.....	17 020	13 055	<b>76,7</b>	556	<b>3,3</b>	69	<b>0,4</b>	3 304	<b>19,4</b>	25	<b>0,1</b>	11	<b>0,1</b>
Nova Guataporanga.....	2 087	1 585	<b>75,9</b>	54	<b>2,6</b>	3	<b>0,1</b>	445	<b>21,3</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Nova Independência.....	2 063	1 468	<b>71,2</b>	64	<b>3,1</b>	8	<b>0,4</b>	518	<b>25,1</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,2</b>
Nova Luzitânia.....	2 749	2 376	<b>86,4</b>	153	<b>5,6</b>	22	<b>0,8</b>	194	<b>7,1</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,2</b>
Nova Odessa.....	42 071	34 617	<b>82,3</b>	1 350	<b>3,2</b>	118	<b>0,3</b>	5 720	<b>13,6</b>	30	<b>0,1</b>	234	<b>0,6</b>
Novais.....	3 225	2 562	<b>79,4</b>	139	<b>4,3</b>	-	<b>0,0</b>	524	<b>16,2</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Novo Horizonte.....	32 432	28 431	<b>87,7</b>	748	<b>2,3</b>	67	<b>0,2</b>	3 044	<b>9,4</b>	10	<b>0,0</b>	132	<b>0,4</b>
Nuporanga.....	6 309	5 155	<b>81,7</b>	254	<b>4,0</b>	18	<b>0,3</b>	882	<b>14,0</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Ocaçu.....	4 164	3 128	<b>75,1</b>	195	<b>4,7</b>	47	<b>1,1</b>	778	<b>18,7</b>	3	<b>0,1</b>	13	<b>0,3</b>
Óleo.....	2 994	2 628	<b>87,8</b>	38	<b>1,3</b>	-	<b>0,0</b>	329	<b>11,0</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Olimpia.....	46 013	35 620	<b>77,4</b>	1 932	<b>4,2</b>	70	<b>0,2</b>	8 180	<b>17,8</b>	9	<b>0,0</b>	202	<b>0,4</b>
Onda Verde.....	3 413	2 176	<b>63,8</b>	214	<b>6,3</b>	49	<b>1,4</b>	931	<b>27,3</b>	34	<b>1,0</b>	9	<b>0,3</b>
Oriente.....	5 884	3 867	<b>65,7</b>	499	<b>8,5</b>	31	<b>0,5</b>	1 411	<b>24,0</b>	-	<b>0,0</b>	75	<b>1,3</b>
Orindiúva.....	4 161	2 427	<b>58,3</b>	219	<b>5,3</b>	39	<b>0,9</b>	1 434	<b>34,5</b>	-	<b>0,0</b>	41	<b>1,0</b>
Orlândia.....	36 004	25 490	<b>70,8</b>	1 561	<b>4,3</b>	19	<b>0,1</b>	8 659	<b>24,1</b>	29	<b>0,1</b>	246	<b>0,7</b>
Osasco.....	652 593	432 568	<b>66,3</b>	29 242	<b>4,5</b>	5 445	<b>0,8</b>	179 191	<b>27,5</b>	1 184	<b>0,2</b>	4 963	<b>0,8</b>
Oscar Bressane.....	2 552	1 882	<b>73,7</b>	48	<b>1,9</b>	103	<b>4,0</b>	497	<b>19,5</b>	-	<b>0,0</b>	21	<b>0,8</b>
Osvaldo Cruz.....	29 648	22 044	<b>74,4</b>	397	<b>1,3</b>	465	<b>1,6</b>	6 572	<b>22,2</b>	64	<b>0,2</b>	106	<b>0,4</b>
Ourinhos.....	93 868	73 683	<b>78,5</b>	3 047	<b>3,2</b>	1 574	<b>1,7</b>	14 869	<b>15,8</b>	305	<b>0,3</b>	389	<b>0,4</b>
Ouro Verde.....	7 148	4 074	<b>57,0</b>	336	<b>4,7</b>	48	<b>0,7</b>	2 652	<b>37,1</b>	-	<b>0,0</b>	38	<b>0,5</b>
Ouroeste.....	6 290	4 441	<b>70,6</b>	119	<b>1,9</b>	159	<b>2,5</b>	1 555	<b>24,7</b>	11	<b>0,2</b>	5	<b>0,1</b>
Pacaembu.....	12 518	7 519	<b>60,1</b>	382	<b>3,1</b>	738	<b>5,9</b>	3 851	<b>30,8</b>	14	<b>0,1</b>	15	<b>0,1</b>
Palestina.....	9 100	7 228	<b>79,4</b>	260	<b>2,9</b>	26	<b>0,3</b>	1 528	<b>16,8</b>	22	<b>0,2</b>	36	<b>0,4</b>
Palmares Paulista.....	8 437	5 682	<b>67,3</b>	445	<b>5,3</b>	17	<b>0,2</b>	2 190	<b>26,0</b>	3	<b>0,0</b>	100	<b>1,2</b>
Palmeira d'Oeste.....	10 322	8 738	<b>84,7</b>	380	<b>3,7</b>	119	<b>1,2</b>	1 069	<b>10,4</b>	-	<b>0,0</b>	15	<b>0,1</b>
Palmital.....	20 701	17 701	<b>85,5</b>	390	<b>1,9</b>	54	<b>0,3</b>	2 517	<b>12,2</b>	-	<b>0,0</b>	39	<b>0,2</b>
Panorama.....	13 649	8 854	<b>64,9</b>	269	<b>2,0</b>	82	<b>0,6</b>	4 384	<b>32,1</b>	18	<b>0,1</b>	42	<b>0,3</b>
Paraguaçu Paulista.....	39 618	29 787	<b>75,2</b>	1 369	<b>3,5</b>	243	<b>0,6</b>	8 003	<b>20,2</b>	50	<b>0,1</b>	166	<b>0,4</b>
Paraibuna.....	17 009	14 404	<b>84,7</b>	309	<b>1,8</b>	51	<b>0,3</b>	2 200	<b>12,9</b>	4	<b>0,0</b>	42	<b>0,2</b>
Paraíso.....	5 429	4 474	<b>82,4</b>	96	<b>1,8</b>	-	<b>0,0</b>	847	<b>15,6</b>	-	<b>0,0</b>	12	<b>0,2</b>
Paranapanema.....	15 510	13 216	<b>85,2</b>	324	<b>2,1</b>	50	<b>0,3</b>	1 855	<b>12,0</b>	14	<b>0,1</b>	52	<b>0,3</b>
Paranapuã.....	3 632	2 555	<b>70,3</b>	89	<b>2,5</b>	99	<b>2,7</b>	879	<b>24,2</b>	3	<b>0,1</b>	7	<b>0,2</b>
Parapuã.....	11 104	8 057	<b>72,6</b>	370	<b>3,3</b>	183	<b>1,6</b>	2 465	<b>22,2</b>	5	<b>0,0</b>	24	<b>0,2</b>
Pardinho.....	4 732	4 120	<b>87,1</b>	66	<b>1,4</b>	4	<b>0,1</b>	518	<b>10,9</b>	5	<b>0,1</b>	20	<b>0,4</b>
Pariquera-Açu.....	17 649	12 104	<b>68,6</b>	497	<b>2,8</b>	125	<b>0,7</b>	4 803	<b>27,2</b>	86	<b>0,5</b>	34	<b>0,2</b>
Parisi.....	1 948	1 744	<b>89,5</b>	38	<b>2,0</b>	-	<b>0,0</b>	163	<b>8,4</b>	3	<b>0,2</b>	-	<b>0,0</b>
Patrocínio Paulista.....	11 416	7 487	<b>65,6</b>	865	<b>7,6</b>	43	<b>0,4</b>	2 945	<b>25,8</b>	-	<b>0,0</b>	76	<b>0,7</b>
Paulicéia.....	5 302	3 611	<b>68,1</b>	232	<b>4,4</b>	33	<b>0,6</b>	1 379	<b>26,0</b>	5	<b>0,1</b>	43	<b>0,8</b>



Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Paulínia.....	51 326	36 062	<b>70,3</b>	2 484	<b>4,8</b>	364	<b>0,7</b>	11 723	<b>22,8</b>	131	<b>0,3</b>	564	<b>1,1</b>
Paulistânia.....	1 891	1 675	<b>88,6</b>	41	<b>2,2</b>	-	<b>0,0</b>	162	<b>8,6</b>	-	<b>0,0</b>	13	<b>0,7</b>
Paulo de Faria.....	8 472	5 458	<b>64,4</b>	669	<b>7,9</b>	55	<b>0,6</b>	2 236	<b>26,4</b>	25	<b>0,3</b>	29	<b>0,3</b>
Pedrneiras.....	36 614	28 605	<b>78,1</b>	1 824	<b>5,0</b>	7	<b>0,0</b>	6 053	<b>16,5</b>	7	<b>0,0</b>	118	<b>0,3</b>
Pedra Bela.....	5 609	4 608	<b>82,2</b>	159	<b>2,8</b>	25	<b>0,4</b>	793	<b>14,1</b>	4	<b>0,1</b>	20	<b>0,4</b>
Pedranópolis.....	2 734	2 102	<b>76,9</b>	79	<b>2,9</b>	-	<b>0,0</b>	530	<b>19,4</b>	-	<b>0,0</b>	23	<b>0,8</b>
Pedregulho.....	14 994	10 852	<b>72,4</b>	545	<b>3,6</b>	5	<b>0,0</b>	3 506	<b>23,4</b>	-	<b>0,0</b>	86	<b>0,6</b>
Pedreira.....	35 219	30 008	<b>85,2</b>	741	<b>2,1</b>	9	<b>0,0</b>	4 314	<b>12,2</b>	13	<b>0,0</b>	134	<b>0,4</b>
Pedrinhas Paulista.....	2 861	2 197	<b>76,8</b>	38	<b>1,3</b>	-	<b>0,0</b>	610	<b>21,3</b>	11	<b>0,4</b>	6	<b>0,2</b>
Pedro de Toledo.....	9 187	5 393	<b>58,7</b>	349	<b>3,8</b>	245	<b>2,7</b>	3 135	<b>34,1</b>	8	<b>0,1</b>	56	<b>0,6</b>
Penápolis.....	54 635	43 185	<b>79,0</b>	1 946	<b>3,6</b>	611	<b>1,1</b>	8 460	<b>15,5</b>	31	<b>0,1</b>	402	<b>0,7</b>
Pereira Barreto.....	25 028	13 080	<b>52,3</b>	906	<b>3,6</b>	1 178	<b>4,7</b>	9 785	<b>39,1</b>	56	<b>0,2</b>	23	<b>0,1</b>
Pereiras.....	6 226	5 462	<b>87,7</b>	61	<b>1,0</b>	9	<b>0,1</b>	648	<b>10,4</b>	-	<b>0,0</b>	45	<b>0,7</b>
Peruibe.....	51 451	34 049	<b>66,2</b>	1 477	<b>2,9</b>	569	<b>1,1</b>	14 411	<b>28,0</b>	364	<b>0,7</b>	581	<b>1,1</b>
Piacatu.....	4 625	3 341	<b>72,2</b>	115	<b>2,5</b>	17	<b>0,4</b>	1 145	<b>24,8</b>	-	<b>0,0</b>	7	<b>0,2</b>
Piedade.....	50 131	39 786	<b>79,4</b>	988	<b>2,0</b>	1 523	<b>3,0</b>	7 428	<b>14,8</b>	154	<b>0,3</b>	251	<b>0,5</b>
Pilar do Sul.....	23 948	18 979	<b>79,3</b>	325	<b>1,4</b>	941	<b>3,9</b>	3 524	<b>14,7</b>	18	<b>0,1</b>	160	<b>0,7</b>
Pindamonhangaba.....	126 026	91 387	<b>72,5</b>	4 753	<b>3,8</b>	891	<b>0,7</b>	27 988	<b>22,2</b>	180	<b>0,1</b>	827	<b>0,7</b>
Pindorama.....	13 109	11 253	<b>85,8</b>	486	<b>3,7</b>	49	<b>0,4</b>	1 216	<b>9,3</b>	4	<b>0,0</b>	102	<b>0,8</b>
Pinhalzinho.....	10 986	9 648	<b>87,8</b>	132	<b>1,2</b>	18	<b>0,2</b>	1 119	<b>10,2</b>	-	<b>0,0</b>	70	<b>0,6</b>
Piquerobi.....	3 478	2 404	<b>69,1</b>	101	<b>2,9</b>	4	<b>0,1</b>	969	<b>27,9</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Piquete.....	15 200	10 594	<b>69,7</b>	1 063	<b>7,0</b>	-	<b>0,0</b>	3 491	<b>23,0</b>	9	<b>0,1</b>	43	<b>0,3</b>
Piracaia.....	23 347	19 603	<b>84,0</b>	645	<b>2,8</b>	92	<b>0,4</b>	2 727	<b>11,7</b>	22	<b>0,1</b>	258	<b>1,1</b>
Piracicaba.....	329 158	260 490	<b>79,1</b>	18 932	<b>5,8</b>	970	<b>0,3</b>	46 564	<b>14,1</b>	687	<b>0,2</b>	1 515	<b>0,5</b>
Piraju.....	27 897	24 038	<b>86,2</b>	643	<b>2,3</b>	96	<b>0,3</b>	3 057	<b>11,0</b>	27	<b>0,1</b>	36	<b>0,1</b>
Pirajuí.....	20 095	15 673	<b>78,0</b>	932	<b>4,6</b>	10	<b>0,0</b>	3 380	<b>16,8</b>	-	<b>0,0</b>	100	<b>0,5</b>
Pirangi.....	10 038	8 798	<b>87,6</b>	178	<b>1,8</b>	51	<b>0,5</b>	996	<b>9,9</b>	-	<b>0,0</b>	16	<b>0,2</b>
Pirapora do Bom Jesus.....	12 395	7 049	<b>56,9</b>	409	<b>3,3</b>	65	<b>0,5</b>	4 661	<b>37,6</b>	4	<b>0,0</b>	206	<b>1,7</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Pirapozinho.....	22 104	14 215	<b>64,3</b>	1 003	<b>4,5</b>	846	<b>3,8</b>	5 963	<b>27,0</b>	15	<b>0,1</b>	61	<b>0,3</b>
Pirassununga.....	64 864	52 255	<b>80,6</b>	2 754	<b>4,2</b>	112	<b>0,2</b>	9 556	<b>14,7</b>	42	<b>0,1</b>	145	<b>0,2</b>
Piratinga.....	10 584	8 216	<b>77,6</b>	238	<b>2,2</b>	63	<b>0,6</b>	2 001	<b>18,9</b>	18	<b>0,2</b>	46	<b>0,4</b>
Pitangueiras.....	31 156	22 026	<b>70,7</b>	1 256	<b>4,0</b>	129	<b>0,4</b>	7 660	<b>24,6</b>	10	<b>0,0</b>	75	<b>0,2</b>
Planalto.....	3 670	2 604	<b>71,0</b>	153	<b>4,2</b>	12	<b>0,3</b>	890	<b>24,3</b>	-	<b>0,0</b>	11	<b>0,3</b>
Platina.....	2 867	1 873	<b>65,3</b>	77	<b>2,7</b>	-	<b>0,0</b>	917	<b>32,0</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Poá.....	95 801	60 062	<b>62,7</b>	5 233	<b>5,5</b>	328	<b>0,3</b>	29 361	<b>30,6</b>	68	<b>0,1</b>	749	<b>0,8</b>
Poloni.....	4 774	3 871	<b>81,1</b>	183	<b>3,8</b>	13	<b>0,3</b>	689	<b>14,4</b>	-	<b>0,0</b>	18	<b>0,4</b>
Pompéia.....	18 171	11 901	<b>65,5</b>	746	<b>4,1</b>	432	<b>2,4</b>	5 018	<b>27,6</b>	54	<b>0,3</b>	20	<b>0,1</b>
Pongai.....	3 693	3 060	<b>82,9</b>	22	<b>0,6</b>	-	<b>0,0</b>	604	<b>16,4</b>	-	<b>0,0</b>	7	<b>0,2</b>
Pontal.....	29 681	14 875	<b>50,1</b>	1 504	<b>5,1</b>	7	<b>0,0</b>	13 033	<b>43,9</b>	-	<b>0,0</b>	261	<b>0,9</b>
Pontalinda.....	3 539	2 559	<b>72,3</b>	79	<b>2,2</b>	4	<b>0,1</b>	873	<b>24,7</b>	-	<b>0,0</b>	23	<b>0,6</b>
Pontes Gestal.....	2 539	2 035	<b>80,1</b>	100	<b>3,9</b>	-	<b>0,0</b>	389	<b>15,3</b>	-	<b>0,0</b>	15	<b>0,6</b>
Populina.....	4 450	3 181	<b>71,5</b>	142	<b>3,2</b>	19	<b>0,4</b>	1 017	<b>22,9</b>	-	<b>0,0</b>	92	<b>2,1</b>
Porangaba.....	6 652	5 748	<b>86,4</b>	52	<b>0,8</b>	17	<b>0,3</b>	738	<b>11,1</b>	19	<b>0,3</b>	78	<b>1,2</b>
Porto Feliz.....	45 514	36 978	<b>81,2</b>	2 276	<b>5,0</b>	97	<b>0,2</b>	5 913	<b>13,0</b>	-	<b>0,0</b>	250	<b>0,5</b>
Porto Ferreira.....	47 437	38 610	<b>81,4</b>	1 806	<b>3,8</b>	37	<b>0,1</b>	6 799	<b>14,3</b>	59	<b>0,1</b>	126	<b>0,3</b>
Potim.....	13 605	9 262	<b>68,1</b>	614	<b>4,5</b>	11	<b>0,1</b>	3 631	<b>26,7</b>	6	<b>0,0</b>	82	<b>0,6</b>
Potirendaba.....	13 656	12 046	<b>88,2</b>	116	<b>0,8</b>	6	<b>0,0</b>	1 434	<b>10,5</b>	4	<b>0,0</b>	51	<b>0,4</b>
Pracinha.....	1 431	843	<b>58,9</b>	76	<b>5,3</b>	6	<b>0,4</b>	499	<b>34,9</b>	-	<b>0,0</b>	6	<b>0,4</b>
Pradópolis.....	12 912	9 506	<b>73,6</b>	496	<b>3,8</b>	3	<b>0,0</b>	2 783	<b>21,6</b>	-	<b>0,0</b>	124	<b>1,0</b>
Praia Grande.....	193 582	122 972	<b>63,5</b>	7 818	<b>4,0</b>	689	<b>0,4</b>	60 317	<b>31,2</b>	898	<b>0,5</b>	888	<b>0,5</b>
Pratânia.....	3 950	3 141	<b>79,5</b>	72	<b>1,8</b>	24	<b>0,6</b>	701	<b>17,7</b>	9	<b>0,2</b>	3	<b>0,1</b>
Presidente Alves.....	4 317	2 898	<b>67,1</b>	205	<b>4,7</b>	13	<b>0,3</b>	1 188	<b>27,5</b>	-	<b>0,0</b>	13	<b>0,3</b>
Presidente Bernardes.....	14 662	10 899	<b>74,3</b>	591	<b>4,0</b>	273	<b>1,9</b>	2 786	<b>19,0</b>	12	<b>0,1</b>	100	<b>0,7</b>
Presidente Epitácio.....	39 298	21 665	<b>55,1</b>	1 668	<b>4,2</b>	470	<b>1,2</b>	15 324	<b>39,0</b>	57	<b>0,1</b>	114	<b>0,3</b>
Presidente Prudente.....	189 186	135 104	<b>71,4</b>	7 045	<b>3,7</b>	5 777	<b>3,1</b>	39 965	<b>21,1</b>	194	<b>0,1</b>	1 100	<b>0,6</b>
Presidente Venceslau.....	37 347	25 174	<b>67,4</b>	924	<b>2,5</b>	1 000	<b>2,7</b>	10 034	<b>26,9</b>	41	<b>0,1</b>	173	<b>0,5</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Promissão.....	31 105	21 371	<b>68,7</b>	1 023	<b>3,3</b>	332	<b>1,1</b>	8 174	<b>26,3</b>	11	<b>0,0</b>	193	<b>0,6</b>
Quadra.....	2 651	2 200	<b>83,0</b>	167	<b>6,3</b>	-	<b>0,0</b>	194	<b>7,3</b>	-	<b>0,0</b>	90	<b>3,4</b>
Quatá.....	11 655	8 146	<b>69,9</b>	319	<b>2,7</b>	29	<b>0,2</b>	3 042	<b>26,1</b>	27	<b>0,2</b>	93	<b>0,8</b>
Queiroz.....	2 171	1 691	<b>77,9</b>	9	<b>0,4</b>	-	<b>0,0</b>	442	<b>20,4</b>	-	<b>0,0</b>	29	<b>1,3</b>
Queluz.....	9 112	5 805	<b>63,7</b>	505	<b>5,5</b>	-	<b>0,0</b>	2 729	<b>29,9</b>	8	<b>0,1</b>	65	<b>0,7</b>
Quintana.....	5 443	4 282	<b>78,7</b>	340	<b>6,2</b>	55	<b>1,0</b>	711	<b>13,1</b>	26	<b>0,5</b>	30	<b>0,6</b>
Rafard.....	8 360	6 791	<b>81,2</b>	371	<b>4,4</b>	5	<b>0,1</b>	1 166	<b>13,9</b>	7	<b>0,1</b>	19	<b>0,2</b>
Rancharia.....	28 772	20 144	<b>70,0</b>	866	<b>3,0</b>	186	<b>0,6</b>	7 533	<b>26,2</b>	39	<b>0,1</b>	5	<b>0,0</b>
Redenção da Serra.....	4 047	3 547	<b>87,6</b>	81	<b>2,0</b>	-	<b>0,0</b>	415	<b>10,3</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,1</b>
Regente Feijó.....	16 998	12 316	<b>72,5</b>	431	<b>2,5</b>	330	<b>1,9</b>	3 801	<b>22,4</b>	42	<b>0,2</b>	78	<b>0,5</b>
Reginópolis.....	4 742	3 822	<b>80,6</b>	127	<b>2,7</b>	-	<b>0,0</b>	764	<b>16,1</b>	6	<b>0,1</b>	22	<b>0,5</b>
Registro.....	53 752	36 734	<b>68,3</b>	1 641	<b>3,1</b>	2 290	<b>4,3</b>	12 506	<b>23,3</b>	37	<b>0,1</b>	544	<b>1,0</b>
Restinga.....	5 584	3 593	<b>64,3</b>	190	<b>3,4</b>	-	<b>0,0</b>	1 704	<b>30,5</b>	6	<b>0,1</b>	91	<b>1,6</b>
Ribeira.....	3 507	2 148	<b>61,2</b>	106	<b>3,0</b>	4	<b>0,1</b>	1 232	<b>35,1</b>	2	<b>0,1</b>	14	<b>0,4</b>
Ribeirão Bonito.....	11 246	7 212	<b>64,1</b>	617	<b>5,5</b>	24	<b>0,2</b>	3 341	<b>29,7</b>	22	<b>0,2</b>	30	<b>0,3</b>
Ribeirão Branco.....	21 231	15 408	<b>72,6</b>	307	<b>1,4</b>	165	<b>0,8</b>	5 208	<b>24,5</b>	21	<b>0,1</b>	123	<b>0,6</b>
Ribeirão Corrente.....	3 881	2 423	<b>62,4</b>	174	<b>4,5</b>	-	<b>0,0</b>	1 110	<b>28,6</b>	7	<b>0,2</b>	167	<b>4,3</b>
Ribeirão do Sul.....	4 497	3 987	<b>88,7</b>	112	<b>2,5</b>	-	<b>0,0</b>	391	<b>8,7</b>	7	<b>0,2</b>	-	<b>0,0</b>
Ribeirão dos Índios.....	2 222	1 667	<b>75,0</b>	150	<b>6,8</b>	-	<b>0,0</b>	393	<b>17,7</b>	11	<b>0,5</b>	-	<b>0,0</b>
Ribeirão Grande.....	7 390	6 932	<b>93,8</b>	43	<b>0,6</b>	16	<b>0,2</b>	372	<b>5,0</b>	2	<b>0,0</b>	25	<b>0,3</b>
Ribeirão Pires.....	104 508	72 831	<b>69,7</b>	3 547	<b>3,4</b>	1 299	<b>1,2</b>	26 097	<b>25,0</b>	134	<b>0,1</b>	600	<b>0,6</b>
Ribeirão Preto.....	504 923	388 488	<b>76,9</b>	28 483	<b>5,6</b>	4 242	<b>0,8</b>	79 302	<b>15,7</b>	654	<b>0,1</b>	3 753	<b>0,7</b>
Rifaina.....	3 325	2 581	<b>77,6</b>	201	<b>6,0</b>	4	<b>0,1</b>	498	<b>15,0</b>	11	<b>0,3</b>	31	<b>0,9</b>
Rincão.....	10 330	5 595	<b>54,2</b>	619	<b>6,0</b>	47	<b>0,5</b>	4 047	<b>39,2</b>	-	<b>0,0</b>	22	<b>0,2</b>
Rinópolis.....	10 255	7 458	<b>72,7</b>	390	<b>3,8</b>	129	<b>1,3</b>	2 242	<b>21,9</b>	8	<b>0,1</b>	27	<b>0,3</b>
Rio Claro.....	168 218	138 764	<b>82,5</b>	7 315	<b>4,3</b>	440	<b>0,3</b>	20 951	<b>12,5</b>	205	<b>0,1</b>	544	<b>0,3</b>
Rio das Pedras.....	23 494	17 952	<b>76,4</b>	919	<b>3,9</b>	40	<b>0,2</b>	4 337	<b>18,5</b>	42	<b>0,2</b>	204	<b>0,9</b>
Rio Grande da Serra.....	37 091	20 742	<b>55,9</b>	2 154	<b>5,8</b>	341	<b>0,9</b>	13 486	<b>36,4</b>	41	<b>0,1</b>	327	<b>0,9</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Riolândia.....	8 560	5 577	<b>65,2</b>	458	<b>5,4</b>	91	<b>1,1</b>	2 393	<b>28,0</b>	23	<b>0,3</b>	17	<b>0,2</b>
Riversul.....	7 192	5 965	<b>82,9</b>	162	<b>2,3</b>	13	<b>0,2</b>	1 041	<b>14,5</b>	6	<b>0,1</b>	5	<b>0,1</b>
Rosana.....	24 229	15 444	<b>63,7</b>	765	<b>3,2</b>	139	<b>0,6</b>	7 664	<b>31,6</b>	45	<b>0,2</b>	172	<b>0,7</b>
Roseira.....	8 577	6 053	<b>70,6</b>	283	<b>3,3</b>	105	<b>1,2</b>	2 104	<b>24,5</b>	-	<b>0,0</b>	34	<b>0,4</b>
Rubiácea.....	2 337	1 314	<b>56,2</b>	20	<b>0,9</b>	2	<b>0,1</b>	996	<b>42,6</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,2</b>
Rubineia.....	2 615	1 727	<b>66,0</b>	71	<b>2,7</b>	52	<b>2,0</b>	722	<b>27,6</b>	-	<b>0,0</b>	43	<b>1,6</b>
Sabino.....	4 951	4 161	<b>84,0</b>	145	<b>2,9</b>	17	<b>0,3</b>	617	<b>12,5</b>	-	<b>0,0</b>	10	<b>0,2</b>
Sagres.....	2 439	1 330	<b>54,5</b>	72	<b>3,0</b>	14	<b>0,6</b>	953	<b>39,1</b>	70	<b>2,9</b>	-	<b>0,0</b>
Sales.....	4 563	3 803	<b>83,3</b>	88	<b>1,9</b>	-	<b>0,0</b>	664	<b>14,6</b>	8	<b>0,2</b>	-	<b>0,0</b>
Sales Oliveira.....	9 325	7 871	<b>84,4</b>	329	<b>3,5</b>	63	<b>0,7</b>	1 002	<b>10,7</b>	-	<b>0,0</b>	59	<b>0,6</b>
Salesópolis.....	14 357	12 466	<b>86,8</b>	257	<b>1,8</b>	96	<b>0,7</b>	1 496	<b>10,4</b>	5	<b>0,0</b>	36	<b>0,3</b>
Salmourão.....	4 401	2 467	<b>56,1</b>	187	<b>4,2</b>	10	<b>0,2</b>	1 723	<b>39,2</b>	3	<b>0,1</b>	11	<b>0,2</b>
Saltinho.....	5 799	5 304	<b>91,5</b>	41	<b>0,7</b>	28	<b>0,5</b>	395	<b>6,8</b>	15	<b>0,3</b>	16	<b>0,3</b>
Salto.....	93 159	70 322	<b>75,5</b>	3 304	<b>3,5</b>	345	<b>0,4</b>	18 499	<b>19,9</b>	177	<b>0,2</b>	512	<b>0,5</b>
Salto de Pirapora.....	35 072	28 933	<b>82,5</b>	915	<b>2,6</b>	178	<b>0,5</b>	4 614	<b>13,2</b>	78	<b>0,2</b>	354	<b>1,0</b>
Salto Grande.....	8 444	6 355	<b>75,3</b>	238	<b>2,8</b>	83	<b>1,0</b>	1 758	<b>20,8</b>	10	<b>0,1</b>	-	<b>0,0</b>
Sandovalina.....	3 089	1 305	<b>42,2</b>	124	<b>4,0</b>	-	<b>0,0</b>	1 660	<b>53,7</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Santa Adélia.....	13 449	11 363	<b>84,5</b>	349	<b>2,6</b>	83	<b>0,6</b>	1 545	<b>11,5</b>	4	<b>0,0</b>	106	<b>0,8</b>
Santa Albertina.....	5 586	4 006	<b>71,7</b>	140	<b>2,5</b>	91	<b>1,6</b>	1 316	<b>23,6</b>	-	<b>0,0</b>	32	<b>0,6</b>
Santa Bárbara d'Oeste.....	170 078	136 064	<b>80,0</b>	5 083	<b>3,0</b>	569	<b>0,3</b>	27 255	<b>16,0</b>	173	<b>0,1</b>	933	<b>0,5</b>
Santa Branca.....	13 010	10 913	<b>83,9</b>	656	<b>5,0</b>	29	<b>0,2</b>	1 303	<b>10,0</b>	-	<b>0,0</b>	108	<b>0,8</b>
Santa Clara d'Oeste.....	2 123	1 323	<b>62,3</b>	108	<b>5,1</b>	24	<b>1,1</b>	660	<b>31,1</b>	-	<b>0,0</b>	7	<b>0,3</b>
Santa Cruz da Conceição.....	3 531	3 188	<b>90,3</b>	79	<b>2,2</b>	-	<b>0,0</b>	257	<b>7,3</b>	-	<b>0,0</b>	6	<b>0,2</b>
Santa Cruz da Esperança.....	1 796	1 112	<b>61,9</b>	77	<b>4,3</b>	-	<b>0,0</b>	607	<b>33,8</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Santa Cruz das Palmeiras.....	25 556	18 233	<b>71,3</b>	1 719	<b>6,7</b>	63	<b>0,2</b>	5 375	<b>21,0</b>	42	<b>0,2</b>	124	<b>0,5</b>
Santa Cruz do Rio Pardo.....	40 919	34 834	<b>85,1</b>	1 274	<b>3,1</b>	211	<b>0,5</b>	4 407	<b>10,8</b>	-	<b>0,0</b>	194	<b>0,5</b>
Santa Ernestina.....	5 741	3 779	<b>65,8</b>	147	<b>2,6</b>	24	<b>0,4</b>	1 744	<b>30,4</b>	21	<b>0,4</b>	26	<b>0,5</b>
Santa Fé do Sul.....	26 512	21 016	<b>79,3</b>	627	<b>2,4</b>	413	<b>1,6</b>	4 344	<b>16,4</b>	39	<b>0,1</b>	74	<b>0,3</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Santa Gertrudes.....	15 906	14 220	<b>89,4</b>	574	<b>3,6</b>	-	<b>0,0</b>	1 072	<b>6,7</b>	-	<b>0,0</b>	41	<b>0,3</b>
Santa Isabel.....	43 740	32 376	<b>74,0</b>	1 509	<b>3,4</b>	378	<b>0,9</b>	8 902	<b>20,4</b>	22	<b>0,1</b>	552	<b>1,3</b>
Santa Lúcia.....	7 853	5 491	<b>69,9</b>	329	<b>4,2</b>	11	<b>0,1</b>	2 012	<b>25,6</b>	-	<b>0,0</b>	9	<b>0,1</b>
Santa Maria da Serra.....	4 673	3 774	<b>80,8</b>	210	<b>4,5</b>	6	<b>0,1</b>	663	<b>14,2</b>	-	<b>0,0</b>	20	<b>0,4</b>
Santa Mercedes.....	2 803	1 813	<b>64,7</b>	112	<b>4,0</b>	67	<b>2,4</b>	809	<b>28,9</b>	1	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Santa Rita do Passa Quatro.....	26 138	21 706	<b>83,0</b>	1 227	<b>4,7</b>	54	<b>0,2</b>	2 972	<b>11,4</b>	17	<b>0,1</b>	161	<b>0,6</b>
Santa Rita d'Oeste.....	2 695	2 161	<b>80,2</b>	68	<b>2,5</b>	22	<b>0,8</b>	430	<b>16,0</b>	-	<b>0,0</b>	14	<b>0,5</b>
Santa Rosa de Viterbo.....	21 435	14 784	<b>69,0</b>	1 452	<b>6,8</b>	36	<b>0,2</b>	4 910	<b>22,9</b>	36	<b>0,2</b>	217	<b>1,0</b>
Santa Salete.....	1 379	1 256	<b>91,1</b>	7	<b>0,5</b>	8	<b>0,6</b>	103	<b>7,5</b>	-	<b>0,0</b>	6	<b>0,4</b>
Santana da Ponte Pensa.....	1 894	1 630	<b>86,1</b>	42	<b>2,2</b>	-	<b>0,0</b>	222	<b>11,7</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Santana de Parnaíba.....	74 828	46 592	<b>62,3</b>	4 712	<b>6,3</b>	694	<b>0,9</b>	21 743	<b>29,1</b>	101	<b>0,1</b>	987	<b>1,3</b>
Santo Anastácio.....	20 749	14 745	<b>71,1</b>	603	<b>2,9</b>	439	<b>2,1</b>	4 887	<b>23,6</b>	39	<b>0,2</b>	37	<b>0,2</b>
Santo André.....	649 331	505 253	<b>77,8</b>	22 073	<b>3,4</b>	7 620	<b>1,2</b>	109 860	<b>16,9</b>	887	<b>0,1</b>	3 637	<b>0,6</b>
Santo Antônio da Alegria.....	5 764	5 141	<b>89,2</b>	138	<b>2,4</b>	9	<b>0,2</b>	325	<b>5,6</b>	14	<b>0,2</b>	137	<b>2,4</b>
Santo Antônio de Posse.....	18 124	13 205	<b>72,9</b>	659	<b>3,6</b>	17	<b>0,1</b>	4 024	<b>22,2</b>	-	<b>0,0</b>	219	<b>1,2</b>
Santo Antônio do Aracanguá.....	6 929	3 622	<b>52,3</b>	260	<b>3,8</b>	62	<b>0,9</b>	2 957	<b>42,7</b>	3	<b>0,0</b>	25	<b>0,4</b>
Santo Antônio do Jardim.....	6 154	5 142	<b>83,6</b>	281	<b>4,6</b>	5	<b>0,1</b>	708	<b>11,5</b>	-	<b>0,0</b>	17	<b>0,3</b>
Santo Antônio do Pinhal.....	6 328	5 711	<b>90,2</b>	141	<b>2,2</b>	46	<b>0,7</b>	359	<b>5,7</b>	7	<b>0,1</b>	64	<b>1,0</b>
Santo Expedito.....	2 526	1 782	<b>70,5</b>	81	<b>3,2</b>	80	<b>3,2</b>	556	<b>22,0</b>	4	<b>0,2</b>	22	<b>0,9</b>
Santópolis do Aguapeí.....	3 816	1 478	<b>38,7</b>	120	<b>3,1</b>	31	<b>0,8</b>	2 161	<b>56,6</b>	-	<b>0,0</b>	26	<b>0,7</b>
Santos.....	417 983	323 666	<b>77,4</b>	17 168	<b>4,1</b>	3 914	<b>0,9</b>	71 181	<b>17,0</b>	710	<b>0,2</b>	1 343	<b>0,3</b>
São Bento do Sapucaí.....	10 355	9 040	<b>87,3</b>	340	<b>3,3</b>	21	<b>0,2</b>	907	<b>8,8</b>	-	<b>0,0</b>	47	<b>0,5</b>
São Bernardo do Campo.....	703 177	489 160	<b>69,6</b>	24 223	<b>3,4</b>	12 912	<b>1,8</b>	171 355	<b>24,4</b>	953	<b>0,1</b>	4 573	<b>0,7</b>
São Caetano do Sul.....	140 159	122 019	<b>87,1</b>	3 052	<b>2,2</b>	2 227	<b>1,6</b>	11 918	<b>8,5</b>	119	<b>0,1</b>	825	<b>0,6</b>
São Carlos.....	192 998	151 963	<b>78,7</b>	8 110	<b>4,2</b>	1 495	<b>0,8</b>	30 323	<b>15,7</b>	228	<b>0,1</b>	880	<b>0,5</b>
São Francisco.....	2 863	2 092	<b>73,1</b>	59	<b>2,1</b>	26	<b>0,9</b>	687	<b>24,0</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
São João da Boa Vista.....	77 387	66 061	<b>85,4</b>	3 461	<b>4,5</b>	69	<b>0,1</b>	7 386	<b>9,5</b>	26	<b>0,0</b>	385	<b>0,5</b>
São João das Duas Pontes.....	2 660	1 949	<b>73,3</b>	157	<b>5,9</b>	-	<b>0,0</b>	549	<b>20,6</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,2</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
São João de Iracema.....	1 671	1 214	<b>72,7</b>	15	<b>0,9</b>	10	<b>0,6</b>	428	<b>25,6</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,2</b>
São João do Pau d'Alho.....	2 180	1 802	<b>82,7</b>	127	<b>5,8</b>	40	<b>1,8</b>	210	<b>9,6</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
São Joaquim da Barra.....	41 587	29 034	<b>69,8</b>	3 485	<b>8,4</b>	127	<b>0,3</b>	8 739	<b>21,0</b>	59	<b>0,1</b>	144	<b>0,3</b>
São José da Bela Vista.....	8 075	5 756	<b>71,3</b>	382	<b>4,7</b>	5	<b>0,1</b>	1 917	<b>23,7</b>	-	<b>0,0</b>	15	<b>0,2</b>
São José do Barreiro.....	4 143	3 042	<b>73,4</b>	249	<b>6,0</b>	-	<b>0,0</b>	846	<b>20,4</b>	-	<b>0,0</b>	6	<b>0,1</b>
São José do Rio Pardo.....	50 077	40 715	<b>81,3</b>	2 282	<b>4,6</b>	194	<b>0,4</b>	6 653	<b>13,3</b>	53	<b>0,1</b>	180	<b>0,4</b>
São José do Rio Preto.....	358 523	297 694	<b>83,0</b>	12 073	<b>3,4</b>	3 589	<b>1,0</b>	42 329	<b>11,8</b>	415	<b>0,1</b>	2 423	<b>0,7</b>
São José dos Campos.....	539 313	424 013	<b>78,6</b>	19 049	<b>3,5</b>	7 533	<b>1,4</b>	84 514	<b>15,7</b>	1 221	<b>0,2</b>	2 983	<b>0,6</b>
São Lourenço da Serra.....	12 199	8 925	<b>73,2</b>	784	<b>6,4</b>	201	<b>1,6</b>	2 132	<b>17,5</b>	-	<b>0,0</b>	157	<b>1,3</b>
São Luís do Paraitinga.....	10 429	8 263	<b>79,2</b>	233	<b>2,2</b>	9	<b>0,1</b>	1 896	<b>18,2</b>	-	<b>0,0</b>	29	<b>0,3</b>
São Manuel.....	36 545	28 262	<b>77,3</b>	2 019	<b>5,5</b>	67	<b>0,2</b>	5 993	<b>16,4</b>	20	<b>0,1</b>	184	<b>0,5</b>
São Miguel Arcanjo.....	30 798	24 544	<b>79,7</b>	434	<b>1,4</b>	1 340	<b>4,4</b>	4 071	<b>13,2</b>	-	<b>0,0</b>	409	<b>1,3</b>
São Paulo.....	10 435 546	6 988 908	<b>67,0</b>	527 191	<b>5,1</b>	208 677	<b>2,0</b>	2 606 124	<b>25,0</b>	18 692	<b>0,2</b>	85 954	<b>0,8</b>
São Pedro.....	27 897	23 534	<b>84,4</b>	739	<b>2,6</b>	108	<b>0,4</b>	3 385	<b>12,1</b>	89	<b>0,3</b>	42	<b>0,2</b>
São Pedro do Turvo.....	6 888	5 390	<b>78,3</b>	67	<b>1,0</b>	27	<b>0,4</b>	1 383	<b>20,1</b>	-	<b>0,0</b>	22	<b>0,3</b>
São Roque.....	66 637	49 805	<b>74,7</b>	2 593	<b>3,9</b>	473	<b>0,7</b>	13 201	<b>19,8</b>	56	<b>0,1</b>	509	<b>0,8</b>
São Sebastião.....	58 038	36 328	<b>62,6</b>	2 691	<b>4,6</b>	229	<b>0,4</b>	17 966	<b>31,0</b>	302	<b>0,5</b>	522	<b>0,9</b>
São Sebastião da Gramma.....	12 454	10 548	<b>84,7</b>	1 066	<b>8,6</b>	-	<b>0,0</b>	818	<b>6,6</b>	-	<b>0,0</b>	22	<b>0,2</b>
São Simão.....	13 675	10 547	<b>77,1</b>	748	<b>5,5</b>	-	<b>0,0</b>	2 305	<b>16,9</b>	-	<b>0,0</b>	74	<b>0,5</b>
São Vicente.....	303 551	183 054	<b>60,3</b>	16 738	<b>5,5</b>	841	<b>0,3</b>	99 783	<b>32,9</b>	1 234	<b>0,4</b>	1 900	<b>0,6</b>
Sarapuá.....	7 805	6 590	<b>84,4</b>	191	<b>2,4</b>	51	<b>0,7</b>	891	<b>11,4</b>	-	<b>0,0</b>	82	<b>1,1</b>
Sarutaia.....	3 739	2 901	<b>77,6</b>	227	<b>6,1</b>	3	<b>0,1</b>	543	<b>14,5</b>	-	<b>0,0</b>	66	<b>1,8</b>
Sebastianópolis do Sul.....	2 546	2 022	<b>79,4</b>	82	<b>3,2</b>	-	<b>0,0</b>	433	<b>17,0</b>	-	<b>0,0</b>	8	<b>0,3</b>
Serra Azul.....	7 446	5 241	<b>70,4</b>	495	<b>6,6</b>	-	<b>0,0</b>	1 683	<b>22,6</b>	-	<b>0,0</b>	26	<b>0,3</b>
Serra Negra.....	23 851	19 445	<b>81,5</b>	930	<b>3,9</b>	63	<b>0,3</b>	3 307	<b>13,9</b>	8	<b>0,0</b>	99	<b>0,4</b>
Serrana.....	32 603	18 688	<b>57,3</b>	2 329	<b>7,1</b>	17	<b>0,1</b>	11 258	<b>34,5</b>	31	<b>0,1</b>	279	<b>0,9</b>
Sertãozinho.....	94 664	64 739	<b>68,4</b>	4 389	<b>4,6</b>	314	<b>0,3</b>	24 792	<b>26,2</b>	90	<b>0,1</b>	339	<b>0,4</b>
Sete Barras.....	13 908	8 057	<b>57,9</b>	675	<b>4,9</b>	320	<b>2,3</b>	4 723	<b>34,0</b>	13	<b>0,1</b>	120	<b>0,9</b>

Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Severínia.....	13 605	8 930	<b>65,6</b>	631	<b>4,6</b>	7	<b>0,1</b>	4 022	<b>29,6</b>	4	<b>0,0</b>	12	<b>0,1</b>
Silveiras.....	5 378	4 377	<b>81,4</b>	148	<b>2,8</b>	-	<b>0,0</b>	834	<b>15,5</b>	6	<b>0,1</b>	13	<b>0,2</b>
Socorro.....	32 704	30 049	<b>91,9</b>	557	<b>1,7</b>	71	<b>0,2</b>	1 695	<b>5,2</b>	21	<b>0,1</b>	311	<b>1,0</b>
Sorocaba.....	493 468	397 120	<b>80,5</b>	14 876	<b>3,0</b>	5 528	<b>1,1</b>	73 082	<b>14,8</b>	698	<b>0,1</b>	2 164	<b>0,4</b>
Sud Mennucci.....	7 365	4 809	<b>65,3</b>	120	<b>1,6</b>	32	<b>0,4</b>	2 327	<b>31,6</b>	12	<b>0,2</b>	65	<b>0,9</b>
Sumaré.....	196 723	132 988	<b>67,6</b>	8 004	<b>4,1</b>	731	<b>0,4</b>	53 223	<b>27,1</b>	179	<b>0,1</b>	1 597	<b>0,8</b>
Suzanápolis.....	2 790	1 384	<b>49,6</b>	173	<b>6,2</b>	11	<b>0,4</b>	1 167	<b>41,8</b>	-	<b>0,0</b>	55	<b>2,0</b>
Suzano.....	228 690	134 672	<b>58,9</b>	10 142	<b>4,4</b>	8 273	<b>3,6</b>	73 627	<b>32,2</b>	371	<b>0,2</b>	1 604	<b>0,7</b>
Tabapuã.....	10 493	9 183	<b>87,5</b>	306	<b>2,9</b>	13	<b>0,1</b>	948	<b>9,0</b>	-	<b>0,0</b>	43	<b>0,4</b>
Tabatinga.....	12 990	10 398	<b>80,0</b>	227	<b>1,7</b>	47	<b>0,4</b>	2 241	<b>17,3</b>	48	<b>0,4</b>	28	<b>0,2</b>
Taboão da Serra.....	197 644	109 680	<b>55,5</b>	13 520	<b>6,8</b>	2 447	<b>1,2</b>	69 946	<b>35,4</b>	529	<b>0,3</b>	1 521	<b>0,8</b>
Taciba.....	5 221	3 511	<b>67,2</b>	101	<b>1,9</b>	6	<b>0,1</b>	1 516	<b>29,0</b>	-	<b>0,0</b>	88	<b>1,7</b>
Taguaí.....	7 468	6 968	<b>93,3</b>	32	<b>0,4</b>	-	<b>0,0</b>	441	<b>5,9</b>	-	<b>0,0</b>	27	<b>0,4</b>
Taiacu.....	5 619	4 649	<b>82,7</b>	168	<b>3,0</b>	-	<b>0,0</b>	791	<b>14,1</b>	-	<b>0,0</b>	11	<b>0,2</b>
Taiúva.....	5 506	4 822	<b>87,6</b>	122	<b>2,2</b>	61	<b>1,1</b>	501	<b>9,1</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Tambaú.....	22 258	15 775	<b>70,9</b>	971	<b>4,4</b>	67	<b>0,3</b>	5 391	<b>24,2</b>	15	<b>0,1</b>	39	<b>0,2</b>
Tanabi.....	22 587	18 508	<b>81,9</b>	715	<b>3,2</b>	25	<b>0,1</b>	3 221	<b>14,3</b>	7	<b>0,0</b>	110	<b>0,5</b>
Tapiraí.....	8 570	5 942	<b>69,3</b>	260	<b>3,0</b>	279	<b>3,3</b>	1 927	<b>22,5</b>	18	<b>0,2</b>	144	<b>1,7</b>
Tapiratuba.....	12 942	9 135	<b>70,6</b>	912	<b>7,0</b>	45	<b>0,3</b>	2 831	<b>21,9</b>	-	<b>0,0</b>	20	<b>0,2</b>
Taquaral.....	2 722	1 949	<b>71,6</b>	49	<b>1,8</b>	38	<b>1,4</b>	681	<b>25,0</b>	-	<b>0,0</b>	4	<b>0,1</b>
Taquaritinga.....	52 065	37 769	<b>72,5</b>	2 220	<b>4,3</b>	525	<b>1,0</b>	11 282	<b>21,7</b>	20	<b>0,0</b>	249	<b>0,5</b>
Taquarituba.....	21 982	18 785	<b>85,5</b>	401	<b>1,8</b>	281	<b>1,3</b>	2 450	<b>11,1</b>	21	<b>0,1</b>	43	<b>0,2</b>
Taquarivaí.....	4 473	3 963	<b>88,6</b>	28	<b>0,6</b>	5	<b>0,1</b>	456	<b>10,2</b>	-	<b>0,0</b>	20	<b>0,4</b>
Tarabai.....	5 786	3 725	<b>64,4</b>	98	<b>1,7</b>	67	<b>1,2</b>	1 870	<b>32,3</b>	-	<b>0,0</b>	27	<b>0,5</b>
Tarumã.....	10 743	8 344	<b>77,7</b>	355	<b>3,3</b>	9	<b>0,1</b>	2 008	<b>18,7</b>	-	<b>0,0</b>	27	<b>0,3</b>
Tatuí.....	93 430	81 032	<b>86,7</b>	1 857	<b>2,0</b>	514	<b>0,6</b>	9 434	<b>10,1</b>	49	<b>0,1</b>	543	<b>0,6</b>
Taubaté.....	244 165	203 875	<b>83,5</b>	7 085	<b>2,9</b>	1 660	<b>0,7</b>	30 822	<b>12,6</b>	283	<b>0,1</b>	441	<b>0,2</b>
Tejupá.....	5 336	4 668	<b>87,5</b>	190	<b>3,6</b>	3	<b>0,1</b>	423	<b>7,9</b>	9	<b>0,2</b>	43	<b>0,8</b>

## Regiões Metropolitanas e

Municípios	População residente												
	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Teodoro Sampaio.....	20003	11 888	<b>59,4</b>	695	<b>3,5</b>	108	<b>0,5</b>	7226	<b>36,1</b>	21	<b>0,1</b>	64	<b>0,3</b>
Terra Roxa.....	7752	6032	<b>77,8</b>	214	<b>2,8</b>	80	<b>1,0</b>	1410	<b>18,2</b>	-	<b>0,0</b>	16	<b>0,2</b>
Tietê.....	31 710	25 633	<b>80,8</b>	1776	<b>5,6</b>	21	<b>0,1</b>	4 134	<b>13,0</b>	27	<b>0,1</b>	118	<b>0,4</b>
Timburi.....	2 731	2 575	<b>94,3</b>	35	<b>1,3</b>	-	<b>0,0</b>	115	<b>4,2</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,2</b>
Torre de Pedra.....	2 144	2 031	<b>94,7</b>	21	<b>1,0</b>	-	<b>0,0</b>	75	<b>3,5</b>	3	<b>0,1</b>	13	<b>0,6</b>
Torrinha.....	8 837	7 996	<b>90,5</b>	89	<b>1,0</b>	5	<b>0,1</b>	695	<b>7,9</b>	-	<b>0,0</b>	53	<b>0,6</b>
Trabiju.....	1 380	943	<b>68,3</b>	184	<b>13,3</b>	-	<b>0,0</b>	253	<b>18,3</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Tremembé.....	34 823	27 901	<b>80,1</b>	1 497	<b>4,3</b>	262	<b>0,8</b>	4 929	<b>14,2</b>	99	<b>0,3</b>	135	<b>0,4</b>
Três Fronteiras.....	5 159	4 030	<b>78,1</b>	146	<b>2,8</b>	12	<b>0,2</b>	928	<b>18,0</b>	3	<b>0,1</b>	41	<b>0,8</b>
Tuiuti.....	5 083	4 354	<b>85,7</b>	138	<b>2,7</b>	65	<b>1,3</b>	497	<b>9,8</b>	-	<b>0,0</b>	28	<b>0,6</b>
Tupã.....	63 333	44 798	<b>70,7</b>	2 221	<b>3,5</b>	1 809	<b>2,9</b>	13 872	<b>21,9</b>	219	<b>0,3</b>	415	<b>0,7</b>
Tupi Paulista.....	13 286	11 155	<b>84,0</b>	207	<b>1,6</b>	212	<b>1,6</b>	1 674	<b>12,6</b>	15	<b>0,1</b>	23	<b>0,2</b>
Turiúba.....	1 895	1 554	<b>82,0</b>	181	<b>9,6</b>	-	<b>0,0</b>	141	<b>7,4</b>	-	<b>0,0</b>	20	<b>1,1</b>
Turmalina.....	2 366	2 162	<b>91,4</b>	56	<b>2,4</b>	9	<b>0,4</b>	125	<b>5,3</b>	-	<b>0,0</b>	14	<b>0,6</b>
Ubarana.....	4 220	3 210	<b>76,1</b>	122	<b>2,9</b>	31	<b>0,7</b>	812	<b>19,2</b>	-	<b>0,0</b>	45	<b>1,1</b>
Ubatuba.....	66 861	45 306	<b>67,8</b>	2 570	<b>3,8</b>	334	<b>0,5</b>	17 825	<b>26,7</b>	262	<b>0,4</b>	564	<b>0,8</b>
Ubirajara.....	4 156	3 317	<b>79,8</b>	183	<b>4,4</b>	9	<b>0,2</b>	553	<b>13,3</b>	19	<b>0,5</b>	76	<b>1,8</b>
Uchoa.....	9 035	7 357	<b>81,4</b>	413	<b>4,6</b>	39	<b>0,4</b>	1 124	<b>12,4</b>	28	<b>0,3</b>	73	<b>0,8</b>
União Paulista.....	1 354	1 145	<b>84,6</b>	58	<b>4,3</b>	-	<b>0,0</b>	151	<b>11,2</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Urânia.....	8 825	7 187	<b>81,4</b>	250	<b>2,8</b>	221	<b>2,5</b>	1 161	<b>13,2</b>	-	<b>0,0</b>	5	<b>0,1</b>
Uru.....	1 404	1 116	<b>79,5</b>	17	<b>1,2</b>	-	<b>0,0</b>	271	<b>19,3</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Urupês.....	11 833	10 849	<b>91,7</b>	250	<b>2,1</b>	25	<b>0,2</b>	703	<b>5,9</b>	6	<b>0,1</b>	-	<b>0,0</b>
Valentim Gentil.....	8 605	6 650	<b>77,3</b>	113	<b>1,3</b>	49	<b>0,6</b>	1 726	<b>20,1</b>	11	<b>0,1</b>	56	<b>0,7</b>
Valinhos.....	82 973	68 751	<b>82,9</b>	1 633	<b>2,0</b>	559	<b>0,7</b>	11 639	<b>14,0</b>	25	<b>0,0</b>	367	<b>0,4</b>
Valparaíso.....	18 574	9 512	<b>51,2</b>	1 164	<b>6,3</b>	311	<b>1,7</b>	7 459	<b>40,2</b>	14	<b>0,1</b>	113	<b>0,6</b>
Vargem.....	6 975	5 922	<b>84,9</b>	143	<b>2,1</b>	59	<b>0,8</b>	838	<b>12,0</b>	5	<b>0,1</b>	8	<b>0,1</b>
Vargem Grande do Sul.....	36 302	30 625	<b>84,4</b>	1 637	<b>4,5</b>	86	<b>0,2</b>	3 847	<b>10,6</b>	26	<b>0,1</b>	81	<b>0,2</b>
Vargem Grande Paulista.....	32 683	19 010	<b>58,2</b>	1 307	<b>4,0</b>	611	<b>1,9</b>	11 200	<b>34,3</b>	37	<b>0,1</b>	517	<b>1,6</b>



Regiões Metropolitanas e  
Municípios

População residente

	Total	raça/cor											
		Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Sem declaração	%
Várzea Paulista.....	92 800	66 539	<b>71,7</b>	4 750	<b>5,1</b>	300	<b>0,3</b>	20 539	<b>22,1</b>	113	<b>0,1</b>	559	<b>0,6</b>
Vera Cruz.....	11 085	7 714	<b>69,6</b>	603	<b>5,4</b>	82	<b>0,7</b>	2 637	<b>23,8</b>	8	<b>0,1</b>	41	<b>0,4</b>
Vinhedo.....	47 215	37 513	<b>79,5</b>	2 048	<b>4,3</b>	174	<b>0,4</b>	7 387	<b>15,6</b>	43	<b>0,1</b>	49	<b>0,1</b>
Viradouro.....	15 962	11 962	<b>74,9</b>	647	<b>4,1</b>	163	<b>1,0</b>	3 026	<b>19,0</b>	23	<b>0,1</b>	142	<b>0,9</b>
Vista Alegre do Alto.....	4 754	4 004	<b>84,2</b>	175	<b>3,7</b>	17	<b>0,4</b>	558	<b>11,7</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Vitória Brasil.....	1 675	1 282	<b>76,5</b>	34	<b>2,0</b>	7	<b>0,4</b>	352	<b>21,0</b>	-	<b>0,0</b>	-	<b>0,0</b>
Votorantim.....	95 925	78 101	<b>81,4</b>	2 757	<b>2,9</b>	238	<b>0,2</b>	13 872	<b>14,5</b>	123	<b>0,1</b>	834	<b>0,9</b>
Votuporanga.....	75 641	61 853	<b>81,8</b>	1 711	<b>2,3</b>	668	<b>0,9</b>	10 614	<b>14,0</b>	19	<b>0,0</b>	777	<b>1,0</b>
Zacarias.....	1 947	1 689	<b>86,7</b>	39	<b>2,0</b>	38	<b>2,0</b>	151	<b>7,8</b>	-	<b>0,0</b>	30	<b>1,5</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.





## Termo de compromisso

### Seminário Nacional de Saúde da População Negra



TERMO DE COMPROMISSO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, A SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL, DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE E O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, VISANDO À REDUÇÃO DOS DIFERENTES GRAUS DE VULNERABILIDADE A QUE ESTÁ EXPOSTA A POPULAÇÃO NEGRA.

Aos 18 dias do mês de agosto de 2004, de um lado o MINISTÉRIO DA SAÚDE, doravante denominado MS, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, neste ato representado por seu Ministro, HUMBERTO COSTA, portador do CPF nº 152.884.554-49 e da CI nº 1.167.257 SSP/PE, e, de outro lado, a SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL, da Presidência da República, doravante denominada SEPPIR, situada na Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 9º andar, neste ato representada por sua Secretária, MATILDE RIBEIRO, portadora do CPF nº 023.257.548-71 e da CI nº 13506946-4 SSP/SP; a ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, situada no Setor de Embaixadas Norte, lote 19, doravante denominada OPAS, neste ato representada por ANTÔNIO HORÁCIO TORO OCAMPO, representante da OPAS no Brasil, portador do CPF nº 738.066.091-87 e da CI-MREPI 1507-00; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, doravante denominado CONASS, situado no Anexo do Ministério da Saúde, sala 148 B, neste ato representado por seu Presidente, GILSON CANTARINO O'DWYER, portador do CPF nº 366.486.637-15 e da CI nº 52.222.336-CRM-RJ; e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, doravante denominado CONASEMS, situado no Anexo do Ministério da Saúde, sala 130 B, neste ato representado por seu Presidente, LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE, portador do CPF nº 192.493.303-91 e da CI nº 1.333.528-SSP-CE, e

Considerando que a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, "tem como competência a coordenação de políticas afirmativas para a proteção dos direitos dos indivíduos e grupos raciais e étnicos, com ênfase na população negra, afetados por discriminações e demais formas de intolerância";

Considerando que o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, para ser efetivado, exige a consideração dos diferenciados graus de vulnerabilidade a que estão expostos os diversos setores da sociedade brasileira e que a população negra - representando cerca de metade da população brasileira - possui demandas e problemas específicos nas questões de saúde;

Reconhecendo que a falta de um conhecimento científico da saúde da população brasileira afro-descendente é fruto do conceito equivocado de que no Brasil existe uma democracia racial; que o princípio da equidade social, regional, de gênero, de raça e de etnia, para ser exercida, exige a atuação intersetorial, por meio de parcerias entre diversas áreas governamentais levando à integração das políticas públicas e ao fortalecimento da participação social, cabendo ao Ministério da Saúde, no papel de gestor federal, "dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde", por meio da Política Nacional de Saúde, em parceria com os gestores estaduais e municipais,

Solenidade da assinatura do Termo de Compromisso. Da esquerda para a direita: Dr. José Antônio Alves/ CONASS; Dr. Antônio Horacio Toro/OPAS; Ministro Humberto Costa/MS; Ministra Matilde Ribeiro/SEPPIR; Dra. Oraida Maria Abreu Gomes dos Santos/CNS (testemunha) e Luiz Odorico Monteiro de Andrade/ CONASEMS.

RESOLVEM, neste ato, celebrar o presente Termo de Compromisso:

**CLÁUSULA PRIMEIRA, DO OBJETO**

A Política Nacional de Saúde, objetivando a inclusão social e a redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta a população negra, deverá ser implementada observando as seguintes premissas:

- a) produção do conhecimento científico – organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra;
- b) capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de atitudes dos profissionais da área de saúde, por meio de educação permanente, com ações adequadas para operar nos cenários da diversidade da sociedade brasileira e das peculiaridades do processo saúde/doença da população negra;
- c) informação da população – disseminação de informações e conhecimentos sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer e fortalecer sua autonomia e a prevenção de doenças; e
- d) atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas de atenção à saúde e garantir acessibilidade em todos os níveis do sistema de saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA, DOS COMPROMISSOS**

As instituições signatárias do presente Termo de Compromisso se comprometem a desenvolver atividades no seu âmbito de atuação, visando à inclusão social e à redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta a população negra.

**CLÁUSULA TERCEIRA, DA PUBLICAÇÃO**

O Ministério da Saúde providenciará, como condição de eficácia, a publicação deste instrumento em extrato, no Diário Oficial da União, no prazo de 20 (vinte) dias após a sua assinatura.

E, por estarem assim ajustados e de pleno acordo, assinam o presente Termo de Compromisso os titulares do MS/SEPPIR/OPAS/CONASS/CONASEMS, em 2 (duas) vias de igual teor e valia, na presença das testemunhas que também o subscrevem.

Brasília, 18 de agosto de 2004.

  
HUMBERTO COSTA  
Ministro de Estado da Saúde

  
MATILDE RIBEIRO  
Secretária Especial de Políticas de Promoção da  
Igualdade Racial

  
ANTÔNIO HORÁCIO TORO OCAMPO  
Representante da Organização Pan-  
Americana da Saúde no Brasil

  
GILSON CANTARINO O'DWYER  
Presidente do Conselho Nacional  
de Secretários de Saúde

  
LUIZ OSÓRIO MONTEIRO DE ANDRADE  
Presidente do Conselho Nacional de  
Secretários Municipais de Saúde

Testemunhas: 



## Um grito pela equidade

O Brasil é um país repleto de desigualdades expressas nas relações étnico-raciais, etárias, de gênero e territoriais.

O SUS é um sistema público e universal baseado nos princípios da equidade, integralidade da atenção e controle social e que se materializa nos estados, municípios e em cada unidade de saúde através de uma atenção de qualidade e humanizada. Neste sentido o sistema, deve assumir como desafio permanente, a inclusão social e a luta pela eliminação de todo e qualquer tipo de discriminação seja ela de origem étnico-racial, religiosa, por orientação sexual, porte de necessidades especiais ou deficiência ou outra situação.

Nós mulheres e homens que atuamos nos serviços, na pesquisa, na gestão e no controle social, reunidos no Seminário Nacional de Saúde da População Negra, propomos dar um basta no racismo que determina desigualdades ao nascer, viver e morrer para quase metade da população Brasileira.

### **“Não há democracia racial no Brasil”!**

O racismo desumaniza e desqualifica o trabalho em saúde e tem como resultado uma expectativa de vida menor para a população negra: as taxas de morte materna e infantil são maiores; a violência produz mais mortes e mortes mais precoces neste grupo. Além disso, ainda temos problemas no que se refere à área de informação, capacitação e formação em saúde.

Os gestores representados pelo Ministro da Saúde, pelos presidentes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; o representante da Organização Panamericana de Saúde no Brasil, o Conselho Nacional

de Saúde e a Ministra da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, assinaram um termo onde a inclusão social, e a redução dos diferentes níveis de vulnerabilidade, são premissas de um compromisso de parceria permanente pelo avanço do SUS.

Este Seminário foi mais um momento histórico da luta contra a discriminação racial e propõe a toda sociedade e, em especial, aos gestores:

1. A realização de um amplo processo de disseminação de informação sobre a doença falciforme enquanto uma patologia de grande prevalência na população negra;
2. A priorização de ações dirigidas às comunidades quilombolas, de modo a incluí-las definitivamente nas ações do SUS em cada um dos vinte e três estados onde estão presentes;
3. A utilização do quesito cor na produção de informações para o processo decisório da gestão em saúde, na agenda de pesquisa e na educação permanente;
4. A organização de ações na área de atenção em saúde que levem em consideração as desigualdades sócio-raciais, onde seja garantida a resposta às necessidades da população negra e à integralidade, sem discriminação.

**A luta pela vida é nosso objetivo principal, e isto significa garantir os princípios do SUS. A cor da pele não pode ser um obstáculo nesta luta.**

Seminário Nacional Saúde da População Negra.  
Brasília, 20 de agosto de 2004.

Secretaria Especial de Políticas  
de Promoção da Igualdade Racial

Ministério da Saúde





## **Saúde da população negra e o SUS - ações afirmativas para avançar na equidade: contribuições do MS em 2004**

**Comitê Técnico Saúde da População Negra**  
**Coordenação: Luiz Antônio Nolasco de Freitas**  
**Secretária Executiva: Alba Lucy Giraldo Figueroa**

### **Apresentação**

Com as suas realizações na agenda da Saúde da População Negra, durante o ano de 2004, o Ministério da Saúde procurou sedimentar as bases do definitivo comprometimento do SUS rumo ao megaobjetivo da inclusão social e da redução das desigualdades sociais, fixado pelo Governo no Plano Plurianual/PPA 2004 – 2007.

Nessas realizações foi constante e enriquecedora a participação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR-, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, do CONASS, do CONASEMS e das organizações da sociedade civil do Movimento Negro.

Com o propósito de facilitar a visualização, pelas três esferas de governo, de quais são as linhas de ação em curso e quais os caminhos que ainda devem ser trilhados no aprofundamento das ações afirmativas para a equidade racial no campo da saúde, as páginas que seguem constituem um sumário dessas realizações do Ministério da Saúde, com destaque para o envolvimento de suas secretarias. Várias das medidas relacionadas, concebidas para o enfrentamento de problemas da saúde da população em geral, constituem terreno propício a ser potencializado mediante um enfoque de equidade que considere as diferenças e especificidades da saúde da população negra. Isso está sendo definido pelo comprometimento tanto de gestores e técnicos da saúde como pela participação ativa das organizações da sociedade civil.

Avançar na equidade na atenção à saúde da população negra é um compromisso do SUS e de toda a sociedade.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

### Protagonismos setoriais

#### Gabinete do ministro

1. Portarias nº 152, de 04/02/2004 e nº 1.678, de 13/08/2004, respectivamente designando e reformulando a composição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Acesso: <http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/Portaria%20NOVO%20CT-SPN.pdf>
2. Portaria nº 719, de 16/04/2004, criando o Grupo da Terra, com a finalidade de acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo e detalhar as ações a serem implementadas, incluindo um representante da Comissão Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas - CONAQ. Acesso: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/legislacao/portarias.htm>
3. Portaria nº 936, de 18/05/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção da Violência em Estados e Municípios. Até outubro de 2004, a Rede contava com 65 parceiros: 9 Núcleos Estaduais (AM, AP, PB, DF, MS, ES, SP, RJ, RG), 41 Núcleos Municipais, 11 Núcleos Acadêmicos e 4 Organizações Não Governamentais. Acesso: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/legislacao/portarias.htm>
4. Portaria nº 1434, de 14/07/2004, conhecida como “de incentivo à equidade” que, entre outras providências e fixando critérios específicos, aumenta em 50% o valor atual do repasse relativo às equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal que, nos municípios com população remanescente de quilombos, atuam nesse tipo de comunidades. Acesso: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/legislacao/portarias.htm> ou, diretamente: : <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2004/B%201434%20DEFINE%20MUDAN%C7AS%20NO%20FINANCIAMENTO%20DA%20ATEN%C7%C3O%20BASICA%20EM%20SAUDE%20DA%20FAMILIA.rtf>
5. Termo de Compromisso, assinado em 18/08/2004, entre o MS a SEPPIR, o CONASS, o CONASEMS e a OPAS, visando à redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta a população negra. Acesso: <http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/TC-SNSPN.pdf>
6. Lançamento, em 18/08/2004, do Manual do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e da Portaria nº 1.712 que



## Saúde da população negra e o SUS

qualifica as primeiras unidades federadas a receberem o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. O Documento do PNSSP está disponibilizado no portal da BVS, no menu Fontes de Informação/Políticas e Diretrizes para o SUS ou diretamente no link: [http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf). A portaria está disponível no link: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1712.htm>

7. Parceria com a OPAS, o Alto Comissariado para os Direitos Humanos da ONU e SEPIIR na acolhida da Oficina Internacional Trabalhando para Alcançar a Equidade Étnica em Saúde.

8. Portaria nº 2.632, de 15/12/2004, que aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Acesso: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2632.htm>

9. Portaria 2.695/GM, de 23/12/2004, que institui o Projeto Piloto do Programa Nacional de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias. Acesso: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2695.htm>

### Secretaria executiva

10. Organização, funcionamento e ação coordenada com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra. – CTSPN - (dez reuniões do Comitê constituído pela Portaria nº 152, de 04/02/2004 e uma reunião do Comitê reconstituído pela Portaria nº 1.678, de 13/08/2004).

11. Inclusão de diretrizes e metas visando à equidade racial no Plano Nacional de Saúde. Acesso: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/PNS.pdf> (p. 43 e 44).

12. Inclusão de ação no PPA para quilombolas, com recursos previstos para pesquisa de avaliação do impacto do incentivo à equidade nos municípios onde estão situadas essas comunidades.

13. Realização do Seminário Nacional de Saúde da População Negra, com 278 participantes, entre gestores municipais e estaduais, do MS e outros órgãos federais, representantes dos movimentos sociais, instituições de ensino e pesquisa, vinculados à Saúde da População Negra e observadores internacionais.

14. Realização de reunião-oficina de planejamento de ações pelo CTSPN, embasado nas propostas do Seminário Nacional.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

15. Disponibilização de documentos políticos e técnicos - impressos e eletrônicos - (Caderno de Textos Básicos, folder e site no Portal da Saúde) sobre a Saúde da População Negra. Acesso: <http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/>

16. Representação do Ministério da Saúde em eventos sobre o tema da saúde da população negra, realizados em São Paulo, São Bernardo do Campo, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Luis, Porto Alegre, reforçando o compromisso do SUS com a redução das desigualdades raciais.

17. Criação da Área Temática Saúde da População Negra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde ([http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/index.asp](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pop_negra/index.asp)).

18. Representação do Ministério da Saúde no Comitê Gestor para Formulação do Plano de Etnodesenvolvimento para as Comunidades Remanescentes de Quilombos, conhecido também como Plano Brasil Quilombola.

19. Representação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, na condição de suplente do Ministro da Saúde.

20. Inclusão do tema Saúde da População Negra no curso de Acolhimento aos Aprovados no Processo Seletivo Público do MS/2004 e no Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, ministrado pela ENAP.

### **Secretaria de atenção à saúde - SAS**

21. Providências para assinatura de Convênio entre o Ministério da Saúde e o Centro de Referência em Oftalmologia da UFG, para atendimento oftalmológico permanente à totalidade da população Kalunga, nos níveis primário, secundário e terciário, nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás.

22. Início de implantação, pela Coordenação do Sangue e Hemoderivados /DAE/SAS/MS, do Projeto de Atenção Integral aos Pacientes com Hemoglobinopatias, constante de três etapas básicas: 1) encontro com a coordenação da hemorrede para elaboração de uma proposta de trabalho e levantamento da situação da rede visando à implantação de um programa de processamento de dados denominado Hemovida Ambulatorial, desenvolvido em parceria

## Saúde da população negra e o SUS

com o DATASUS. Sua finalidade é prover os serviços de referência com uma ferramenta de informatização do atendimento desses pacientes, gerando módulos de informação a serem monitorados pelos diferentes níveis de gestão do SUS. 2) encontro de todos atores institucionais e segmentos sociais organizados para análise da situação que temos e proposta do que queremos com formação de grupo de trabalho. 3) reunião com grupo trabalho para elaboração do projeto local.

A fase de implantação iniciou-se com Pólos-Piloto nas capitais de Pernambuco, Pará, Minas, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e Bahia. O programa já está funcionando com sucesso. Outros estados, como o Maranhão, estão apresentando demanda. Há diferentes graus de estágio de cada estado em relação ao projeto. Assim, enquanto Minas Gerais tem uma rede já formada e com cobertura de quase 100% para triagem, o Pará precisa ainda aderir à fase 2 do Programa de Triagem Neonatal. No momento atual a situação é a seguinte em cada pólo:

**Pará** - Necessita pedir adesão à fase 2 da triagem, já tem ambulatório e leitos de assistência aos pacientes com hemoglobinopatia. Está elaborando capacitação multidisciplinar para o hemocentro;

**Mato Grosso do Sul** – Está elaborando a capacitação de profissionais, em obras para ampliação das suas instalações e organizando o ambulatório do hemocentro que ainda não faz atendimento aos portadores de hemoglobinopatias;

**Minas Gerais** – Está trabalhando a implantação de um Centro de capacitação para atender a todo o estado (853 municípios) e que deverá também atender a outros estados;

**Pernambuco** - Tem programa organizado na cidade de Recife , com programa estadual sendo elaborado incluindo os hemocentros regionais e com lançamento previsto para março de 2005 , rede informatizada e agendada para interface com o Hemovida Ambulatorial.

**Rio Grande do Sul** – Rede de assistência organizada na capital, Hemovida Ambulatorial implantado e necessitando de maior suporte de recursos humanos no hemocentro;

Foi programada a compra de medicamentos e equipamentos. A licitação para compra de equipamentos específicos (bombas de

infusão, filtros deleucocitários) para suporte à atenção está prevista para inícios de 2005.

23. Há previsão de expansão do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN (teste do pezinho) para todos os estados.

24. Preparativos, na Coordenação do Sangue e Hemoderivados, para o lançamento em janeiro de 2005, do Programa Nacional de Anemia Falciforme, com base na Portaria que cria o Programa Piloto de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias aprovada, em 23/12/2004 (vide supra nº 9 ).

25. Foi preparado um folder informativo para o público em geral que será usado no lançamento do Programa Piloto de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias.

26. Na interação entre a Coordenação do Sangue e Hemoderivados e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, se está trabalhando com a Área Técnica de Saúde da mulher, na elaboração do protocolo para gestante portadora de Anemia Falciforme e oferecimento da triagem no pré-natal. Outras articulações estão sendo feitas, com a Secretaria de Ciência e Tecnologia, com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, Programa Nacional de Imunização e com a Coordenação Nacional de Políticas de Alimentação e Nutrição.

27. Na interação entre a Coordenação do Sangue e Hemoderivados e a Coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, houve início de conversas visando a realização de uma conferência internacional, procurando a parceria do Ministério dos Esportes, para discutir a questão polêmica do traço falciforme ser motivo de alguns atletas terem suas carreiras esportivas inviabilizadas, em razão de serem apenas portadores do traço. A idéia inicial é de contar para o seminário com a presença de representantes internacionais (EUA, Cuba, Jamaica) e, da parte do Brasil, com especialistas médicos e representantes do Judiciário. A previsão é para última semana de setembro de 2005.

28. A Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS elaborou um Livreto Perspectiva de Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal - Saúde da Mulher Negra. Seu objetivo é sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde acerca das especificidades na atenção à saúde da gestante negra. Seu lançamento está previsto para março.

## Saúde da população negra e o SUS

29. A Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS determinou a inclusão do recorte étnico-racial nos Manuais/Normas Técnicas e demais materiais cuja elaboração está sob sua responsabilidade.

30. Quanto à saúde da população prisional, a qualificação dos primeiros estados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representou um marco no processo de inclusão dessa população nas ações e serviços do SUS, com repercussões importantes para o seu segmento negro. Segundo o último Censo Penitenciário, de 1995, realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, esse segmento corresponde a 45% do total da população recolhida no Sistema. Entre os Estados que já recebem o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário constam: Mato Grosso, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro e o Distrito Federal. Outros 15 estados (AL, BA, CE, ES, GO, MS, PB, PR, RN, RS, RO, SC, SE, SP, TO) já encaminharam ao Ministério da Saúde o Termo de Adesão e, estão em processo de elaboração dos Planos Operativos Estaduais.

### **Secretaria de vigilância em saúde - SVS**

31. O Programa Nacional de Imunizações – PNI - incluiu na sua programação com as Coordenações Estaduais de Imunização atividades de sensibilização e norteamientos visando à extensão de cobertura e uma maior qualidade nas ações já existentes voltadas para a população negra. O PAT (Plano Anual de Trabalho) para 2005 inclui, como ação relevante, a vacinação em quilombos, com a meta de alcançar 95% de cobertura vacinal nas áreas de quilombos com equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

32. O Departamento de Informação e Análise da Situação de Saúde está contemplando o recorte raça/cor e variáveis socioeconômicas para as publicações Saúde Brasil, em 2005, e o Atlas de Saúde de 2005, com o georreferenciamento de indicadores de saúde. Está no momento analisando a situação de homicídios no país, levando em consideração variáveis como grau de escolaridade e ocupação, mais a variável raça/cor. Igualmente, o Folder do SUS (IDB BRASIL), da RIPSA, com indicadores de saúde por região e unidades federadas será acrescido em 2005 do recorte raça/cor para algumas variáveis.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

33. Criação em 01/12/2004, do programa Afroatitude, numa parceria entre o Programa Nacional de DST/Aids, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, a SEPPIR e a Secretaria de Ensino Superior do MEC. Serão oferecidas 500 bolsas no valor de R\$ 241,51 (parâmetro CNPq para iniciação científica) por mês, para universitários negros cotistas que queiram estudar a epidemia durante um ano. Inicialmente, o projeto será desenvolvido com universidades públicas que adotam cotas para negros. Com o programa, o governo federal pretende produzir estatísticas que eliminem o sub-registro do quesito raça/cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da saúde da população. O Afroatitude também ajudará a sistematizar informações bibliográficas sobre estudos e pesquisas, nacionais e internacionais, sobre DST/Aids e a população negra. Além disso, a iniciativa ajudará a criar núcleos de saúde da população negra nas universidades envolvidas e a realizar seminários para discutir e divulgar os trabalhos realizados pelos alunos envolvidos no programa. Acesso: <http://www.aids.gov.br/final/dh/afroatitude.htm>

34. O Programa Nacional de DST/Aids disponibiliza análise sobre “Perfil das Mulheres na População Brasileira, considerando a variável cor. Acesso: <http://www.aids.gov.br/c-geral/ong/item02.htm>

35. O Programa Nacional de DST/Aids lançou a linha de pesquisa Estudos de avaliação da qualidade da assistência à mulher negra, na Convocatória/Chamada para Seleção de Pesquisas em 2004. Valor do financiamento: até R\$ 250.000,00. Número de propostas a serem financiadas: uma proposta. Acesso: <http://www.aids.gov.br/final/concurso/udat%20chamada.doc>

36. O Programa Nacional de DST/Aids instituiu Grupo de Trabalho HIVAids e População Negra, com início de atividades em janeiro 2005.

### **Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos – SCTIE**

37. Realização de oficinas regionais, com gestores municipais e estaduais de saúde, prestadores de serviço e correlatos, para discutir a situação da assistência em Genética Clínica no SUS, com o intuito de realizar um diagnóstico situacional e levantar propostas que venham

## Saúde da população negra e o SUS

a subsidiar a Política Nacional de Atenção em Genética Clínica. Uma oficina para o Sul e Sudeste foi realizada entre 30/11 e 1º/12 de 2004 e outra oficina está prevista, para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a ser realizada em Salvador, em 21 e 22 de março de 2005.

38. Inclusão na contratação da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) o levantamento, tabulação e análise dos dados, levando em conta o quesito raça-cor. A PNDS tem como objetivo coletar informações que permitam elaborar indicadores demográficos, de saúde e nutrição para mulheres e crianças menores, visando fornecer subsídios ao Ministério da Saúde para as políticas e estratégias de ação do Governo. Estratégia: Trata-se de uma pesquisa domiciliar por amostragem. Comporão a amostra todas as mulheres em idade fértil, de 15 a 49 anos, dos domicílios selecionados que tenham concordado em participar do estudo e as crianças menores de cinco anos.

39. Inclusão de uma Subagenda – Saúde da População Negra (Subagenda Nº 4.) na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

### Subagenda de prioridades de pesquisa nº 4

#### 4.1 Magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde da população negra

4.1.1. Estudo da questão racial no Brasil, seus impactos nas relações sociais e implicações sobre o processo saúde-doença da população negra;

4.1.2. Situação de saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas);

4.1.3. Desenvolvimento de sistema de indicadores de saúde da população negra:

4.1.3.1. Informação estatística do quesito cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da equidade em saúde;

4.1.3.2. Análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças genéticas e por doenças agravadas pelas condições de vida;

4.1.3.3. Revisão sistemática sobre saúde da população negra.

4.1.4. Estudos multidisciplinares sobre doença falciforme:

4.1.4.1. Impacto epidemiológico, determinantes, repercussões e riscos;

4.1.4.2. Clínico-epidemiológicos sobre a heterogeneidade da

sintomatologia, ocorrência de complicações e reação adversa a medicamentos;

4.1.4.3. Desenvolvimento de kits básicos para diagnóstico;

4.1.4.4. Vigilância epidemiológica de infecções associadas.

4.1.5. Doenças, agravos e condições da população negra:

4.1.5.1. Hemoglobinopatias, hipertensão, diabetes mellitus e seus agravos;

4.1.5.2. Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase, e outras condições genéticas;

4.1.5.3. Infecção por HTLV-I;

4.1.5.4. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/ aids;

4.1.5.5. Gravidez e obesidade na adolescência;

4.1.5.6. Transtornos mentais.

4.1.6. Estudos e pesquisas qualitativas e quantitativas sobre medicina popular de matriz africana e contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde.

#### **4.2 Avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias**

4.2.1 Estudos sobre as políticas governamentais afirmativas de discriminação positiva, na área da saúde.

#### **Secretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde - SGTES**

40. Convênio entre o Ministério da Saúde e a CONTAG para formação de multiplicadoras (es) em “Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos”. O projeto contempla a incorporação de metodologias que propiciem transversalizar a abordagem de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, geração, raça e etnia e a perspectiva de territorialidade nas políticas do Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais – MSTTR - e na Política de Saúde para a População do Campo. A sua execução, sob responsabilidade da CONTAG, se inicia em 2005 e sua extensão é por três anos. Telefone para contatos na CONTAG: 61 - 2102-2288 (com Raimunda de Mascena).

41. Realização de uma reunião de sensibilização entre a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES;

42. Incentivo e financiamento de projetos de capacitação de ONGs sobre hemoglobinopatias oriundos dos movimentos sociais;

43. Início do processo de sensibilização da SGTES visando a



## Saúde da população negra e o SUS

instrumentalização das equipes matriciais para inclusão da questão Saúde da População Negra como prioridade na política dos pólos nos processos de formação;

44. Proposta para identificação de pessoas e profissionais ligados ao movimento negro e ou que tenham acúmulo no enfoque étnico racial que possam atuar como facilitadores de educação permanente;

45. Proposta para identificação, no conjunto dos movimentos que compõem a ANEPS, aqueles vinculados à questão étnico-racial;

46. Proposta para introdução do enfoque da saúde da população negra na saúde das escolas básicas da rede de ensino. “Escola que produz Saúde”

### Secretaria de gestão participativa

47. Articulação e elaboração de projeto em parceria com Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos com o objetivo de: sensibilizar e qualificar 130 mulheres das 05 regiões brasileiras (26 em cada) líderes populares ativistas em saúde da população negra, das trabalhadoras rurais e radialistas - para que atuem em suas cidades/localidades como referências no debate e na ação política nas diferentes instâncias do controle social existentes na área da saúde e em defesa do SUS e durante este processo identificar as necessidades e demandas sociais específicas para o SUS.

48. Apresentação dos resultados da pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que apontou 46% da delegação sendo negra, com uma composição de 51% é do sexo masculino e 42,6% do sexo feminino.

### DENASUS

49. Partilha regular de toda a informação do CTSPN com todos os técnicos do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS – dos âmbitos federal e estadual, via o Sistema de Auditoria – SISAUD. Graças a essa medida, técnicos da auditoria incorporaram as propostas do documento “Um Grito pela Equidade” no PPA do Município de Curitiba/PR.

50. Inclusão do tema da Política de Saúde da População Negra no Fórum de Debates da Semana do Auditor, com divulgação interna das propostas específicas apresentadas pelo representante da SEPPIR:

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

1) Inclusão da temática de ações afirmativas da saúde (recorte étnico-racial) no Curso de Formação dos aprovados no concurso da carreira de auditor do SUS; 2) Inclusão da temática de ações afirmativas da saúde (recorte étnico-racial) no Programa de Educação Continuada dos auditores do SUS; 3) Priorização, no planejamento e avaliação, da fiscalização sobre as dotações orçamentárias de programas, projetos e ações relacionados à promoção do acesso, do controle social e da superação das desigualdades raciais; 4) Atenção reforçada, na atuação, da fiscalização sobre a gestão, central e local, sobre o desempenho dos mecanismos indutores do Ministério da Saúde que utilizam os incentivos financeiros (ex: incentivo aos hospitais de referência do subsistema de saúde indígena, incentivo do PAB para municípios com comunidades quilombolas, etc...); 5) Priorização, no acompanhamento da alocação de recursos de rubricas específicas, do Projeto de Atenção Integral aos Pacientes de Hemoglobinopatias (a principal delas é a anemia falciforme); 6) Elaboração de indicadores de qualidade do SUS baseados nos pressupostos da promoção da igualdade racial (conforme Termo de Compromisso assinado entre MS e SEPPPIR) para utilização pela auditoria na avaliação, por amostragem, dos principais programas e projetos do Ministério da Saúde (especialmente os de maior dotação orçamentárias ou de áreas estratégicas - ex: AIDS, Sangue, Transplantes, Hemodiálise, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, etc...)

51. Disponibilização no site do SNA - Sistema Nacional de Auditoria de texto sobre a pesquisa auspiciada pela FUNASA: “Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a promoção da equidade”. Acesso: <http://www.sna.saude.gov.br>

### FUNASA

52. Portaria FUNASA N°106, de 04/03/2004 que define como critérios de elegibilidade para financiamento e execução de projetos de saneamento municípios com população menor que 30 mil habitantes; comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos e reservas extrativistas. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Links: Legislação/Portarias. Para solicitação de investimentos ver o link: Pleitos 2005, na base do portal da FUNASA.

53. A Fundação dispôs inicialmente de um orçamento de R\$ 10.396.219,71 para o ano de 2004, destinados a comunidades rema-

## Saúde da população negra e o SUS

nescentes de quilombos de Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, São Paulo e Maranhão. Outro montante de R\$ 1,188 milhão foi previsto no Projeto Vigisus II, a ser destinado a regiões quilombolas na Bahia, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Link Notícias/2004.

54. Realização de 22 ações em quilombos, em 12 estados. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Link Notícias/2004.

55. Finalização da editoração de livro sobre as pesquisas referentes à saúde da população negra, cujo lançamento está previsto para o primeiro trimestre de 2005. Também a editoração de folhetos simples sobre os conteúdos do livro para distribuição em toda a rede do SUS.

56. Assinatura (em 14 de dezembro de 2004) do protocolo de intenções para o Programa de Habitação e Saneamento para Quilombos, em parceria com o Ministério das Cidades, a Fundação Palmares e a Secretaria Especial de Políticas Promoção Igualdade Racial (SEPPIR). O projeto será viabilizado por intermédio da criação de um segmento do Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social (PSH), gerido pelo Ministério das Cidades. Serão investidos, na primeira etapa, R\$ 27 milhões, sendo R\$ 21 milhões recursos do Ministério das Cidades e mais R\$ 6 milhões da FUNASA. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Link Notícias/2004.

O programa prevê, no prazo de quatro anos, a execução integrada de ações de moradia e saneamento a fim de melhorar as condições de vida de aproximadamente 250 mil pessoas que vivem em comunidades quilombolas espalhadas em 743 quilombos por todo o país. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Link Notícias/2004.

Em março de 2004, o Ministério das Cidades iniciou projeto-piloto com a comunidade remanescente do quilombo Kalunga, em três cidades do estado de Goiás (Monte Alegre, Cavalcante e Teresina de Goiás). Uma população de aproximadamente 4.000 pessoas (890 famílias) serão beneficiadas com a construção de 400 moradias e reforma de outras 400 unidades. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Link Notícias/2004.

57. Realização de Oficinas de Mobilização Social e Educação em Saúde com as comunidades Kalunga e formação de comitê composto por 11 representantes comunitários que darão continuidade ao processo de mobilização visando garantir o funcionamento e a

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

sustentabilidade dos projetos de saneamento. O projeto de Melhorias Sanitárias Domiciliares, orçado em R\$ 2,8 milhões, prevê a construção de 1.200 banheiros nas comunidades quilombolas dos municípios goianos. Acesso: <http://www.funasa.gov.br> Link Notícias/2004.

As ações da FUNASA são desenvolvidas em parceria com o Ministério das Cidades, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), a Caixa Econômica Federal (CEF), a Agência Goiana de Habitação (Aghab), a Fundação Palmares e a Fundação Universidade de Brasília (Fubra).

### **FIOCRUZ**

58. Edição de um volume especial (nº 20, de abril de 2004) da Revista Radis – Comunicação em Saúde, sobre o tema “Saúde da População Negra”. Acesso em: [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis\\_20.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_20.pdf)

59. Publicações diversas sobre temas de relevante interesse para o campo da saúde da população Negra. Entre elas destacam:

TRAVASSOS, Cláudia e WILLIAMS, David R. O conceito e mensuração de raça em relação à saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos. Cad. Saúde Pública. maio/jun. 2004, vol.20, no.3, p.660-678. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300003&lng=pt&nrm=iso).

MAIO, Marcos Chor, MONTEIRO, Simone, CHOR, Dóra et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autotaxonomia no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. jan./fev. 2005, vol.21, no.1, p.171-180. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100019&lng=pt&nrm=iso).

MONTEIRO, Simone e SANSONE Livio (Orgs.), Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2004.

60. Preparação de publicação sobre a Situação Epidemiológica e Ambiental de Populações Quilombolas da Região Norte;

61. Discussões preliminares visando a criação de área de referência para pesquisa e ensino em saúde da população negra.

## Saúde da população negra e o SUS

Maiores informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Planejamento e Orçamento

Comitê Técnico de Saúde da População Negra

End. Esplanada dos Ministérios

CEP. 70058-900 Brasília

Tel. 0 xx 61 315 2782

0 xx 61 315 3333

Site: [http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/index.asp](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pop_negra/index.asp)

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

## Anexos



## **I Seminário Saúde da População Negra 2004**





## **Políticas de ações afirmativas para afrodescendentes do Estado de São Paulo**

**DOE - SEÇÃO I - 16/12/03  
DECRETO Nº 48.328, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2003**

Institui, no âmbito da Administração Pública do Estado de São Paulo, a Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes e dá providências correlatas

GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

### **Decreta:**

Artigo 1º - Fica instituída, nos termos deste decreto, no âmbito da Administração Pública do Estado de São Paulo, a Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes.

Parágrafo único - Compreendem-se como afrodescendentes os pretos e os pardos, assim definidos, quando necessário, por autotaxação.

Artigo 2º - Fica criada, junto à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, a Comissão de Coordenação e Acompanhamento da Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes, composta dos seguintes membros, designados pelo Governador do Estado:

I - o Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania, que será seu Presidente;

II - 1 (um) representante de cada uma das seguintes Secretarias de Estado:

- a) Casa Civil;
- b) Secretaria de Economia e Planejamento;
- c) Secretaria da Segurança Pública;
- d) Secretaria da Educação;
- e) Secretaria da Saúde;
- f) Secretaria da Cultura;

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

- g) Secretaria da Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo;
- III - 1 (um) representante da Unidade de Assessoramento em Comunicação, da Casa Civil;
- IV - 3 (três) representantes do Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra;
- V - 1 (um) representante da Universidade de São Paulo - USP;
- VI - 1 (um) representante da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP;
- VII - 1 (um) representante da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP;
- VIII - 4 (quatro) representantes de organizações não-governamentais ligadas à proteção e defesa dos direitos dos afrodescendentes;
- IX - 4 (quatro) representantes de entidades a serem escolhidas pelo Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania, dentre os nomes a serem indicados pelas mesmas.
- § 1º - A Comissão poderá dispor sobre a constituição de Subcomissões e Grupos de Trabalho para análise e discussão de temas específicos.
- § 2º - Cada Secretaria de Estado poderá disciplinar, internamente, a consulta ou participação de representantes de organizações não-governamentais ligadas à proteção e defesa dos interesses dos afrodescendentes na elaboração das respectivas propostas.
- Artigo 3º - À Comissão de Coordenação e Acompanhamento da Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes cabe:
- I - sugerir diretrizes e procedimentos administrativos com vistas a garantir a adequada implementação da Política;
- II - submeter à apreciação do Governador do Estado as propostas de diretrizes complementares, com vistas à adequada execução da Política e ao seu aprofundamento;
- III - apoiar, avaliar e supervisionar a implementação da Política, sugerindo a adoção de medidas destinadas a garantir a continuidade e a efetividade das suas ações;
- IV - coordenar a realização de oficinas e cursos sobre ações afirmativas para os servidores de recursos humanos e coordenadores de área, bem como campanhas de sensibilização dos servidores para o problema da exclusão social e necessidade de ações afirmativas.

## Decreto nº 48.328

Artigo 4º - A Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania deverá:

- I - instituir o Prêmio “Ações Afirmativas para Afrodescendentes”, contemplando as políticas internas e externas de organizações, públicas ou privadas, que mais se destaquem na promoção das referidas ações afirmativas;
- II - organizar concurso para escolha da propaganda de divulgação do Prêmio “Ações Afirmativas para Afrodescendentes”;
- III - coordenar a realização de censo sócio-econômico e étnico dos servidores paulistas, da Administração direta e indireta, a fim de orientar o planejamento e a definição de ações afirmativas neste campo, a ser realizado pela Fundação Prefeito Faria Lima - Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - CEPAM;
- IV - contribuir para o atendimento e a orientação dos indivíduos que sofrerem discriminação, mediante seu atendimento nos Centros de Integração da Cidadania - CICs;
- V - providenciar a titulação de terras das comunidades quilombolas de Galvão (entre os Municípios de Eldorado e Iporanga), Pedro Cubas (Município de Eldorado) e Praia Grande (Município de Iporanga), até o final de 2003;
- VI - providenciar o reconhecimento para titulação através de Relatório Técnico-Científico - RTC das comunidades de Morro Seco (Município de Iguape), Biguazinho (Município de Miracatu) e Pedro Cubas de Cima, até o final de 2003.

Parágrafo único - A promoção de ações afirmativas para afrodescendentes, segundo as diretrizes deste decreto, considera-se promoção de direitos humanos, para os fins dispostos na Lei nº 10.992, de 21 de dezembro de 2001.

Artigo 5º - A Secretaria da Saúde deverá, observadas suas atribuições no Sistema Único de Saúde:

- I - estender o Programa de Saúde da Família - PSF para todos os Quilombolas existentes no Estado de São Paulo, se necessário com a adoção de incentivo do Governo do Estado para os municípios envolvidos, garantindo o acesso e o aperfeiçoamento da qualidade da atenção primária em saúde, para 100% (cem por cento) dessas comunidades, que costumam ser isoladas (rurais) ou com condições sociais que aumentam os riscos de doenças;
- II - realizar grande campanha educativa para todos os médicos, com

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

relação à anemia falciforme, envolvendo a Sociedade de Pediatria e voltada para o diagnóstico precoce e a prevenção de danos à saúde dos portadores desta doença;

III - incluir o tema de doenças epidemiologicamente prioritárias para a Comunidade Negra, nos treinamentos e capacitações realizados pelos órgãos formadores dos profissionais do Programa de Saúde da Família - PSF, ligados à Secretaria da Saúde.

Artigo 6º - A Secretaria da Educação deverá:

I - no exercício das prerrogativas fixadas no artigo 24, IX e §§ 1º a 4º, da Constituição Federal, desenvolver um plano de ação para capacitação dos docentes e inclusão, no currículo das escolas da rede pública estadual, do ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira, na forma da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com a alteração prevista na Lei Federal nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, e legislação correlata;

II - desenvolver o “Programa São Paulo: Educando pela Diferença para a Igualdade” - Capacitação dos professores das áreas de Educação Artística, Literatura e História a ser discutida com os representantes da Comunidade Negra.

Parágrafo único - O Secretário da Educação criará, mediante resolução, comissão para o desenvolvimento do programa a que se refere o inciso II deste artigo.

Artigo 7º - A Secretaria da Cultura deverá:

I - realizar o Censo dos Servidores Públicos da Secretaria da Cultura, estabelecendo comparações a partir de variáveis sexo (gênero) e raça (etnia) identificando em que aspectos e graus se reproduzem a exclusão, a segregação ocupacional e as desigualdades e publicar um caderno com os resultados;

II - instituir cursos da cultura da África e dos afrodescendentes e de história dos deuses africanos e incluir nas oficinas culturais artistas afrodescendentes, como escritores, autores, diretores de teatro, músicos, artistas plásticos, etc.;

III - instituir:

- a) oficinas regulares para educadores, na Divisão de Arquivo do Estado, sobre a história cultural dos afrodescendentes de São Paulo;
- b) a produção de instrumentos de origem africana no Conservatório Dramático e Musical “Dr. Carlos de Campos”, de Tatuí;
- c) cursos livres sobre a influência da música africana na música

## Decreto nº 48.328

brasileira, no Centro de Estudos Musicais “Tom Jobim - Maestro Antônio Carlos Brasileiro de Almeida Jobim”;

d) a Semana do Continente Africano no Museu da Casa Brasileira;

e) o prêmio Solano Trindade para Jovens Criativos das Escolas de Arte Cênica;

IV - criar um observatório de monitoramento e avaliação dos projetos e experiências positivas no combate à discriminação de gênero e raça nas diferentes áreas da cultura;

V - estabelecer a inclusão de afrodescendentes no Conselho Estadual da Cultura, no Conselho Paulista de Cinema, no Conselho Consultivo do programa estadual de leitura denominado “SÃO PAULO: UM ESTADO DE LEITORES” e na Comissão Especial de Programação Cultural da Loteria da Cultura;

VI - junto aos quilombos, instituir uma programação cultural, criar salas de leitura, publicar sua história cultural e elaborar um calendário de suas manifestações culturais;

VII - articular a instituição de cursos para jovens criativos, nas Escolas de Comunicação, referentes ao Dia da Consciência Negra e a criação de núcleos de pesquisa da Cultura Negra Regional em parceria com universidades;

VIII - promover a preservação e revitalização do patrimônio material e imaterial dos sítios, terreiros e casas da cultura tradicional de matrizes africana;

IX - desenvolver um manual com sugestões para implementação de ações afirmativas e estimular a sociedade civil e as secretarias de cultura dos municípios a formularem programas e projetos para a promoção da igualdade racial e a apoiarem manifestações culturais dos afrodescendentes;

X - incorporar, junto ao Mapa Cultural da Secretaria da Cultura, as manifestações culturais relacionadas à comunidade afrodescendente, bem como incentivar e propiciar a realização de feiras étnicas temáticas e criar a 1ª Mostra de Arte Cênica Afrodescendente.

Artigo 8º - A Secretaria da Segurança Pública deverá:

I - avaliar e adotar meios e medidas que contribuam para o aumento das denúncias e a eficiência da investigação de crimes raciais, dotando as unidades policiais pertinentes dos meios e da capacitação adequados;

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

II - analisar a conveniência da criação de Delegacias Especializadas de Crimes Raciais;

III - inserir, no curso de Direitos Humanos ministrado aos policiais em formação, o tratamento das questões relativas a etnia e discriminação.

Artigo 9º - A Secretaria da Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo fornecerá ao Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo - CRUESP o suporte necessário para a realização de estudos objetivando a instituição do Programa Estadual de Inclusão Social e Ação Afirmativa no Ensino Superior.

Artigo 10 - A publicidade institucional do Governo do Estado de São Paulo, na administração direta e indireta, observará a pluralidade étnica da população brasileira, buscando aproximar-se das proporções obtidas pelo Censo realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Artigo 11 - Ficam mantidas as disposições em vigor que instituem ações em benefício dos afrodescendentes, em especial o Decreto nº 41.774, de 13 de maio de 1997.

Artigo 12 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação. Palácio dos Bandeirantes, 15 de dezembro de 2003

GERALDO ALCKMIN

*João Carlos de Souza Meirelles*

Secretário da Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo

*Cláudia Maria Costin*

Secretária da Cultura

*Gabriel Chalita*

Secretário da Educação

*Alexandre de Moraes*

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania

*Andrea Calabi*

Secretário de Economia e Planejamento

*Luiz Roberto Barradas Barata*

Secretário da Saúde

*Saulo de Castro Abreu Filho*

Secretário da Segurança Pública

*Arnaldo Madeira*

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 15 de dezembro de 2003.



# Carta aberta de São Paulo<sup>1</sup>

## Carta aberta aos gestores e gestoras do SUS do Estado de São Paulo

Nós, pesquisadores e pesquisadoras, conselheiros e conselheiras, gestores e gestoras, profissionais da saúde, usuários e usuárias do SUS, militantes do movimento negro e lideranças afro-religiosas, reunidos no Memorial da América Latina – SP, para a realização do I Seminário Estadual de Saúde da População Negra, vimos por meio desta propor um pacto de co-responsabilidade em busca da equidade em saúde para a população negra do Estado de São Paulo.

A instituição da saúde como um direito de todos e dever do Estado, efetivado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços, não tem garantido aos negros e negras, brancos e brancas, iguais condições de saúde.

A saúde enquanto conjunto de condições integrais e coletivas de existência é influenciada pela conjuntura política, socioeconômica e cultural e, em função disso, é essencial considerar que as desigualdades raciais em saúde estão sendo mantidas devido às dificuldades em promover um serviço adequado às necessidades de todas as pessoas, sem distinção. A redução das iniquidades pode ser alcançada por processos, atitudes e comportamentos antidiscriminatórios, humanizados e efetivamente inclusivos. É necessário um novo pensamento na saúde, pautado no respeito às diferenças.

Embora ainda sejam escassas as estatísticas oficiais que apresentem os dados de saúde desagregados por raça/cor, inúmeros estudos e pesquisas evidenciam a existência, persistência ou mesmo o acirramento das disparidades ao longo dos anos, sendo a população negra

---

<sup>1</sup> Esse documento foi sistematizado por Fernanda Lopes e Iracema Castro e aprovado na plenária final do I Seminário Saúde da População Negra do Estado de São Paulo

aquela que detém alguns dos piores indicadores – maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade por causas externas, especialmente homicídios, mortalidade por HIV/Aids e tuberculose, entre outras.

Em obediência ao art. 7º da Lei 8080/90 e ao princípio VII que preconiza a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, seguindo as recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde, a superação das desigualdades raciais em saúde deve ser viabilizada por meio de ações governamentais diferenciadas, em sendo assim, instamos o Governo do Estado de São Paulo e os Governos Municipais aqui representados a comprometerem-se com:

- A inclusão do quesito raça/cor em todos os documentos administrativos, valorizando a autodeclaração, de acordo com as categorias do IBGE.
- O aprimoramento da coleta do dado raça/cor, contribuindo para a melhoria da qualidade da informação em saúde.
- Produção contínua de indicadores de saúde e de condições de vida desagregados por raça/cor.
- A inserção do componente raça/cor como instrumento norteador das políticas setoriais e intersetoriais, estratégias, prioridades e metas dos governos municipais e estadual.
- A inserção do recorte racial na política estadual e municipal de saúde, nos aspectos relacionados à organização, desenvolvimento institucional, orçamento, avaliação e monitoramento.
- O fomento da produção do conhecimento científico de modo a responder dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.
- A capacitação dos profissionais de saúde de modo a promover mudanças de comportamento por meio da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra.
- A informação da população em geral, em especial da população negra, sobre os condicionantes biológicos e sociais da saúde, os riscos e vulnerabilidades agravadas de modo que a população possa exercer um efetivo controle social no monitoramento e avaliação das políticas, ações e programas e que, do ponto de vista individual, possam ser adotados e mantidos novos hábitos nas várias fases da vida.




## Carta aberta aos gestores e gestoras do SUS no Estado de São Paulo

- A inclusão de novas práticas de promoção e educação em saúde nas rotinas assistenciais e novas estratégias para facilitação do acesso visando, especialmente, o respeito às crenças, atitudes e comportamentos em saúde, à diversidade étnico-racial, de gênero, etária, religiosa e cultural.
- A garantia de reconhecimento dos espaços religiosos, especialmente os templos das religiões de matrizes africanas, como espaços de acolhimento, de cura, de educação popular e de promoção da saúde.

Assinam esta Carta as entidades presentes no I Seminário Estadual de Saúde da População Negra de São Paulo, a saber:

3ª Idade do CERET  
Adm. dos Advogados do Brasil / SP  
AJUBRAS  
APEOESP/CUT  
ASPIR – Leme  
Asses Promoção Igualdade Racial de Diadema  
Associação Afro Bras OGBAN  
Associação Comunitária Auri Verde  
Associação Cultural Afro Brasil – Valinhos  
Associação Cultural Comutária Consciência Negra  
Associação de Anemia Falciforme – SP  
Associação dos Agentes Comunitários  
Associação Lib Expr Afro Olim–Aleao  
Associação Promoção Igualdade Racial  
Associação Recr. e Cult. Afro – Bras  
AUREA Brasileira  
Casa Dandara  
CEABRA – SP  
CEAPPD  
CEBRAP Centro Brasileiro de Análises e Planejamento  
CEERT – SP  
CEFRAN  
Centro Estudos Pres Jango (CEJAN)  
CENARAB  
CEPROAJ  
Clube Melhor Idade MARIAMA

## I Seminário Saúde da População Negra 2004



Comando de Liderança da Leste  
COMDECOM – Comunidade Negra  
COMICIM Instituto ODOYA  
COMICIN – Limeira  
COMICIN (Coral Thulany)  
Comunidade Negra Franca APECOMP  
Comunidade União de Mulheres Negras  
CONE - São Paulo  
Conselho de Comunidade Negra de Franca  
Conselho do Negro de Caieiras  
Conselho Municipal Prefeitura de Guarujá  
Consulado Geral de Angola  
COSEMS  
Deputado Estadual Fausto Figueira  
DOEALI  
EDUCAFRO  
Fala Preta!  
Fórum das Mulheres Negras  
FUNASA – Ministério da Saúde  
Fundação OPEM  
Gabinete Vereadora Claudete Alves  
GRIO/Mov Fala Bantu  
Grupo Zumbi Assoc. Mov Afro Brasil  
GVTR  
Ile Ache Oni Xango  
Ile Alaketu Asé Ibualamo  
Ile Oni Azougo Xango  
Instituto AMMA Psique e Negritude  
Instituto Plural  
Instituto Polis  
IOCE  
Irmandade Ns Rosário Homens Pretos  
Movimento dos Músicos Sem Terra  
Movimento Negro Unificado  
NEPAIDS/USP  
NEPO  
Nucl Cult Afro–Brasileiro Unificado Sorocaba

## Carta aberta aos gestores e gestoras do SUS no Estado de São Paulo

Núcleo da Comunidade Negra de Osasco  
NUPE – UNESP  
Pastoral Afro – S<sup>ta</sup> Edwirges  
Pastoral Afro – S<sup>ta</sup> Luzia  
Pastoral da Juventude Católica  
Quilombo Hoje Literatura  
Rede Afro Jovem  
Rede Brasileira Redução Danos – REDUC  
Rede Rel. Afro Brasileira Saúde  
Revista Raça Brasil  
SIEMACO – Piracicaba  
Sindicato dos Sapateiros  
SINTUNIFESP Universidade Paulista  
Sociedade de Psicodrama de São Paulo  
Soweto  
TUCANAFRO PSDB – Vila Carrão  
ZAMBO do Movimento Negro de Caraguatatuba

São Paulo, 13 de maio de 2004



## I Seminário Saúde da População Negra 2004



# A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

**Maria Aparecida da Silva Bento**

## Introdução

Este ensaio objetiva contribuir com a recuperação da história do processo de implementação do quesito cor na Prefeitura de São Paulo. Como sabemos, essa introdução nos cadastros públicos e privados é uma das mais caras bandeiras do movimento negro brasileiro.

A implementação de políticas públicas de combate às desigualdades raciais e de promoção da igualdade passa, necessariamente, pelo diagnóstico da condição de vida dos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira, particularmente aqueles formados por negros e brancos. Assim, de forma persistente e ao longo do tempo, o movimento negro tem feito essa reivindicação – em novembro de 1995, a Marcha Zumbi dos Palmares pela Vida levou 30 mil pessoas a Brasília e entregou ao então presidente da República um documento que explicitava a necessidade de implementar o quesito cor. Posteriormente, em 2002, na 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, o movimento negro novamente ganha destaque em um documento sobre os compromissos assumidos pelo governo brasileiro, sendo um deles a inclusão do quesito cor no sistema de informação do país.

Dessa forma, este texto pretende resgatar uma importante etapa do processo vivenciado pela sociedade brasileira na maior cidade do país, especificamente na área da saúde, na qual tudo começou.

Assim, cumpre ressaltar que os objetivos da pesquisa que originou este texto foram:

---

Maria Aparecida da Silva Bento é psicóloga -PUC e doutora em Psicologia Social pela USP. Diretora do CEERT - Centro de Estudo das Relações de Trabalho e Desigualdades.

- conhecer o processo de implementação do quesito cor nas diversas áreas;
- identificar a metodologia utilizada;
- conhecer a dinâmica de relação estabelecida entre o movimento negro e os gestores da prefeitura;
- mapear a participação dos órgãos internos à prefeitura no processo de introdução do quesito cor;
- recuperar os eventos que levaram à interrupção da coleta do dado.

Com relação à amostra, os entrevistados eram, na época, membros do grupo de trabalho responsável pela viabilização da implementação do quesito cor<sup>1</sup>. Embora se tenham passado 14 anos, foi possível encontrar uma parcela significativa do grupo, apesar da maioria não trabalhar mais nos mesmos segmentos e setores.

A maioria dos entrevistados tem nível de escolaridade superior, com formação em diferentes áreas, como saúde pública, enfermagem, psicologia, odontologia, serviço social e outras.

No que se refere à vida ocupacional, são profissionais de saúde que atuam em áreas diversificadas, como formação de pessoal para atendimento pré-hospitalar; técnicas em administração hospitalar, especialistas em saúde pública ou dirigentes de regionais de saúde. Alguns destes profissionais têm vínculos com órgãos como o Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo e a Coordenadoria de Assuntos da População Negra. A maioria, porém, é oriunda do movimento negro ou mantém vínculos com esse movimento.

As entrevistas ficaram a cargo de pesquisadoras formadas em psicologia e ciências sociais, da área de relações raciais voltadas a políticas públicas e ao trabalho<sup>2</sup>.

Com relação aos procedimentos metodológicos, deve-se destacar que, antes das entrevistas, reuniões de treinamento definiram o

---

<sup>1</sup> representantes dos seguintes órgãos: Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (Cepi), Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde (Cefor), Coordenadoria de Atenção à Saúde (Coas), Coordenadoria Especial do Negro (Cone), bem como Distritos de Saúde e Administrações Regionais de Saúde.

<sup>2</sup> Mafoane Odara Poli Santos – Psicóloga e pesquisadora do CEERT

Mércia Consolação Silva – Mestre em Ciência Política – USP e pesquisadora do CEERT.

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

roteiro e delimitaram o enfoque das questões. Esta tarefa contou com a participação de integrantes das entidades parceiras<sup>3</sup> no projeto. Em seguida, cada uma das pesquisadoras fez sua primeira entrevista, a título de teste, para, posteriormente, discutir com o grupo de trabalho os dados coletados, o tipo de relação estabelecida com os (as) entrevistados (as), as observações de campo, visando detectar as necessárias correções para a continuidade do processo. O questionário foi estruturado com perguntas abertas e as entrevistas gravadas.

Depois de transcritas, as entrevistas foram lidas pelas pesquisadoras, sob a supervisão de uma doutora em relações raciais.

Em reunião realizada para discutir o material sistematizado, o grupo notou que, nas entrevistas, em relação a algumas circunstâncias ou eventos relatados, havia um discurso com alguns pontos comuns bastante demarcados, ou seja, nesse discurso, coeso e contínuo, as falas se completavam.

Assim fomos descobrindo como algumas dimensões daquela experiência, circunscrita no tempo e no espaço, impactaram de maneira intensa os entrevistados.

Os pontos comuns dizem respeito:

- à entrada de um novo governo e à esperança de incluir a temática racial, que vinha sendo discutida e estava na plataforma do partido;

- ao reconhecimento de que, para a implementação de políticas públicas de promoção da igualdade racial, é fundamental a presença de gestores negros em lugares de poder.

- ao entendimento de que é necessário um processo de capacitação dos funcionários para que o processo de implementação seja completo e eficaz.

- à compreensão de que nem a decisão do secretário de implementar o quesito cor nem a portaria foram suficientes. O processo só evoluiu nos setores que contaram com gestores negros.

- aos gestores brancos que negam a dimensão racial das desigualdades e ainda alegam que a questão é social, consequência da pobreza etc.

---

<sup>3</sup> Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Integra - Cooperativa de Trabalho Interdisciplinar e o Centro de Estudos das Relações do Trabalho e Desigualdades - CEERT

- ao fato de a implementação não ter sido institucionalizada de fato, nas várias administrações regionais de saúde, levando a que um novo governo/partido, insensível às desigualdades raciais, pusesse fim ao processo, mesmo havendo uma portaria sobre o assunto.
- ao contexto atual, mais favorável à introdução política de implementação do quesito cor.

Os pontos acima aparecem no texto num discurso fluido, como se refletissem a fala de uma única pessoa.

Optamos por deixar fluir a narrativa, sem interrompê-la. No final tecemos nossos comentários e análises. Os entrevistados (as) não serão identificados pelo nome.

Foram coletados alguns materiais, como a Portaria 696/90<sup>4</sup>, o Caderno Cefor, *folders*, cartazes e matérias jornalísticas .

Apresentamos a seguir alguns dos principais marcos desse processo histórico:

**1989** – eleição de Luiza Erundina, do PT, como uma proposta de governo mais atenta aos movimentos sociais e às camadas da população mais carente.

**Março de 1990** – criação do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (Cepi).

Início de pesquisa sobre morbidade que mobilizou toda a secretaria na coleta de dados.

Intensificação da pressão do movimento negro, em particular do Grupo Negro da PUC/SP e da Soweto<sup>5</sup>, bem como de ONGs que trabalhavam com saúde da mulher, para a introdução do quesito cor na área da saúde, por meio da sensibilização do secretário Eduardo Jorge.

**Mai de 1990** – realização do Seminário Quadro Negro de Saúde – Implantação do Quesito Cor no Sistema Municipal de Saúde, cujo objetivo era sensibilizar os profissionais da área e definir o registro do quesito cor dos usuários do Sistema Municipal de Saúde. Um grupo de trabalho (GT) informal foi criado.

---

<sup>4</sup> O quesito cor foi implantado por meio da Portaria 696/90 e permitiu conhecer a morbidade e mortalidade da população negra em São Paulo.

<sup>5</sup> Grupo Negro da PUC/SP, criado em 1979; Soweto Organização Negra.



## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

**1991** – distribuição de cartazes e cartilhas relativos ao tema, produzidos pelo grupo, e divulgação no Jornal do Ônibus e no Boletim Saúde Informa, da Secretaria Municipal da Saúde. Houve também atividades locais sobre o tema e distribuição de textos selecionados, visando embasar a discussão. Como parte das atividades foram realizados dois seminários: na Administração Regional de Saúde Itaquera/Guaianazes, envolvendo funcionários e a população da região, e no Distrito de Ermelino Matarazzo.

**Março de 1992** – publicação da Portaria 492/92, oficializando o Grupo de Trabalho – GT, coordenado por Penha Lúcia Valério e constituído pelos seguintes membros:

Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (Cepi):

- Penha Lúcia Valério Ramos;
- Rosa Maria Tomaz; e
- Marcos Drumond Júnior – Colaboração.

Centro de Orientação e Atenção à Saúde (Coas): Edna Roland.

Centro de Formação dos Trabalhos em Saúde (Cefor):

- Edna Muniz de Souza;
- Maria do Carmo Sales Monteiro.

Coordenadoria Especial do Negro (Cone): Maria Aparecida de Laia.

Distritos de Saúde:

- Arlete Lourdes Izidoro;
- Roseli de Oliveira.
- Administrações Regionais de Saúde.

Coube ao GT:

- a) captar as demandas dos distritos de saúde e administrações regionais de saúde;
- b) promover o retorno das discussões em nível regional;
- c) acompanhar tecnicamente as análises e estudos provenientes da coleta de dados do Sistema Municipal de Informação de Saúde – SP (Simis);
- d) levar e expandir a discussão para outros setores do governo e da comunidade, a partir das articulações existentes em nível local.

**Dezembro de 1992** – realização do seminário *É Preto no Branco: Vencendo a Conspiração do Silêncio*.

Objetivos:

- Lançar o caderno *É Preto no Branco* e apresentar o trabalho realizado a partir da implantação do quesito cor no Sistema Municipal de Saúde, como uma resposta à necessidade de investigação epidemiológica.
- Estimular a investigação das questões e problemas delineados pelo levantamento de morbidade.
- Discutir propostas de continuidade de sensibilização de profissionais da secretaria municipal de saúde e demais órgãos sobre a importância da variável cor na determinação das condições da saúde da população no município de São Paulo.

**2000** – implementação do quesito cor no sistema de informação da Secretaria da Habitação por iniciativa da Cone<sup>6</sup>.

**2001** – realização do Censo do Funcionalismo Municipal 2001 – o objetivo do projeto foi conhecer o perfil dos servidores municipais: quem eram, onde e como trabalhavam. A pesquisa contou com dois modelos diferentes de questionário. O primeiro foi aplicado a todos os servidores, com exceção dos ocupantes de cargos de nível superior, de cargos em comissão entre DAS 9 e DAS 16 e Auxiliares Técnicos Administrativos (ATAs), que responderam ao segundo modelo (cerca de 50% do total).

Apresentamos a seguir o processo utilizando as vozes dos protagonistas.

#### A Experiência de São Paulo

A mais significativa experiência de implementação do quesito cor ocorreu na área da saúde, quando o Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo estava redefinindo os seus indicadores socioeconômicos, por meio do reconhecimento das condições de saúde da população. Esta redefinição tinha por objetivo identificar as necessidades mais prementes da população em relação à

---

<sup>6</sup> A Coordenadoria Especial dos Assuntos da População Negra – CONE é um órgão da Prefeitura de São Paulo, cuja missão é coordenar e implementar políticas públicas para a população negra, visando acabar com a desigualdade racial na cidade.

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

saúde, o que permitiria desenvolver e adequar as ações de planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde às suas necessidades (Cadernos – Cefor, 1992).

Nesse contexto, tornava-se necessário coletar e analisar o quesito cor pelo Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde, considerando que a variável raça ou cor explica as desigualdades sociais existentes entre os diversos segmentos raciais que compõem a população brasileira (Cadernos – Cefor, 1992).

Assim, a coleta e análise do quesito cor pelo Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde permitiu observar, em princípio, o peso das condições socioeconômicas na situação de saúde dos diferentes grupos raciais. Por outro lado, possibilitou identificar a importância da variável racial na incidência de doenças, segundo os diferentes grupos, pois dados relativos a outros países multirraciais demonstraram que essa variável é associada à incidência de doenças como diabetes, hipertensão e miomas.

Apresentamos a seguir como foi executada a proposta, quais os resultados e como aconteceu a interrupção dos trabalhos.

### Contexto Político

*“Em 1989, quando Luíza Erundina assumiu o governo, houve um momento inicial caracterizado basicamente pela ação de grupos que trabalhavam diferentes temáticas que tinham expressão dentro do partido. Naquele período, algumas mulheres foram para o governo e começaram a trabalhar as suas propostas de trabalho”<sup>7</sup>.*

*“Desenvolvia-se, no município, um governo que tinha como compromisso a implantação na saúde do Sistema Único de Informação, bem como a plataforma de governar para as minorias”<sup>8</sup>.*

*“Assim, diversos segmentos sociais organizados fizeram-se representar nesse governo. Ainda não tínhamos, do ponto de vista partidário, algum projeto voltado à saúde da população negra”<sup>9</sup>.*

*“Dessa forma, o núcleo que atuava no grupo negro da PUC acabou tornando-se referencial para levar essa discussão à Secretaria Municipal de Saúde”<sup>10</sup>.*

---

<sup>7</sup> Respondente 4.

<sup>8</sup> Respondente 1.

<sup>9</sup> Respondente 4.

<sup>10</sup> Respondente 8.

“Porém, nós, através de militância no movimento, não tínhamos meios de analisar dados, pois não dispúnhamos do quesito cor, achávamos importante, mas nem imaginávamos como fazer”<sup>11</sup>.

“Era o primeiro governo do PT no município. O Secretário Municipal de Saúde Eduardo Jorge foi provocado por algumas lideranças do movimento negro de São Paulo a incorporar essa agenda. E incorporou”<sup>12</sup>.

“Naquele momento, estávamos no jardim da infância da implementação de políticas públicas destinadas à população negra. Dentro da Secretaria Municipal da Saúde não havia um grupo de trabalho encarregado de acompanhar essa implementação”<sup>13</sup>.

“Foi a primeira cidade no Brasil, de que temos notícia, a implementar o quesito cor”<sup>14</sup>.

“Esse momento de implementação do quesito cor era vital, pois estava começando um estudo sobre morbidade. São Paulo foi o primeiro município do Brasil a trabalhar com todos os atestados de óbito da cidade, já que dispõe de um serviço funerário que centraliza todas as informações. Assim, a partir de 1989, um sistema permitia ver, mês a mês, ano a ano, do que morriam as pessoas, inclusive com uma base espacial”<sup>15</sup>.

“Quando começou o governo, fomos chamados para montar o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (Cepi)”<sup>16</sup>.

“Dois movimentos permitiram introduzir essa discussão na secretaria: 1) a organização, feita especialmente pela área de saúde da mulher, que começou a tratar das questões relacionadas à saúde e às etnias; 2) a pressão externa do movimento negro para que a implementação fosse, de fato, executada”<sup>17</sup>.

“Quem gerou essa demanda foi o movimento negro, que começou a discutir a questão de políticas públicas, que exigia a introdução do quesito cor. Afinal, era impossível, sem dados, fazer uma análise ou monitorar as ações relacionadas aos negros e afro-descendentes”<sup>18</sup>.

---

<sup>11</sup> Respondente 8.

<sup>12</sup> Respondente 2.

<sup>13</sup> Respondente 3.

<sup>14</sup> Respondente 8.

<sup>15</sup> Respondente 5.

<sup>16</sup> Respondente 3.

<sup>17</sup> Respondente 3.

<sup>18</sup> Respondente 9.

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

“Não se pode tirar o mérito da Edna Roland<sup>19</sup> que foi a articuladora política dessa iniciativa na Secretaria”<sup>20</sup>.

“Precisamos ter entidades do movimento social junto com a gente, porque não dá só para os técnicos ficarem com isso (com essa demanda da implementação do quesito cor)... Surgiu, então, a idéia de chamar o Miguel Chaia, o IBGE, a Fundação Seade e o Dieese para que eles pudessem sensibilizar os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde sobre a importância dos dados. Naquele período começavam a aparecer informações do IBGE, do Seade de que existia uma diferença<sup>21</sup>.

“Já tinha a Elza Berquó<sup>22</sup>, com todos os estudos de população na UNICAMP<sup>23</sup>, era acadêmica, trabalhava com dados. Foi exatamente aí. Foi realizado o seminário com muito apoio do Eduardo Jorge, aconteceu pela sensibilidade do Secretário, se fosse outro não teria, ele deixou muito aberto o trâmite, tínhamos tempo do nosso trabalho para fazer com que isso acontecesse”<sup>24</sup>.

“(...) acho que foi a própria assessora de saúde da mulher, a Mazé, que acabou agendando um espaço. Na época, o João Paulo era coordenador do Cefor e acabou me ajudando muito, e também a Maria do Carmo, tratávamos da discussão, capacitação pedagógica e da questão racial”<sup>25</sup>.

“Nós tínhamos de entrar na campanha do IBGE **Não deixe a sua cor passar em branco**. Trabalhamos mais na zona leste, Itaquerá e Guaianazes, para onde levávamos o material do IBGE, que é reconhecido, explicando a importância da coleta do dado. e muitas vezes, o utilizá-

---

<sup>19</sup> Atualmente coordenadora da Área de Combate ao Racismo e à Discriminação da Unesco no Brasil.

<sup>20</sup> Respondente 8.

<sup>21</sup> Respondente 7.

<sup>22</sup> Professora titular aposentada da Faculdade de Saúde Pública da USP, presidente da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), coordenadora do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Nepo-Unicamp, membro do Conselho Técnico do IBGE, membro da Academia Brasileira de Ciências e coordenadora da Área de População e Sociedade do Cebrap.

<sup>23</sup> Universidade de Campinas.

<sup>24</sup> Respondente 8.

<sup>25</sup> Respondente 8.

vamos, nas capacitações. Não conseguimos uma campanha publicitária de massa, o que representou uma séria dificuldade, por isso a coleta teve de se limitar a um espaço mais restrito”<sup>26</sup>.

#### **Papel do movimento negro**

“Entre 1989 e 1990, a temática da saúde não era tão estabelecida nem contava com a força que tem hoje no Brasil. Poucas organizações negras trabalhavam o tema”<sup>27</sup>.

“As organizações de mulheres negras, por exemplo, assumiram com muito mais força, com muito mais entusiasmo o trabalho no campo da saúde do que as chamadas organizações mistas, embora algumas delas tivessem assumido a temática”<sup>28</sup>.

“(…) como é que você poderia fazer uma análise, monitorar as ações relacionadas aos negros, aos afro-descendentes na saúde, se você não tinha como pesquisar isso? Então as pessoas começaram a discutir essa questão até surgir a proposta da implementação do quesito cor na prefeitura”<sup>29</sup>.

“(..) em um pequeno levantamento feito para a elaboração de um artigo publicado no livro **Tirando a máscara**, organizado por Antonio Sérgio Guimarães e Lynn Walker, 2000, foi possível constatar que das 15 organizações de mulheres negras, consultadas na época, cerca de 12 ou 13 desenvolviam atividades relacionadas à saúde”<sup>30</sup>.

“A introdução dessa discussão na Secretaria da Saúde, naquele momento, deveu-se aos esforços de militantes que atuavam em diferentes espaços, já que havia militantes do movimento negro trabalhando na Secretaria. Chegou-se, então, a um ponto que uniu as duas coisas: militância e Estado. Os militantes da secretaria começaram a discutir internamente e a trabalhar pela concretização desse projeto, e as organizações, por sua vez, fizeram pressão externa, o que facilitou o processo”<sup>31</sup>.

“Assim, o (GNPUC)<sup>32</sup> intercambiava com o grupo de acompanhamento que levava as discussões ao Secretário. O movimento negro fez-se representar naquele momento”<sup>33</sup>.

<sup>26</sup> Respondente 8.

<sup>27</sup> Respondente 5.

<sup>28</sup> Respondente 4.

<sup>29</sup> Respondente 9.

<sup>30</sup> Respondente 3.

<sup>31</sup> Respondente 3.

<sup>32</sup> Grupo Negro da PUC.

<sup>33</sup> Respondente 7.

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

“Uma das plataformas do movimento negro era justamente reivindicar às instâncias responsáveis, aos governos e ao Estado políticas adequadas à população negra, que era e continua sendo a que mais morre”<sup>34</sup>.

“Os membros do movimento negro não entravam em atritos em relação a essa política porque o quesito cor era aglutinador. As pessoas não partiam para um embate, elas acreditavam que, se é para entrar, que seja segundo o que os institutos de pesquisa estão fazendo, porque esse tema aglutinava o movimento negro. Nessa época Nelson Mandela veio ao Brasil, trazido pela CONE”<sup>35</sup>.

“Embora a proposta de implantação do quesito cor tivessem a acolhida do Secretário, isso não aconteceu nos outros escalões. **Uma coisa era o apoio do secretário e outra era viabilizar a decisão, a reivindicação, a solicitação ou a política por meio dos técnicos e diretores**”<sup>36</sup>.

“Internamente pensou-se: vamos articular com o Eduardo Jorge, o que foi feito. Mas não adiantou. Era preciso convencer a equipe técnica da importância e necessidade de introduzir o quesito cor no sistema de informação da Prefeitura”<sup>37</sup>.

“Depois de algum tempo, percebemos que não bastava só incluir os dados. Tínhamos de sensibilizar os técnicos, primeiro sensibilizamos os gestores da academia, do gabinete e tal, daí bancaram. Foi idéia da Edna que fosse uma portaria e fosse institucionalizada, ela redigiu, não sabíamos o cenário do que ia acontecer e foi redigida essa portaria, é a 696 de 90, lá incluía a implementação do quesito cor e a 429 que falava da necessidade de formar um GT (grupo de trabalho)”<sup>38</sup>.

“Algumas pessoas encarregaram-se dessa articulação e da intermediação. **Nossas coisas só acontecem quando o movimento negro participa. Por exemplo, o Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em julho de 2004, aconteceu por quê? Porque foi uma exigência do movimento. E o movimento tem de estar lá para pontuar. Se não estiver, se deixar na mão do corpo administrativo, do corpo técnico, da estrutura, não andará**”<sup>39</sup>.

---

<sup>34</sup> Respondente 3.

<sup>35</sup> Respondente 8.

<sup>36</sup> Respondente 3.

<sup>37</sup> Respondente 5.

<sup>38</sup> Respondente 8.

<sup>39</sup> Respondente 3.

“Em 1990 não foi diferente. O quesito cor na saúde representou, seguramente, uma mobilização do movimento negro. A Roseli e a Penha trabalharam, no dia-a-dia, com os epidemiologistas. Nesse processo de mudar o cadastro acionou-se o movimento negro. Roseli de Oliveira fez os contatos, marcou uma reunião com a organização negra Soweto, com a CONE e o Geledés – Instituto da Mulher Negra, e com os técnicos do setor de saúde”<sup>40</sup>.

“Assim, houve diversas atividades com o objetivo de incrementar a discussão sobre a introdução do quesito cor no Sistema de Informação, cujo maior objetivo era sistematizar a coleta da informação”<sup>41</sup>.

“Envolver instituições como o Soweto, a CONE e o Geledés era muito importante. Todas participavam de reuniões, ajudavam, mas na verdade ninguém tinha muitos recursos, assim, procuravam idéias e corriam atrás de apoio”<sup>42</sup>.

“Constituiu-se, então, um grupo que planejou ações e atividades para nortear essa discussão em nível local. Esse grupo contava com representantes do movimento negro e técnicos da Secretaria Municipal da Saúde. Foi um passo fundamental”<sup>43</sup>.

“Algumas regionais fizeram o trabalho e dentro da própria unidade houve oficinas com os funcionários para discutir como implementar e o que significava aquilo em suas vidas. **O próprio movimento negro daquela região, ajudou. No distrito de Itaquera, onde havia uma gestora negra, o quesito cor foi incorporado de uma forma muito crítica e consciente**”<sup>44</sup>.

“Iracema, coordenadora da região de Itaquera Guaianazes, falou: “pode vir, vamos fazer”. Esse incentivo facilita. Se há um gestor aberto e que, de alguma forma, se envolve, as coisas acontecem, do contrário, não adiantava o Jorge mandar. Era preciso alguém que, de fato, acreditasse que aquilo era viável, que não ia sobrecarregar de trabalho o seu técnico, que não iria pesar tanto. Pelo contrário, daria visibilidade. E assim a Iracema entrou, justamente para dar visibilidade”<sup>45</sup>.

---

<sup>40</sup> Respondente 5.

<sup>41</sup> Respondente 4.

<sup>42</sup> Respondente 8.

<sup>43</sup> Respondente 5.

<sup>44</sup> Respondente 4.

<sup>45</sup> Respondente 8.



## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

“Houve uma pressão do movimento negro e da sociedade, mas naquele governo também havia uma preocupação de realmente abrir espaço para esse tipo de reflexão”<sup>46</sup>.

E em 1992 o quesito cor foi implantado<sup>47</sup>.

### Resistência Institucional

“Depois de implementado, o segundo passo foi convencer os técnicos. Houve resistência. Argumentava-se que não era necessário incluir o quesito cor, porque se tratava de uma política de saúde voltada para toda a população. Essa questão da singularidade e da universalidade sempre esteve presente”<sup>48</sup>.

“Já que as discussões não chegavam a um consenso do ponto de vista técnico, acabou tornando-se uma reivindicação e não um convencimento, porque os epidemiologistas não acreditavam que esse dado fosse importante. **A verdade é que o corpo técnico – os epidemiologistas – não se convenceram efetivamente da importância do quesito, porém aceitaram a portaria e a existência do grupo, mas não se envolveram**”<sup>49</sup>.

“Queria reforçar o seguinte, a legislação é importante, a portaria também, mas é preciso entrar na instituição de fato. Ou seja, quanto mais profissionais e gestores estiverem sensibilizados para se envolver com a temática racial, a garantia da continuidade será maior... Não basta haver pessoas, indivíduos sensíveis, é a instituição que tem, realmente, de incorporar, e acho que as portarias ajudam, sim”<sup>50</sup>.

“Depois de um ano, os dados foram colhidos e o Cepi<sup>51</sup> teve de fazer um estudo sobre o assunto. Foi aí que se percebeu, nitidamente, que **o tal nível central não tinha realmente mudado sua postura em relação à questão**. Pois não foi feito qualquer estudo”<sup>52</sup>.

---

<sup>46</sup> Respondente 7.

<sup>47</sup> Respondente 5.

<sup>48</sup> Respondente 2.

<sup>49</sup> Respondente 5.

<sup>50</sup> Respondente 8.

<sup>51</sup> Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação.

<sup>52</sup> Respondente 5.

<sup>53</sup> Respondente 3.

“Conversamos com uma especialista em metodologia epidemiológica da Faculdade de Saúde Pública da USP, que estava lá, pertencia ao Partido dos Trabalhadores, mas **achava um absurdo, uma forma de racismo ao contrário**. Toda essa discussão que fazemos hoje, considerada primária e altamente superada, teve de ser travada, era preciso mostrar sua importância, que havia uma diferença. “Mas será que vocês não estão inventando essa diferença?” – perguntavam. Então, algumas pessoas cumpriram a tarefa de convencer os técnicos”<sup>53</sup>.

“A discussão racial era freqüente, tanto sobre a cor do usuário e como ele era tratado. Fez-se uma pesquisa que demonstrou que a queixa maior não era a falta de medicamento ou exames, mas sim a forma como o médico tratava a população negra. “Ele não me olha, ele não me toca, ele não me percebe.” A discussão era de fundo mesmo, como a saúde trata diferentemente aquele que não é visível na sociedade. Foi muito interessante”<sup>54</sup>.

“Percebemos, como movimento negro, que quando se está muito pressionado, buscando resultados rápidos, às vezes é difícil, tanto para a população quanto para os profissionais da saúde compreenderem e aceitarem a necessidade de um trabalho que, num primeiro momento, pode ser visto apenas como algo que vai gastar tempo e dinheiro, sem apresentar nenhum benefício imediato”<sup>55</sup>.

“Na realidade, não se trata apenas da questão do quesito mas sim de trabalhar com a informação, preencher os dados para dar a informação. Os funcionários têm dificuldade e simplesmente anotam o nome e o endereço. Eles não foram capacitados para entender que todas aquelas informações são úteis para a área da saúde, trabalham de modo mecânico. Afinal, para que servem esses dados? Para que preciso saber a cor?”<sup>56</sup>.

“Infelizmente, não houve continuidade dos trabalhos nos postos de saúde e hospitais. **O trabalho foi abortado**”<sup>57</sup>.

---

<sup>54</sup> Respondente 8.

<sup>55</sup> Respondente 5.

<sup>56</sup> Respondente 9.

<sup>57</sup> Respondente 6.

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

### O Papel do Legislativo

Eu acho que uma coisa muito importante foi, posteriormente, a articulação de Carlos Neder que, como vereador, tentou resgatar isso. Ele fez vários eventos na Câmara e anotou, em um caderno, os dados relativos à história do processo do quesito cor.

Ele não escreveu uma única linha sem discutir, e sua assessoria jurídica costumava fazer reuniões com as várias entidades do movimento negro. Começou com as entidades mais próximas da história de implementação na cidade, mas depois foi mudando e incluiu o movimento de mulheres negras.

Neder acabou sendo um referencial de articulador que, de fato, trabalhou para resgatar essas pessoas. Na zona leste havia também a Berenice Kikuchi, que se dedicava à anemia falciforme, um tema extremamente importante.

O papel de Neder foi, então, fazer a lei e a articulação do projeto de lei.

A Arlete, por exemplo, foi uma mulher negra que acompanhou passo a passo a questão do projeto de lei, sempre articulando a participação do movimento negro. O intuito era desenterrar mesmo. O gabinete ligava para os diferentes segmentos do movimento negro.

### Movimento Negro e Gestores Públicos

Observando as narrativas sobre como ocorreu a implementação do quesito cor na prefeitura de São Paulo, torna-se nítido o extraordinário esforço, a grande energia que o movimento negro tem de despender para combater o racismo no Brasil. De um lado, a luta negra para incluir o quesito, de outro, o silêncio, a omissão, a militância silenciosa branca pela manutenção do *status quo*.

A passagem da negação do problema racial para a inclusão do tema na agenda das instituições brasileiras explicita a tensão sempre presente na ação do movimento negro brasileiro.

Esta mudança não se deve ao acaso, nem à ação dos partidos de direita ou de esquerda. Ela resulta da ousadia, da persistência e da energia de um grande contingente de negros, homens, mulheres, adultos, jovens, idosos, letrados e sem escolaridade, que se dedicaram à difícil tarefa de demolir o mito da democracia racial e romper o silêncio institucional.

A esta militância, como ressalta Silva Jr (2002), deve-se a derrocada, mesmo inconclusa, do mito da democracia racial, a inscrição da problemática racial no debate público, a aprovação de leis, a mobilização da mídia e da opinião pública para a questão racial, a extraordinária produção acadêmica voltada às relações raciais, vitórias – mesmo tímidas – no Judiciário, a viabilização de uma elite intelectual negra comprometida com as agruras do seu povo.

Assim, nesta árdua tarefa, não raro muito solitária dentro da instituição, de implementar políticas públicas de promoção da igualdade racial, a introdução do quesito cor, pressuposto fundamental, exige não só energia mas um grande preparo. Nas palavras de uma das entrevistadas: “nossas coisas só acontecem quando o movimento negro participa. E o movimento tem de estar lá para pontuar. Se não estiver, se deixar na mão do corpo administrativo, do corpo técnico, da estrutura, não andar”.

O movimento negro tem pressionado diversas instituições para garantir a participação de profissionais especializados, oriundos ou vinculados a entidades negras, nas diferentes etapas dos processos que envolvem o trato com a dimensão racial dentro das instituições. Isto se deve ao fato de que o significado do silêncio e da omissão das instituições brasileiras, mesmo daquelas consideradas progressistas, diante das dramáticas desigualdades raciais, não pode ser subestimado. Esse silêncio denuncia a complexidade dos problemas a enfrentar. Na última década, a pressão do movimento negro sobre diferentes instituições – municipais, estaduais, federais, públicas ou privadas – gerou programas que, muitas vezes, naufragaram não só por desconhecimento das questões referentes a relações raciais mas também por resistência dos dirigentes institucionais que, com frequência, inviabilizaram o programa no momento de sua implantação. Segundo uma de nossas entrevistadas, os epidemiologistas diziam: “não vou usar esta informação para nada. Não preciso dela”. E não usavam mesmo. Não compilavam, não soltavam os gráficos, não faziam nada com aquilo. Os técnicos da saúde e os atendentes, sem a obrigação de fazer, não coletavam o quesito.

Por outro lado, quando resolvem implementar algum programa, estes dirigentes têm dificuldades de identificar o conhecimento acumulado pelas organizações negras e buscam executar o programa de maneira amadorística, sem dimensionar a complexidade do

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

problema. Um caso típico é a introdução do quesito cor no CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) sem uma campanha de informação para a população negra e os coletores do dado. A pergunta sobre cor, inexplicada e repentina, surge no ambiente de trabalho, gerando uma compreensível desconfiança nos trabalhadores que têm motivos de sobra para se sentir ameaçados quando o assunto é raça e trabalho. Por essa razão os coletores do dado têm medo de fazer a pergunta sobre cor. A fala de uma de nossas entrevistadas ilustra esse fato: “vou estar no balcão do posto de saúde, tem um negrão na minha frente e eu vou perguntar qual é a sua cor? Perguntar a cor era o mesmo que explicitar uma atitude racista”.

Um outro exemplo, mais recente, da resistência institucional relativa ao tratamento das desigualdades raciais pode ser observado no período da construção do Plano Plurianual – PPA 2004-2007. Segundo Mário Theodoro (2004), na elaboração do plano, foram consideradas algumas proposições importantes, dentre as quais uma inovadora: a adoção do desafio de “reduzir as desigualdades raciais”, proposto por técnicos do governo. Este desafio desdobrou-se em um grande programa finalístico que envolveria ações de diferentes ministérios setoriais, visando à redução das desigualdades raciais. Sob esta perspectiva, elaborou-se um conjunto de indicadores de acompanhamento das ações e do programa, como os aspectos diferenciais entre negros e brancos, o índice de alfabetização, mortalidade, renda, etc.

No entanto, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão decidiu transformar o programa, originalmente concebido como de caráter finalístico, em programa de gestão. Com isso, os indicadores citados, fundamentais para o bom acompanhamento das ações, foram desconsiderados, já que, de acordo com a norma burocrática, programas de gestão não têm indicadores de acompanhamento.

Da mesma forma como observamos na implementação do quesito cor em São Paulo, não houve um envolvimento mais efetivo dos dirigentes da instituição. Também os escalões intermediários não se envolveram, mantendo-se em posição de clara resistência a uma ação pública dirigida à redução das desigualdades raciais.

Provavelmente aquilo que une os gestores numa mesma forma de lidar com relações raciais é a sua condição racial, ou seja, a sua condição de brancos. Isto não significa desconsiderar o quanto a

estrutura da sociedade de classes é fundamental para reproduzir as desigualdades raciais, ou ignorar o neoliberalismo como um fenômeno que acentua discursos e práticas que fortalecem e legitimam a estrutura das desigualdades raciais em nossa sociedade. A intenção é apenas focalizar, dentro de certos limites, a dimensão da branquitude. Ser branco, numa sociedade racializada, na qual a supremacia é branca, acomoda uma visão de mundo e um posicionamento muito diferente daquele que têm os não-brancos.

Ser branco, muitas vezes, é não se reconhecer como parte indissociável do quadro que gerou a desigualdade racial, bem como de sua reprodução contemporânea e de seu modo de funcionamento. Na fala de nossas entrevistadas, a mudança partidária e a assunção ao governo de um partido de esquerda poderiam significar uma maior abertura para o enfrentamento de questões ligadas a violações de direito, no caso, o racial. De fato, havia alguns dirigentes mais sensíveis, mas não o suficiente para reconhecer e enfrentar a resistência institucional.

Por outro lado, como nos informa Bento (2002),<sup>[8]</sup> independentemente do fato de serem progressistas ou reacionários, podemos levantar a hipótese de que estas políticas sejam encaradas por estes gestores como uma ameaça, pois colocam em xeque a estrutura de poder hoje concentrada nas mãos deles. E assim a omissão, o silêncio, a resistência evidenciada nas criativas artimanhas tornam-se ingredientes inevitáveis das ações que impedem a viabilização das políticas de promoção da igualdade racial.

É preciso rever a prática cotidiana dentro da administração pública, o lugar ocupado pelos atores envolvidos (tecnocratas, burocratas/ trabalhadores e seus representantes). Uma entrevistada destacou que o médico do serviço de saúde questionava: “o que faço com esse dado? O dado não vai mudar o tratamento, não vai mudar as prioridades de serviços de saúde”.

É necessário questionar as decisões “técnicas” e as análises instrumentais, além dos produtos por elas gerados, cujos pressupostos e procedimentos têm validação discutível, pois são parciais e descontextualizados e não estão sintonizados com questões sociais circundantes.

A questão ideológica é um elemento fundamental sempre presente que deve ser reconhecida no processo, bem como seu impacto

## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

sobre os atores envolvidos. E o pertencimento racial é uma variável decisiva nos processos de gestão.

Será que os gestores públicos se percebem como culturalmente condicionados? Eles se dão conta da presença da subjetividade racializada nos processos de tomada de decisão?

É curioso constatar que, em pesquisa realizada na administração pública, Bento (2002) observa que gestores organizacionais, habitualmente omissos quanto à discriminação contra negros no ambiente de trabalho, mostravam-se preocupados com a possibilidade de as políticas de ação afirmativa, ou de diversidade, discriminarem os brancos.

Essa cumplicidade parece ser um importante elemento de identificação e de identidade branca, que apóia a ação destes gestores no cotidiano profissional. Uma entrevistada salienta: “se não houver negros que façam a discussão ir para a frente, eles enrolam e nada sai. Por isso, é preciso ter negros em nível de gestão. Se não tiver, vamos levar mais 20 anos”.

Assim, a ação de um gestor está sempre baseada nesta condição de branco, que não é neutra, embora procure aparentar neutralidade.

É importante destacar que a implementação de políticas de promoção da igualdade racial implica, freqüentemente, o relacionamento, que é sempre tenso, entre organismos públicos e as organizações negras. Os tecnocratas e burocratas estão em situação de vantagem, pois muitas vezes são experientes, conhecem a máquina do Estado ou se omitem ou tendem a manter uma atitude hierárquica, estabelecendo as prioridades dentro dos programas, facilitando ou dificultando o alcance dos objetivos.

Estes aspectos da atitude branca, que é ideológica, mas aparece como neutra – não reconhecível, negada, expurgada de seu potencial político – envolvem séculos de pensamentos e atos de discriminação.

Assim, podemos observar em pleno funcionamento a discriminação institucional, que tem sido definida como um processo de exclusão que nem sempre se constitui num produto direto do preconceito, e no qual nem sempre existe intenção imediata de penalizar; no entanto, de modo geral, resulta de arranjos institucionais organizados para outros fins. Dentre suas características fundamentais está o fato de que ela é marcada menos pela rejeição ao negro e mais pela luta relativa à manutenção do privilégio branco. Tem caráter grupal,

coletivo, e funciona como um acordo não verbalizado, de modo que os agentes, em diferentes contextos, atuam de maneira similar, ou seja, sempre na defesa dos interesses de seu grupo (Bento, 2002). Os argumentos sobre a resistência explicitam isto: “a questão de raça não era fundamental na discussão da saúde. A questão da saúde era a questão social, da pobreza, causa de doenças, etc. Não era ligada ao fato de a pessoa ser negra”.

Finalmente, um outro fator importante a destacar é que, como nos chama a atenção Silva Jr. (2002), a despeito do que está definido em nossa Constituição de que cabe ao Estado um papel ativo na promoção da igualdade, os órgãos públicos ainda se mostram refratários à adoção de ações e políticas que incorporem a problemática racial.

Uma das características das ações governamentais, segundo observação do CEERT<sup>58</sup>, quer na experiência com a prefeitura de Belo Horizonte, quer no trabalho com a prefeitura de Santo André, é sua circunscrição a áreas ou setores onde existe um gestor negro que empreende iniciativas para viabilizar as propostas, como se fosse um problema de negros e para os negros, com o qual a estrutura como um todo não precisa envolver-se. Esta situação observou-se também em São Paulo, como conta uma entrevistada: “Em alguns pólos da cidade, a discussão ferveu. Isso porque já eram regionais e historicamente reivindicadoras, nas quais o movimento negro tinha uma grande atuação e um contingente populacional negro importante”.

Assim, é sempre necessária a ação do movimento negro, pressionando o Estado.

Entretanto seu papel não é só pressionar, mas encaminhar proposições e alternativas criativas baseadas na Constituição, sugerir métodos, estratégias e planos para a adoção de políticas que promovam a igualdade.

Para conseguir fazer cumprir a lei, o jurista Silva Júnior sugere lutar pela adoção de legislação civil de promoção da igualdade. Ele aconselha ainda explorar, política e juridicamente, as possibilidades

---

Centro de Estudo das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT).



## A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo

criadas no nível do poder local, uma vez que constata em sua pesquisa um crescente reconhecimento público, no plano local, das principais reivindicações das entidades do movimento negro. O exame das 27 Constituições Estaduais, das 26 Leis Orgânicas das capitais e das respectivas legislações antidiscriminatórias, adotadas desde 5 de outubro de 1988, revela uma alentadora institucionalização de parte considerável das demandas indicadas pela militância.

Isto significa que esta ação da militância vem mudando nossa sociedade, não só no que diz respeito às relações raciais mas também no que tange à democratização das instituições em geral. A despeito da resistência institucional, na última década, os saltos que o Brasil tem dado no entendimento e no tratamento da exclusão racial são dignos de orgulho para aqueles que lutam por uma sociedade cidadã.

### Referências bibliográficas

- BENTO, Maria Aparecida da Silva. *Psicologia social do racismo*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BENTO, Maria Aparecida da Silva. *Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público*. 2002. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.
- FRANKENBERG, Ruth. *The construction of white women and race matter*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.
- HERINGER, Rosana. Mapeamento das ações e discursos de combate às desigualdades raciais no Brasil. Centro de Estudos Afro-asiáticos. 2001, v. 23, n. 2.
- GUIMARÃES, Antonio Sérgio e HUNTEY, Lynn (Orgs). *Tirando a máscara: ensaios sobre o racismo no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- JACCOUD, Barros Luciana de & BEGHIN, Nathalie. *Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental*. Brasília: IPEA, 2002.
- SILVA Jr., Hédio. *O crepúsculo das políticas de promoção da igualdade racial no Brasil*. 2002. [no prelo]
- \_\_\_\_\_. *Direito de igualdade: aspectos constitucionais, civis e penais: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002
- THEODORO, Mário. In: BENTO, Maria Aparecida da Silva & SILVA Jr., Hédio. *Políticas de promoção da igualdade racial na administração pública federal*. 2004.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

### Relatórios

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – Relatório das Ações Afirmativas – 2001 e 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Relatório de Atualização de Informações da Saúde para o Relatório CERD – Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Relatório Diversidade na Universidade – Gestão 2002/2004 – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO/ INCRA – Plano de Ação para as Comunidades Remanescentes de Quilombos

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. *História dos quilombos no Estado do Rio de Janeiro: a verdade que a história não conta*. Rio de Janeiro, 2002.

SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS – Conselho Nacional de Combate à Discriminação – Relatório de ações 2002 /2003

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL – Relatório de balanço das ações de 2003.



## Racismo e os efeitos na saúde mental

**Maria Lúcia da Silva**

Entende-se saúde mental como a tensão entre forças individuais e ambientais que determinam o estado de equilíbrio psíquico das pessoas. Manifesta-se, nas pessoas, pelo bem-estar subjetivo, pelo exercício de suas capacidades mentais e pela qualidade de suas relações com o meio ambiente.

Como forças individuais, são entendidos os comportamentos, as práticas pessoais de saúde e atitudes de adaptação, as características biológicas e herança genética; e, como forças ambientais, fatores como educação, emprego e condições de trabalho, o entorno social e físico, rede de apoio social, gênero, raça/etnia, cultura, entre outros.

Portanto o entorno social e econômico imediato de uma pessoa e a maneira como este ambiente interatua, com seus recursos psicológicos e atitudes de adaptação, vão influenciar na determinação de sua situação da saúde, física e mental.

Sem medo de errar é possível dizer que, no país, uma grande maioria de brasileiros, em que se inclui um enorme contingente de negros, vive em constante sofrimento mental, devido às precárias condições de subsistência e à falta de perspectivas futuras.

Segundo a Doutora Damiana Miranda<sup>1</sup>, “O racismo é provavelmente o maior acidente histórico sofrido pelos africanos e seus

---

Maria Lúcia da Silva é psicóloga, psicoterapeuta e ativista do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras. É presidente do Instituto AMMA Psique e Negritude; organização criada em 1995, que desenvolve suas atividades privilegiando uma abordagem psicossocial no tratamento da exclusão, particularmente da discriminação racial.

<sup>1</sup> M.D., Ph.D., Pesquisadora, Coordenadora da Área de Saúde Mental, Programa de Atenção à Saúde da População Negra da Universidade Federal da Bahia

descendentes, podendo ser descrito como a negação pura e a desvalorização sistemática dos atributos humanos dos afro-descendentes, que são impedidos de exercer plenamente a sua cidadania”.

O racismo institucionalizado é determinante no acesso diferenciado dos afro-descendentes aos equipamentos sociais e gera conflitos nas relações inter-raciais, provocando desigualdades na forma de inserção dos grupos racialmente oprimidos, com impactos perversos em sua dinâmica psíquica.

Nesse sentido, o inconsciente coletivo marcado pelo racismo e sexismo, manifestado através dos preconceitos, estereótipo e discriminação, é gerador de situações de violência física e simbólica, que produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo.

As atitudes racistas são incorporadas às estruturas sociais, incluindo instituições políticas, educacionais, de saúde e diferentes equipamentos do Estado, causando acesso e tratamentos desiguais, que, na maioria das vezes, são imperceptíveis ao conjunto da sociedade, mas são, quase sempre, considerados pelos negros como ato persecutório.

Estando no centro de uma dinâmica muito complexa, na qual se sentem ora perseguidos ora perseguidores, os negros vivem num estado de tensão emocional permanente, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento, o que os inquieta e os faz sentir culpa.

Essa situação causa diversos transtornos físicos e psíquicos às vítimas, incluindo taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não-provocada, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros.

Os dados do Ministério da Saúde, IBGE e IPEA demonstram a existência de uma diferença bastante significativa, no perfil socioeconômico e indicadores de morbi-mortalidade da população negra em relação à população geral.

No Brasil não existem dados precisos sobre a prevalência dos transtornos mentais na população negra, o que se deve a dois fatores: primeiro, a não coleta por parte dos profissionais da saúde do quesito cor na ficha dos usuários dos serviços e, segundo, quando coletado, a não análise desses dados pelo Ministério da Saúde através do DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

No entanto o aumento da pressão emocional determinado pela reestruturação do setor produtivo na vida moderna e a conseqüente diminuição do emprego, as precárias condições de vida, a discriminação racial, entre outras, são fatores de exposição de um grande número de pessoas ao sofrimento mental.

A população negra vive “encurralada” com pouca ou nenhuma chance de ultrapassar a barreira econômica que lhe é imposta, mantida através do imaginário social que lhe confere o lugar do destituído.

Ao internalizar atributos negativos, que lhe são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares, e favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento, entendidos, freqüentemente, como timidez ou agressividade. Essa pressão emocional pode ser percebida ou lida como perturbação do pensamento e do comportamento. Essas atitudes expressam a ambivalência do excluído em relação ao mundo hostil da elite dominante.

Numa sociedade multicultural e racista, o contato constante com o “mundo branco” poderá criar-lhe transtornos emocionais devido às repetidas frustrações e falta de oportunidade e perspectiva para o futuro. O racismo atua negativamente na esfera intrapsíquica, afetando o eu e comprometendo sua identidade. Essa ocorrência se deve às repetidas experiências de desvalorização da auto-imagem, difundidas tanto pelas instituições como pelas relações interpessoais, e à interiorização do eu ideal europeu, branco.

O **autoconceito** – maneira pela qual a pessoa organiza as percepções sobre si mesma, é um processo que começa no nascimento, desenvolve-se ao longo da vida, de acordo com as experiências vivenciadas do dia-a-dia.

O conjunto das autopercepções, algumas temporárias outras permanentes, forma o autoconceito e influencia o comportamento dos indivíduos, associa-se à autovalorização positiva ou negativa e é a referência através da qual a pessoa vê o mundo que a rodeia, numa dinâmica complexa que envolve a organização das idéias e a crença em si mesma.

Logo o efeito do racismo vai incidir diretamente na construção de um autoconceito negativo e desvalorizado sobre si mesmo, uma vez que ele ataca o sujeito naquilo que lhe dá consciência de identidade,

seu corpo. O ataque ao corpo do negro é constante; é sabido que o corpo está demarcado pelos valores sociais, nele a sociedade fixa seus sentidos e valores. Portanto essas situações podem provocar processos de desorganização psíquica e emocional.

A exposição constante a situações de humilhação e constrangimento provoca rebaixamento de sua auto-estima, levando-o à construção de uma imagem bastante distorcida.

O Estado Brasileiro, produtor das desigualdades, através dos instrumentos de segregação que inviabilizam a mobilidade da população negra, é o grande responsável por este estado de coisas, cabendo-lhe mudanças na sua estrutura, de forma a contemplar ações específicas de combate, assim como garantia de acesso a serviços humanizados.

### **Referências bibliográficas**

- Facultad de Salud Pública y Administración - Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Guia de Aprendizagem - Salud Mental y Poblaciones: Aspectos promocionales y preventivos*. (curso a distância).
- SILVA, ML e MIRANDA, D. Saúde mental e racismo. Texto apresentado na *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília dez/2001. mimeo



## Mortalidade adulta no Estado de São Paulo

**Luis Eduardo Batista**

Estudos apontam que, no Brasil, os negros vivem, historicamente, situações sociais desfavoráveis, possuindo menor escolaridade e menores salários. Quando se compara a inserção no mercado de trabalho de homens brancos e negros, verifica-se que as piores funções e as atividades menos qualificadas são reservadas aos negros. Mulheres e homens negros residem em áreas periféricas das cidades e têm menor acesso a serviços como saneamento básico (Barbosa, 1998; Batista et al, 2004).

Estes dados, somados aos apresentados pela Dra Felícia Madeira sobre a realidade do Estado de São Paulo, mostram a inexistência da democracia racial e, ao mesmo tempo, evidenciam o preconceito e a discriminação.

*A saúde, em uma perspectiva sociológica, não é uma manifestação individual, mas um processo social. É possível dizer que a saúde é um processo dinâmico pelo qual o indivíduo se constrói e caminha, processo que se inscreve no corpo, na pessoa, nas marcas do trabalho, nas condições de vida, nos acontecimentos, nas dores, no prazer, no sofrimento e em tudo o que constitui uma história individual na sua singularidade, mas também a história coletiva pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se insere*  
Thébaud-Mony, 2000

---

Luis Eduardo Batista é sociólogo, mestre e doutor em Sociologia. Pesquisador do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde SP, representante da SES no Conselho Estadual da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, representante da SES na Comissão de Ações Afirmativas do Estado de São Paulo e pesquisador do Núcleo Negro da UNESP para Pesquisa e Extensão – NUPE.

Considerar o processo saúde-doença numa perspectiva sociológica, como propõe Thébaud-Mony, possibilita analisar comparativamente o perfil da saúde de homens em relação às mulheres, brancos em relação à negros, discutir a construção social de gênero e raça/etnia e suas relações com o processo saúde, doença e morte.

Este trabalho tem como objetivo apontar as diferenças entre os perfis de mortalidade dos homens e mulheres, pretos e brancos, residentes no Estado de São Paulo, com enfoque nas desigualdades raciais (Batista, 2002).

Para alcançar os objetivos do presente trabalho, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/Datasus), ano de 1999, fornecido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – FSeade. Foi analisada a mortalidade pelo grupo de causas de morte da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.

A taxa de mortalidade específica por sexo e raça/cor foi calculada pelo número de óbitos por grupos de causas e raça/cor dividido pela população de raça/cor específica multiplicado por 100 mil.

No atestado de óbito o critério para o preenchimento do quesito cor da pele é similar ao adotado pelo IBGE – preto, pardo, branco, amarelo e indígena. Neste trabalho, o termo negro significa a somatória de pretos e pardos ou a uma construção sociocultural – população negra – dependendo do contexto.

### Resultados

Quando se comparam as taxas de mortalidade, observa-se que os homens morrem mais que as mulheres e os pretos mais que os 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

---

<sup>1</sup> Denomino **Outros** a junção dos 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 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.



## Mortalidade adulta no Estado de São Paulo

homens brancos), 6.921 pretos (954 por 100 mil homens pretos), 23.073 outros<sup>1</sup> (528 por 100 mil homens pardos, amarelos e indígenas) e 18.452 óbitos masculinos cuja raça/cor foi ignorada. Comparando-se 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.

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 drogadição), doenças do aparelho

### Mortalidade masculina (por cem mil) segundo cor. ESP, 1999

CAPÍTULOS (CID 10)	Branco	Pretos	Outros
D. Inf. Parasitárias	36,25	67,28	30,36
Neoplasias	108,55	87,00	50,76
Transtornos Mentais	6,38	19,58	6,14
D. Ap. Circulatório	212,93	244,45	114,59
D. Ap. Respiratório	77,37	72,52	40,73
Causas Externas	136,23	274,37	183,03
<b>TOTAL</b>	<b>750,60</b>	<b>954,23</b>	<b>528,28</b>
n.	93.000	6.921	23.073

### Mortalidade feminina (por cem mil) segundo a cor. ESP, 1999.

CAPÍTULOS (CID 10)	Branca	Pretas	Outras
D. Inf. Parasitárias	19,30	31,01	16,11
Neoplasias	81,72	74,80	41,43
D. End. Nutr. Metab.	29,78	39,74	17,89
D. Ap. Circulatório	174,48	199,59	98,22
Grav., Parto e Puerperio	1,43	3,29	1,95
<b>TOTAL</b>	<b>481,31</b>	<b>517,021</b>	<b>285,01</b>
n.	64.512	4.085	12.155

circulatório (insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral), gravidez, parto, puerpério e causas externas. As mulheres brancas são mais vulneráveis às neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos, doenças do sistema nervoso, aparelho respiratório e afecções originárias do período perinatal.

#### **HIV/Aids**

Os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias são a sexta causa de morte no Estado: em 1999 foram 11.633 óbitos. De cada 100 mil pessoas, 32,37 morreram em função das doenças infecciosas. O HIV/Aids e a tuberculose são as principais causas de morte e nessas duas prevalece a mortalidade de homens e mulheres pretos. É estarrecedora a taxa de mortalidade por Aids entre homens e mulheres pretos: 25,92 e 11,39 por 100 mil para homens e mulheres respectivamente. Os dados mostram que além de feminilizar, prole-tarizar e pauperizar, a Aids está enegrecendo. A inexistência de dados confiáveis antes de 1999 dificulta saber qual o comportamento da epidemia no decorrer dos anos.

Quando pensamos que o acesso aos anti-retrovirais reduz a mortalidade por Aids, será que brancos e pretos possuem o mesmo acesso aos medicamentos? Será que possuem igual acesso à informação e aos meios de prevenção e diagnóstico?

Estudos futuros acompanhando o perfil da mortalidade por Aids se fazem necessários.

#### **Neoplasias**

Os óbitos por neoplasias são a segunda causa de morte no Estado de São Paulo. Quando comparei a taxa de mortalidade segundo o sexo e a cor constatei que ela é maior entre os homens brancos (108,55 por 100 mil) seguidos pelos homens pretos, mulheres brancas, mulheres pretas, homens e mulheres pardas, amarelas e indígenas.

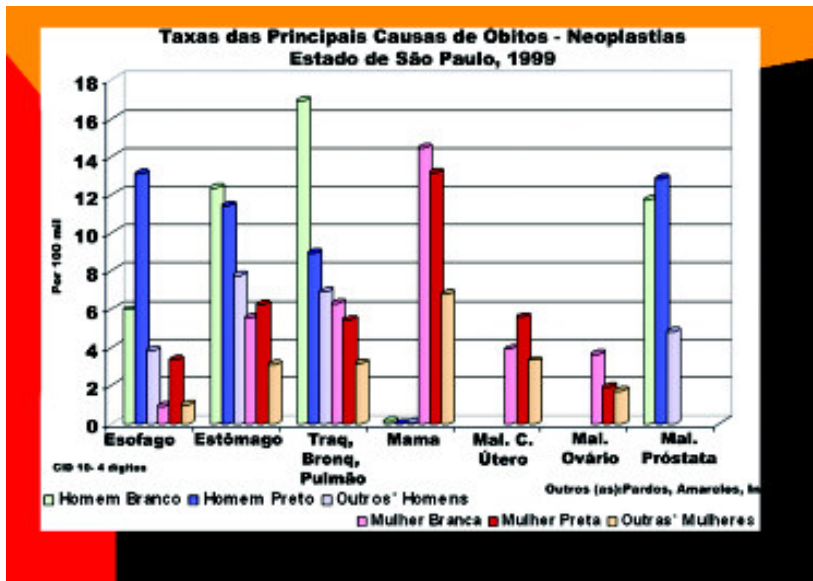
Há uma maior taxa de óbitos dos homens brancos por câncer de pulmão e estômago. Nas mulheres, o câncer de colo de útero e mama prevalecem. Se a taxa de óbitos por câncer de mama é maior entre as mulheres brancas, o câncer de colo de útero prevalece entre as mulheres pretas.

Sabe-se que em populações com melhores condições sociais e econômicas, o câncer de mama é predominante, em contraste com a

## Mortalidade adulta no Estado de São Paulo

alta frequência do câncer de colo do útero e de útero sem local especificado, que se encontra nas populações com piores condições de vida (Berquó, Araújo e Sorrentino, 1996).

Um dado merece ser melhor investigado: é a maior mortalidade dos pretos (homens e mulheres) por câncer de esôfago. Suas taxas de mortalidade são mais do que o dobro das dos brancos. Seria a ingestão de álcool um fator? O tipo de alimentação? O que explica a maior mortalidade dos pretos por câncer de esôfago?



Os diferenciais de mortalidade por neoplasias verificados entre os brancos e pretos revelam o local que cada um deles ocupa na sociedade; os diferentes tipos de exposições a que estão submetidos homens e mulheres, brancos e pretos; as diferenças no acesso aos serviços de saúde; a qualidade da atenção. Todos esses fatores determinam o tempo de sobrevivência dos pretos após diagnóstico do câncer - a precariedade da organização dos serviços de saúde, a falta de acesso a exames preventivos - podem ser identificados como os principais diferenciais na mortalidade por câncer no Estado. Nesse sentido, o estudo aponta as mulheres negras como as maiores vítimas do câncer de colo uterino, provavelmente devido ao modo como os serviços de

saúde estão organizados, a falta de acesso a exames preventivos e a qualidade do atendimento prestado.

#### **Morte materna**

A mortalidade materna foi calculada pela razão entre o número de óbitos femininos ocorridos na gravidez, parto e puerpério, pelo número de nascidos vivos segundo a cor, multiplicada por 100 mil.

Ocorreram, no ano de 1999, 349 óbitos maternos no Estado (47,81 por 100 mil nascidos vivos), sendo que as mortes por causas obstétricas diretas são as principais causas de morte. Em números absolutos, a mortalidade é maior entre as mulheres brancas, quando comparado com as mulheres pretas e outras. Mas ao analisar a razão, constatei que a mortalidade materna das mulheres pretas supera a das mulheres brancas em 6,4 vezes.

O folheto Mortalidade Materna da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, distribuído pela Rede em 28 de maio de 2002, afirma que:

- pesquisas sobre morte de mulheres por problemas de gestação, abortos, parto e pós-parto comprovam que a má qualidade da assistência à saúde no país é a principal responsável pelas elevadas taxas de mortes materna – mortes que poderiam ser evitadas;
- estima-se que o coeficiente de mortalidade materna gire em torno de 130 mortes por 100 mil nascidos vivos por ano no Brasil;
- estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da UNICEF registram taxas de 10 mortes por 100 mil nascidos vivos em países da Europa e da América do Norte;
- a doença hipertensiva – maior causa de mortalidade materna – sinaliza problemas na qualidade da assistência no pré-natal e na ocasião do parto. As hemorragias também estão associadas à qualidade do atendimento;
- aproximadamente um milhão de mulheres recorrem ao aborto todos os anos. A interrupção da gravidez constitui a quinta maior causa de internação na rede pública;
- necessidade das mulheres receberem acompanhamento digno durante a gestação;
- mesmo com as centrais de leitos/vagas ainda é grande (15%) a peregrinação das mulheres por hospitais em busca de um lugar para terem seus filhos;

- são necessários mais investimentos para melhor integração entre os serviços de pré-natal e atenção ao parto;
- a causas e responsabilidades pela morte materna associam-se à falta de assistência digna, à negligência – desde o não atendimento até a má qualidade do serviço – ao despreparo dos hospitais, dos profissionais e à desorganização na distribuição (da assistência obstétrica) dos leitos hospitalares.

O sub-registro do número de crianças nascidas vivas e a dificuldade de saber se uma criança ao nascer é branca, parda ou preta pode ser interpretada como um problema no cálculo da mortalidade materna. Reconheço que para se estudar a mortalidade materna segundo a cor é necessário ter uma boa qualidade de dois registros, a saber: o atestado de óbito e a declaração de nascidos vivos. Há uma melhora no preenchimento do item cor nos atestados de óbitos, mas na declaração de nascidos vivos o mesmo não acontece. No Estado de São Paulo em 1999, 30% das declarações não tinham a cor do recém nascido, e no ano 2000 esse percentual é de 26%.

Quero com isso dizer que a qualidade dos dados de nascidos vivos ainda não é boa, o que dificulta calcularmos as taxas de mortalidade infantil e materna. Os dados apresentados aqui ainda precisam ser melhor qualificados, mas eles dão sinais de que há maior dificuldade das mulheres pretas ao acesso e assistência adequada para fazer um pré-natal e ter um filho. Nesse sentido, a morte materna segundo a raça/cor não mostra apenas as desigualdades existentes no interior da sociedade, elas também demarcam o descaso e o desrespeito para com as mulheres negras (Batista, 2003).

Os dados do estudo apenas ressaltam o que o movimento de mulheres negras vem denunciando há anos: “**a morte tem cor**”.

Enfim, o estudo evidencia:

A inserção social desqualificada, que nega o direito e o acesso a bens e consumos sociais da população negra determina condições especiais de vulnerabilidade social, individual e programática deste segmento populacional;

A discriminação, o racismo e as desigualdades sociais contribuem para uma pior qualidade de vida dos negros na sociedade. Inserir a raça/cor como categoria de análise contribui não só para pensar nos

determinantes históricos e sociais das doenças e outros eventos da saúde, mas também para estudá-los e compreendê-los; para politizar e denunciar agravos; e para propor ações equitativas em saúde.


### Referências bibliográficas

- BARBOSA, M.I. da S. *Racismo e saúde*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.
- BATISTA, L. E. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista. Araraquara, 2002.
- BATISTA, L. E. Pode o estudo da mortalidade denunciar as desigualdades raciais? In: Barbosa, L.M. de A., Silva, P.B. G. , Silvério, V. R. (Org.). *De preto a Afro-descendente: trajetos de pesquisa sobre o negro, cultura negra e relações étnico-raciais no Brasil*. São Carlos: EdUFSCAR, 2003. p.243-260.
- BATISTA, L.E., Escuder MML & Pereira, JCR. A cor da morte: estudo de causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública* 38 (5), p.630-636, 2004.
- BERQUÓ, E.; Araujo, MJ de O. e Sorrentino, SR. *Fecundidade, saúde reprodutiva e pobreza na América Latina: o caso brasileiro*. 1996. Relatório de pesquisa..
- CASTELHANOS, P.L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas, p. 137-160. In RB Barata, ML Barreto, N Almeida Filho & RP Veras (orgs) - *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*. Ed. Fiocruz/Abrasco, Rio de Janeiro. 1997.
- THÉBAUD-MONY, A 2000. Trabalho e saúde na nova ordem econômica mundial. In: L Scavone & LE Batista (orgs.) - *Pesquisas de Gênero: entre o Público e o Privado*. Laboratório Editorial, Araraquara.

## Slides

**MORTALIDADE ADULTA NO ESTADO DE SÃO PAULO.**

**LUÍS EDUARDO BATISTA**  
 Instituto de Saúde – SES-SP  
 Conselho da Comunidade Negra  
 UNESP – Araraquara



### OBJETIVOS

Analisar comparativamente o perfil da mortalidade dos homens e mulheres pretos, residentes no Estado de São Paulo a partir de dados secundários e com enfoque na construção social de raça/cor e gênero.

### Nosologia das populações afro-brasileiras

Condições genéticas	Condições socioeconômicas	Condições ambientais	Evolução para doenças
Anemia falciforme Esferocitose hereditária Anemia falciforme Diabetes mellitus	Asma crônica Tuberculose Doença fígado Meningite Anemia hemolítica Osteoporose Doenças do trabalho Transtornos mentais Morte materna Doenças infecciosas	Hipertensão arterial Doença cardíaca Doenças coronárias Insuficiência renal crônica Gonorréia Moléstias	Crescimento Desenvolvimento Parto Envelhecimento

Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. 1999

### OBJETIVOS

Analisar comparativamente o perfil da mortalidade dos homens e mulheres pretos, residentes no Estado de São Paulo a partir de dados secundários e com enfoque na construção social de raça/cor e gênero.

### METODOLOGIA

ATESTADO DE ÓBITO – 1996-99  
 QUANTITATIVO

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS  
 QUALITATIVO

### METODOLOGIA

Tabela – Total e percentual de óbitos com cor ignorado  
 Estado de São Paulo, 1996-2000.

Ano	Homens		Mulheres	
	N	%	N	%
1996	122.919	87,0	81.560	87,5
1997	84.946	61,1	58.166	62,4
1998	29.260	21,1	21.540	23,3
1999	18.452	13,0	13.827	14,6
2000	9.193	6,5	7.057	7,3

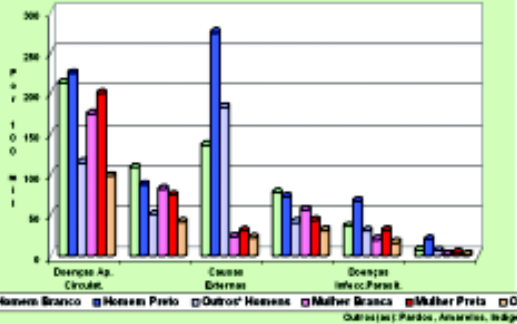
**Mortalidade masculina  
(por cem mil) segundo cor,  
ESP, 1999**

CAPÍTULOS (CID-10)	Branco	Pretos	Outros
D. Inf. Parasitárias	36,25	67,28	30,36
Neoplasias	108,55	87,00	50,76
Transtornos Mentais	6,38	19,58	6,14
D. Ap. Circulatório	212,93	244,45	114,59
D. Ap. Respiratório	77,37	72,52	40,73
Causas Externas	136,23	274,37	183,03
TOTAL	750,60	954,23	528,28
n	93.000	6.921	23.073

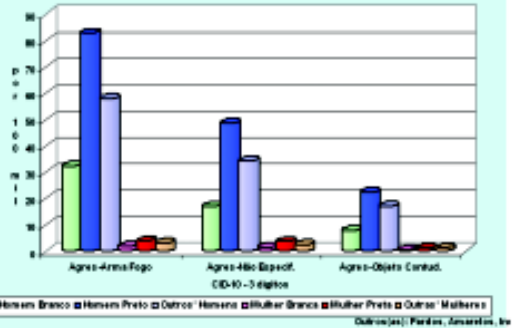
**Mortalidade feminina  
(por cem mil) segundo a cor,  
ESP, 1999.**

CAPÍTULOS (CID 10)	Branco	Pretas	Outras
D. Inf. Parasitárias	19,30	31,01	15,11
Neoplasias	81,72	74,80	41,43
D. End. Nutr. Metab.	29,78	39,74	17,89
D. Ap. Circulatório	174,68	199,59	98,22
Grav., Parto e Puerpério	1,43	3,29	1,95
TOTAL	481,31	517,021	285,01
n	64.512	4.085	12.155

Principais Causas de Óbito segundo Capitulos (CID-10)  
Estado de São Paulo, 1999.

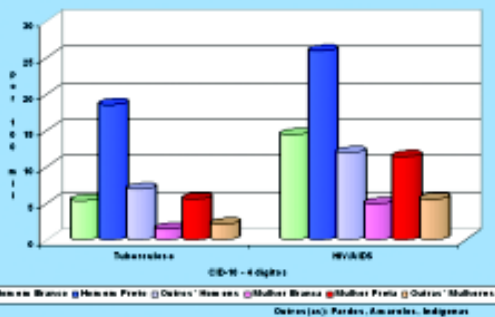


Taxa das Principais Causas de Óbito (CID-10 - 3 dígitos)  
Estado de São Paulo, 1999



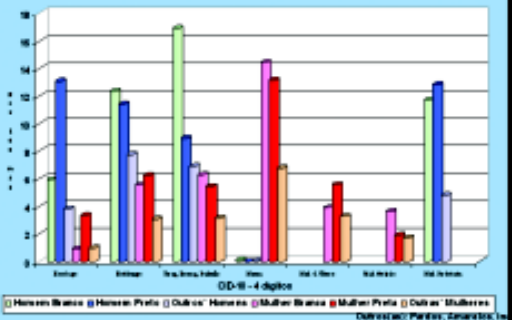
**CAPÍTULOS SELECIONADOS**

Taxa das principais causas de óbitos das Doenças Infecciosas e Parasitárias, segundo sexo e raça/etnia. Estado de São Paulo, 1999.



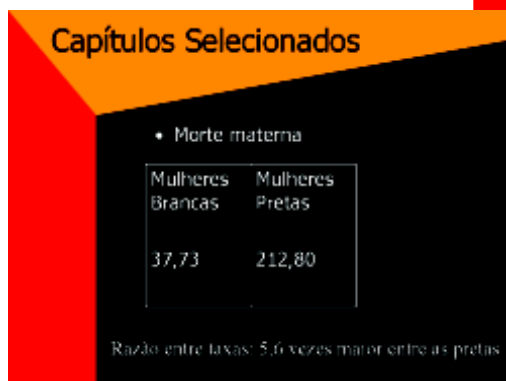
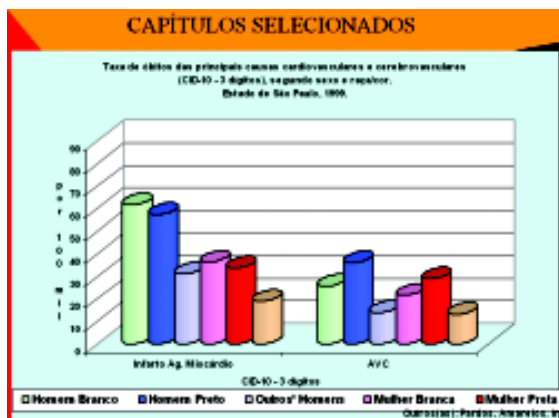
**CAPÍTULOS SELECIONADOS**

Taxa das Principais Causas de Óbitos do Capítulo 8 - Hospitais  
Estado de São Paulo, 1999.





## Mortalidade adulta no Estado de São Paulo



**A FALA DOS ESPECIALISTAS**

**TUBERCULOSE**

- Mais homens.
- Excluídos da sociedade.
- Alcoolismo.
- Estudar as causas básicas que levam a tuberculose entre os pretos pode ser um bom tema para pesquisas futuras.

**A FALA DOS ESPECIALISTAS**

**HIV Aids**

- Dificuldade dos negros de terem acesso aos serv. saúde.
- Qualidade do atendimento.
- Demorando para diagnosticar os Negros HIV -
- Letalidade (morrem mais rápido) e Sobrevivida dos negros.
- Mulher negra e a dificuldade de negociação.
- Direcionar campanhas educativas para os negros.

**A FALA DOS ESPECIALISTAS**

**NEOPLASIAS**

- Dificuldade dos negros de terem acesso aos exames.
- Qualidade de vida.
- Tipo de alimentação.

**A FALA DOS ESPECIALISTAS**

**DIABETES MELLITUS DO TIPO 2 (DM2)**

- Dificuldade dos negros de terem acesso aos serv. saúde.
- Obesidade.
- Tipo de alimentação.
- Dificuldade de acesso a medicação.
- Condições socioeconômicas.

## DENUNCIA

Dificuldade dos negros de terem acesso aos serviços de saúde.

Qualidade do atendimento.

Demorando para diagnosticar os Negros HIV +, hipertensos.

Letalidade e Sobrevida dos negros.

## O CAMINHO ....

Há relação entre exclusão social, vivenciada pelos negros de vários direitos sociais e o processo saúde, doença e morte.

Mostra a vulnerabilidade social, individual e programática dos negros.

## O CAMINHO ....

A discriminação, o racismo e as desigualdades sociais contribuem para uma pior qualidade de vida dos negros em nossa sociedade. Interfere na forma em que os negros morrem, foi captada aqui no indicador de mortalidade da população paulista.

## O CAMINHO...

Inserir a raça/cor como categoria de análise contribui para que (1) se pense/estude e entenda os determinantes históricos e sociais das doenças e outros eventos da saúde. (2) se politize e denuncie agravos.

LUÍS EDUARDO BATISTA  
ledu@isaude.sp.gov.br

Instituto de Saúde  
R. Santo Antônio, 590 - 2o. andar - Bela Vista  
01314-000 - São Paulo - SP  
(11) 3105 9047 - ramal 211/212





## Mortalidade infantil por raça/cor

**Estela Maria García de Pinto da Cunha**

A desigualdade em saúde é tema tradicional nas pesquisas epidemiológicas e se apresenta nas mais diversas dimensões: classes sociais, frações de classe, gênero, etnias/raças.

Contudo a variável “raça/cor” não foi suficientemente incorporada em estudos específicos sobre diferenciais em saúde, apesar de ser no Brasil um forte condicionante de grandes discrepâncias socioeconômicas, colocando a população negra numa posição altamente desvantajosa devido ao acúmulo de desigualdades.

As pesquisas do Núcleo de Estudos de População da UNICAMP apontaram para um diferencial sistemático na mortalidade de menores de um ano dependendo da raça/cor, apesar do controle das variáveis reconhecidas como condicionantes socioeconômicos desse evento. Estes estudos também constataram, no Brasil, um comportamento de declínio nos níveis das taxas de mortalidade infantil, entre a década de 70 e fim dos anos 90. Porém, ao introduzir na análise a raça/cor declarada pelas mães, observou-se que a redução se deu de forma desigual entre as raças através do tempo. Por exemplo, pode-se citar a diminuição de 43% do índice de mortalidade de menores de um ano na população declarada como branca, enquanto a redução deste fenômeno entre os negros foi sensivelmente menor neste período (25%). Ao analisar as Grandes Regiões de residência, observaram-se estes mesmos diferenciais, reafirmando a sujeição dos filhos de mães negras a níveis superiores de mortalidade infantil quando comparados aos de mães brancas.

---

Estela Maria García de Pinto da Cunha é socióloga, doutora em Saúde Coletiva (Epidemiologia) pela FCM- UNICAMP. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NEPO), UNICAMP.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Mortalidade Infantil segundo Raça/Cor  
Grandes Regiões  
1993

anos	Branca		Negra		Total	
	87	93	87	93	87	93
C- OESTE	36	28	47	42	42	26
NORDESTE	78	68	93	96	66	61
NORTE	53	*	61	*	59	*
SUDESTE	35	25	52	43	42	26
SUL	34	28	55	39	37	23

Fonte: F.IBGE, PNAD 1993. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

Ao aplicar modelos de regressão múltipla para estudar o efeito de variáveis identificadas como condicionantes da morte de menores de um ano e concernentes às características dos nascidos vivos, notou-se que os *escores* APGAR<sup>1</sup> e peso ao nascer se apresentam como os mais significa-

tivos, seguindo em ordem de importância as variáveis ligadas às condições socioeconômicas da mãe e do período gravídico, como a instrução, tipo de gestação, tipo de parto ou número de consultas no atendimento pré-natal, todos também com coeficientes negativos. A raça/cor também se destacou como um fator que interfere na proba-

Porcentagem de óbitos infantis por idade  
segundo raça/cor  
Brasil- Grandes Regiões  
2000

	Branca (%)				Negra (%)			
	até 1 d.	até 7 d.	até 28 d.	28 d. até 1 ano	até 1 d.	até 7 d.	até 28 d.	28 d. até 1 ano
Brasil	21	28	15	36	20	27	13	41
Norte	17	29	13	42	20	31	12	37
Nordeste	16	25	13	47	19	25	11	44
Sudeste	23	29	16	32	22	26	14	38
Sul	22	28	14	36	23	23	13	41
Centro-Oeste	22	28	17	34	20	25	16	39

Fonte: SIM, 2000. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

<sup>1</sup> APGAR: Índice de vitalidade do Recém Nascido (RN)

## Mortalidade infantil por raça/cor

bilidade 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.

Tabela 3 Porcentagem de óbitos infantis segundo idade por raça/cor  
Brasil – Grandes Regiões, 2000.

Região	Branca			Negra		
	Neonatal		Pós-Neonatal	Neonatal		Pós-Neonatal
	Precoce	Tardia		Precoce	Tardia	
Brasil	47,5	15,9	36,5	45,3	13,7	41,1
Norte	43,1	14,7	41,2	49,7	12,8	37,5
Nordeste	39,0	13,7	47,3	42,9	12,2	44,9
Sudeste	50,5	17,1	32,4	46,2	15,6	38,2
Sul	48,4	14,7	36,9	45,0	13,4	41,7
Centro-Oeste	48,4	17,9	33,7	43,7	17,3	39,0

Fonte: SIM 2000, Tabulações Especiais NEPO/UNICAMP

A tabela abaixo permite constatar, para o total do país, proporções mais elevadas de óbitos ocorridos nos primeiros dias de vida, entre aqueles declarados como brancos quando comparados com os

Causas de Morte dos Menores de um ano (%), segundo raça/cor  
Brasil-Grandes Regiões  
2000

Causa de Morte	Branca		Preta	
	Evitáveis	Não Evitáveis	Evitáveis	Não Evitáveis
Brasil	81	19	84	16
Norte	84	16	88	12
Nordeste	86	14	87	13
Sudeste	80	20	83	17
Sul	80	20	79	21
Centro-Oeste	80	20	93	7

Fonte: SIM, 2000, Tabulações Especiais NEPO/unicamp

negros. Em geral, este comportamento se repete em regiões com níveis comparativamente mais baixos de mortalidade de menores de um ano, como o caso do Sudeste e Sul do país. Nas outras regiões observa-se que o peso proporci-

onal de mortes no período pós-neonatal – desde os 28 até os 364 dias de vida – é maior entre a população declarada como pertencente à raça/cor negra.

A maior concentração de mortes pós-neonatais aponta para piores condições ambientais e materiais de vida e menor acesso a serviços básicos – seja de infra-estrutura de saneamento, como de saúde – fatores que estariam provocando mortes por causas altamente evitáveis.

Ao agrupar as causas de morte em evitáveis e não evitáveis segundo a classificação proposta por Ortiz e Santos (1996), observa-se uma distribuição percentual relativamente similar segundo a raça/cor do óbito sem diferenças estatisticamente significativas.

Contudo é possível constatar uma leve diferença entre as mortes de menores negros de um ano, cujos valores são mais altos nas causas consideradas como evitáveis: 84% contra 81% nos óbitos brancos.

Analisando-se as causas de morte, segundo os Grandes Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID X) – desconsiderando o capítulo de causas mal definidas – pode-se obter um panorama do perfil epidemiológico das crianças com menos de um ano de idade.

Os resultados mostram uma primeira causa de morte comum a ambos os grupos populacionais, aproximadamente 63% das mortes ocorrem por afecções originadas no período perinatal.

O segundo grupo apresenta valores díspares entre as mortes de crianças brancas e negras. Assim, enquanto os menores de um ano declarados como brancos apresentam 17% das mortes por malformação congênita e anomalias cromossômicas, entre os negros, 13% sofrem de mortes provocadas por doenças infecciosas e parasitárias, colocando-se, desse modo, como segundo grupo de causas de morte.

Como terceiro grande grupo, entre as crianças brancas, com 9% do total das mortes, surgem as doenças do aparelho respiratório, ocupando a mesma posição entre os óbitos negros junto com a malformação congênita.

Por último, cabe destacar que as causas externas aparecem entre os cinco principais grupos de causas de morte para os menores de um ano declarados como brancos. Entretanto, para os negros, essa mesma posição relativa é ocupada pelo grupo de doenças endócrinas,

## Mortalidade infantil por raça/cor

nutricionais e metabólicas, representando 4% do total de óbitos dessa categoria de cor.

Uma outra diferença que é importante ressaltar entre as características dos nascidos vivos, segundo a raça, diz respeito ao peso ao nascer que funcionaria como um forte condicionante da mortalidade dessas crianças antes de completar o primeiro ano de vida.

Observa-se na tabela abaixo uma maior prevalência de negros com baixo peso ao nascer em quase todas as regiões do país, chegando a uma diferença de 20% no Norte e Nordeste.

Tabela 5 Percentagem de Nascidos Vivos segundo Peso ao Nascer por raça/cor. Brasil - Grandes Regiões, 2000.

Região	Branca			Negra		
	até 2,5 kg	2,5 a 3,5 kg	3,5 ou mais	até 2,5 kg	2,5 a 3,5 kg	3,5 ou mais
Brasil	7,5	63,6	28,9	7,6	62,3	30,1
Norte	5,2	57,8	36,9	6,5	60,5	33
Nordeste	5,7	58,2	36,2	7,1	60,4	32,5
Sudeste	8,2	66,0	25,8	9,1	65,8	25,1
Sul	8,0	63,4	28,5	9,6	63,8	26,6
Centro-nordeste	6,2	63,7	30,1	7,5	64,5	27,9

Fonte: SINASC 2000. Tabulações Especiais NEPO/UNICAMP

Esta constatação reforça os resultados encontrados na literatura internacional que mostram maior prevalência de nascimentos com peso inferior a 2.500 gramas entre negros (Blackmore, C. A., 1993; Hamvas, A. e Mallinckrodt, E., 2000).

As informações aqui trabalhadas não permitem reconhecer discrepâncias por raça nas proporções de filhos prematuros, o que leva a concluir que o peso ao nascer não estaria atuando como um fator diferencial de risco de morte.

Com relação ao local de ocorrência do parto, entre os registros de nascidos vivos, segundo raça/cor, observaram-se diferenças, entre os brancos e os negros, -mesmo que não sejam de grande magnitude-, nos partos realizados em ambientes hospitalares. Há, proporcionalmente, um número maior de negros nascidos em locais considerados como estabelecimentos não hospitalares e/ou nos domicílios.

Na literatura internacional existem evidências de que a raça é um fator condicionante de acesso a serviços de saúde, sendo os brancos – em iguais condições materiais de vida – os que fazem maior uso deles e por mais tempo (Oliveira, F., 1999).

É possível notar a nítida falta de trabalhos nacionais que contemplem o recorte étnico/racial no estudo de diferenciais no acesso aos serviços de saúde e na sua respectiva utilização, sejam da rede básica e/ou dos serviços especializados.

Para realizar uma primeira aproximação deste tema, analisou-se a proporção de óbitos de menores de um ano que foram registrados com ou sem assistência médica. Observou-se uma diferença significativa segundo a raça/cor declarada, sendo menor a percentagem de negros que tiveram assistência médica na hora da morte. Este diferencial se apresenta em todas as regiões do país, apesar da heterogeneidade entre elas, sendo que as maiores diferenças foram observadas no Centro-Oeste e Sul do país.

A disponibilização de um inquérito populacional (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD 1998 ), contendo informações não só do quesito cor e das condições socioeconômicas como também de um conjunto de dados sobre acesso a serviços de saúde e uso deles, em âmbito nacional, permitiu realizar uma série de exercícios com a finalidade de explorar esta fonte de dados e traçar um diagnóstico do acesso e do uso, segundo raça, além de outras características socioeconômicas.

Uma primeira tabulação, realizada com as informações dessa PNAD, possibilitou verificar uma diferença significativa entre os menores de um ano, segundo a cobertura de planos de saúde. Assim, os dados permitem conferir que as crianças brancas apresentam uma cobertura 61% maior que a dos negros, sendo encontrado o mesmo valor, entre os residentes na região Sudeste. Apesar de assumir menores diferenças, nas outras grandes regiões, verificou-se



## Mortalidade infantil por raça/cor

ser maior a cobertura por planos de saúde das crianças brancas em relação às negras.

Como consequência dessa cobertura desigual de planos de saúde, observa-se uma maior concentração de menores de um ano brancos utilizando, habitualmente, consultórios médicos. Em contrapartida, uma maior porcentagem de crianças negras utilizam os postos de saúde e/ou ambulatórios hospitalares públicos.

Em resumo, as informações até aqui apresentadas para o Brasil permitem constatar uma posição altamente desvantajosa das crianças negras menores de um ano, quando comparadas com as brancas no que se refere a:

- níveis superiores de mortalidade infantil;
- aumento no diferencial dos níveis de mortalidade de menores de um ano declarados como negros e brancos através do tempo;
- diferenças raciais na composição da mortalidade infantil por idade, com aumento relativo nas idades mais avançadas para as crianças negras;
- diferenças raciais na composição da mortalidade infantil segundo os grandes capítulos de causas de morte e das causas classificadas como evitáveis e não evitáveis;
- cobertura desigual por raça/cor nos planos de saúde;
- diferenças no tipo de serviços de saúde a que as crianças negras e brancas têm acesso.

Continuando a mesma linha de pesquisa e considerando somente os registros correspondentes ao Estado de São Paulo, foram trabalhadas as informações provenientes das estatísticas vitais, coletadas pelo registro civil, para os anos 1997 e 1998. Os achados mostraram diferenças raciais em algumas características de nascimentos e óbitos de menores de um ano, que apontam tanto o impacto da condição socioeconômica do negro como a existência de outras especificidades desse grupo racial, que superam o fato de serem, na sua grande maioria, população pobre.

Em resumo, pode-se concluir que as informações trabalhadas até o momento reforçam achados que estariam sugerindo algumas especificidades da mortalidade infantil segundo raça/cor e que são sintetizados a seguir:

- Maior proporção de nascimentos de negros com menor núme-

ro de consultas pré-natal, apontando para a dificuldade de acesso a serviços de saúde durante 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;

- Maior proporção de óbitos infantis de negros provocados por doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias, ou seja, causas exógenas, sinalizando tanto diferenciais nos níveis de mortalidade como nas condições socioeconômicas, entre brancos e negros;

- Maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica, apontando mais uma vez para as condições socioeconômicas e dificuldades de acesso a serviços;

- Escores inferiores para as crianças negras no APGAR 1;

- Maior porcentagem de crianças negras com baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas, como diabetes e hipertensão, não controladas durante a gravidez, por acesso restrito aos serviços de saúde ou pela pior qualidade desses serviços utilizados pelas mães desse grupo;

- Maior proporção de nascimentos de negros de mães múltiparas, apontando para diferenciais de fecundidade.

### 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. (organizador). **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A Evolução do País e de suas Doenças**. Hucitec. NUPENS/USP. São Paulo, 1995.

BLACKMORE, C. A., **A. et al. Is race a risk factor or a risk marker for preterm delivery?** *Ethn Dis.*, v.3, n.4, 1993.

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, ABRASCO, v.5, n.1, 2000. (Qualidade de vida e saúde)

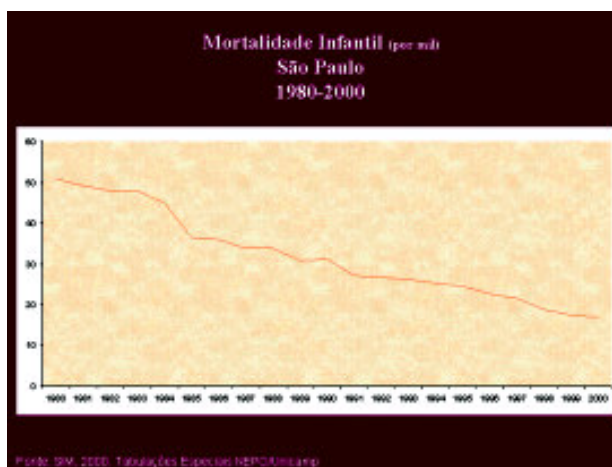
## Mortalidade infantil por raça/cor

- CUNHA, E. M. G. P. **Condicionantes da Mortalidade Infantil segundo Raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998**. Tese (Doutorado) UNICAMP, Campinas, S.Paulo, 2001
- \_\_\_\_\_. Raça: aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? In: BARATA, R. B. et al (orgs.). **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)
- HAMVAS, A. e MALLINCKRODT, E. **Disparate outcomes for very low birth weight infants: genetics, environment, or both?** Journal Pediatric, v.136, 2000.
- 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.
- ORTIZ, L.P., SANTOS, J.L.F. A Mortalidade Infantil segundo causas evitáveis: Instrumento de Avaliação de Ações de Saúde. In: **Anais 10º Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 1996; out. 7-11; Caxambu, Brasil.

Slides

MORTALIDADE INFANTIL  
POR RAÇA/COR

Carla H. Garcia P. de Castro  
16/04/2004



Mortalidade Infantil segundo Raça/Cor (por mil nascidos vivos)  
BRASIL - 1977-1993

	BRANCA	NEGRA*	TOTAL
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993**	37	62	37

Fonte: IBGE/2000, DEMOGRAFIA/IBGE/1987, 1991, PNAD 1991, 1993;  
TABULAÇÕES ESPECIAIS NEPO/ANUÁRIO.

\* Considera-se a população classificada como Preta e Parda.

\*\* Estimativa do IBGE, I. de Castro, 2003. Tabulações Especiais NEPO/Anuário, p. 2028, 2003.

Mortalidade Infantil segundo raça/cor (por mil nascidos vivos)  
São Paulo  
1960-1996

	Branca	Negra
1960	81	109
1977	74	95
1996	21	27

Fonte: F. IBGE, Censos Demográficos 1960, 1980, 2000-Tabulações Especiais NEPO/Anuário.

Mortalidade Infantil segundo Raça/Cor  
Grandes Regiões  
1993

anos	Branca		Negra		Total	
	87	93	87	93	87	93
C- OESTE	36	28	47	42	42	26
NORDESTE	78	68	93	96	66	61
NORTE	53	*	61	*	59	*
SUDESTE	35	25	52	43	42	26
SUL	34	28	55	39	37	23

Fonte: F. IBGE, PNAD 1993, Tabulações Especiais NEPO/Anuário.

Porcentagem de óbitos de menores de um ano com informação ignorada  
Brasil-Grandes Regiões  
2003

	Raça/Cor	Idade Mãe	Instrução da Mãe	Causa de Morte
Brasil	16	38	49	12
Norte	18	24	38	18
Nordeste	30	43	51	22
Sudeste	11	41	55	8
Sul	8	31	40	7
Centro-Oeste	15	38	47	6

Fonte: IBGE, 2003. Tabulações Especiais NEPO/Anuário.

## Mortalidade infantil por raça/cor

**Causas de Morte dos Menores de um ano (%), segundo raça/cor  
Brasil-Grandes Regiões  
2000**

Causa de Morte	Branca		Preta	
	Evitáveis	Não Evitáveis	Evitáveis	Não Evitáveis
Brasil	81	19	84	16
Norte	84	16	88	12
Nordeste	86	14	87	13
Sudeste	80	20	83	17
Sul	80	20	79	21
Centro-Oeste	80	20	93	7

Fonte: IBR, 2000. Tabulação Especial NEPO/Anicamp

**Distribuição dos óbitos infantis segundo idade e raça/cor  
Região Sudeste  
2000**

	Absolutos		%	
	Branca	Negra	Branca	Negra
Neonatal	8848	3392	68	62
Precoce	6813	2616	52	48
Tardia	2035	777	16	14
Pós-neonatal	4175	2062	32	38
	13023	5454		

Fonte: IBR, 2000. Tabulação Especial NEPO/Anicamp

**Porcentagem de óbitos infantis por idade  
segundo raça/cor  
Brasil - Grandes Regiões  
2000**

	Branca (%)				Negra (%)			
	até 1d.	até 7d.	até 28 d.	até 1 ano	até 1d.	até 7d.	até 28 d.	até 1 ano
Brasil	21	28	15	36	20	27	13	41
Norte	17	26	13	42	20	31	12	37
Nordeste	16	26	13	47	19	26	11	44
Sudeste	23	29	16	32	22	28	14	38
Sul	22	28	14	36	23	23	13	41
Centro-Oeste	22	28	17	34	20	26	16	39

Fonte: IBR, 2000. Tabulação Especial NEPO/Anicamp

**Porcentagem de óbitos de menores de um ano sem  
declaração de raça/cor  
São Paulo  
2000**

1996	86
1997	64
1998	29
1999	20
2000	11

Fonte: IBR, 2000. Tabulação Especial NEPO/Anicamp

**Distribuição dos óbitos infantis segundo idade e raça/cor  
Brasil - 2000**

	Absolutos		%	
	Branca	Negra	Branca	Negra
Neonatal	16992	11030	64	59
Precoce	13096	8701	49	47
Tardia	3896	2329	15	13
Pós-neonatal	9626	7570	38	41
	26618	18600		

Fonte: IBR, 2000. Tabulação Especial NEPO/Anicamp

**Óbitos infantis segundo idade por raça/cor  
São Paulo  
2000**

	Branca	Negra	
Neonatal	Precoce	51	47
	Tardia	19	15
Posneonatal	30	38	

Fonte: IBR, 2000. Tabulação Especial NEPO/Anicamp

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Mortalidade proporcional por Grandes Capítulos de Causas de morte (CID X) segundo raça/cor São Paulo 2000

	Branca		Negra	
	Absolut	%	Absolut	%
Afeções período perinatal	3210	70,2	709	68,4
Malformações congênitas, anomom	540	14	128	12,4
Doenças infecciosas e parasitárias	192	4,2	49	4,7
Doenças do aparelho respiratório	257	5,6	73	7
Outras Causas	273	6	77	7,4
Total	4572	100	1036	100

Fonte: São 2000. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

Proporção de Nascimentos por APGAR 1, segundo raça/cor São Paulo 2000

	Branca	Negra
0-3	1,8	2,3
4-7	15,4	16,6
8-10	82,8	81,0

Fonte: SINASC/DATASUS/FNSMS, 2000. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

Porcentagem de Informação mal definida no SINASC Brasil-Grandes Regiões 2000

	Raça/Cor	Consultas Pré-Natal	Peso ao Nascer	Idade Gestacional
Brasil	13	4	0,8	1,3
Norte	3	3	1,1	1,3
Nordeste	14	6	1,2	1,3
Sudeste	18	3	0,8	1,7
Sul	2	1	0,2	0,4
Centro-Oeste	12	3	0,4	0,8

Fonte: SINASC, 2000. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

Porcentagem de crianças menores de um ano por raça/cor, segundo o serviço médico procurado Brasil 1998

	Branca	Negra
Farmácia	1	1
Posto Saúde	45	53
Consultório Particular	24	8
Pronto Socorro	3	3
Ambulatorios	27	34

Fonte: PNOC - PNAD 98. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

Características dos Nascidos Vivos segundo raça/cor São Paulo 2000

	Branca				Negra			
	0	1-3	4-6	7+	0	1-3	4-6	7+
No. Consultas pré-natal	2	5	29	64	4	11	30	47
Peso ao Nascer (grms)	< 2,5	2,5-3,5	3,5+		< 2,5	2,5-3,5	3,5+	
	0	88	25		9	88	24	
Idade Gestacional (semanas)	até 36	37 - 41	42+		até 36	37 - 41	42+	
	7	82	1		7	81	1	
Local Ocorrência	Hospital	Outro	Domicílio		Hospital	Outro	Domicílio	
	99,1	0,3	0,1		99,2	0,8	0,3	

Fonte: SINASC/DATASUS/FNSMS, 2000. Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

## Mortalidade infantil por raça/cor

Utilização de Serviços de Saúde e Cobertura de Planos de Saúde dos menores de 1 ano segundo raça/cor  
São Paulo  
1998

	Branca	Negra
Farmácia	0	6
Posto ou Centro de Saúde	44	49
Consultório Particular	30	6
Ambulatório	22	23
Pronto Socorro ou Emergência	4	17
<b>Plano de Saúde</b>		
Sim	44	23
Não	56	77

Fonte: PNAD 98, Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

Porcentagem de crianças menores de um ano, com cobertura de planos de saúde, segundo raça/cor  
Brasil - Grandes Regiões  
1998

	Branca			Negra		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Brasil	73	50	54	27	50	46
Norte	50	35	37	50	65	63
Nordeste	53	36	38	47	64	62
Sudeste	73	55	62	21	45	38
Sul	89	82	84	11	18	16
Centro-Oes	64	49	52	36	51	48

Fonte: PNAD 98, Tabulações Especiais NEPO/Unicamp

- maior frequência de óbitos infantis com menor número de consultas durante o período gravídico;
- idade gestacional maior quando comparadas com as crianças brancas;
- elas nasceram com maior frequência por partos vaginais;
- menor proporção foram classificadas com scores altos no índice APOGAR medido no primeiro minuto de vida;
- maior percentagem nasceu de gravidezes múltiplas;
- maior frequência de óbitos infantis de mães multiparas;
- maior prevalência de óbitos infantis sem assistência médica;
- maior proporção de óbitos infantis com maior número de abortos declarados pelas mães;
- maior proporção de mortes de menores de um ano de mães com baixa escolaridade;
- maior prevalência de mortalidade pós-neonatal e, conseqüentemente, menor proporção de mortes neonatais, especialmente a precoce.



maira@nepo.unicamp.br

## I Seminário Saúde da População Negra 2004





# Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil<sup>1</sup>

**Fernanda Lopes**

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

Magno Souza e Maurílio de Oliveira

A proposta de realização do Projeto “Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade” surge da parceria técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/MS<sup>2</sup> e o Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (PCRI\_Saúde/DFID)<sup>3</sup>.

---

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

<sup>1</sup> A versão preliminar deste artigo integra o Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.

<sup>2</sup> Projeto 914BRA3002 - CONVÊNIO FUNASA/MS e UNESCO.

<sup>3</sup> O PCRI é formado por dois componentes: um que focaliza a ação municipal e o outro que focaliza ações em saúde. O Componente Saúde constitui-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado dentro do Ministério da Saúde, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal. O propósito é contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas efetivamente equitativas dentro do Sistema Único de Saúde. O Componente Municipal desenvolve suas atividades, prioritariamente, em estados da região Nordeste.

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

1. Redação de uma monografia sobre a situação de saúde da População Negra Brasileira;
2. Realização de estudos sobre diferenciais raciais:
  - a) No acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial<sup>4</sup>;
  - b) Na esperança de vida e de anos de vida perdidos<sup>5</sup>;
  - c) Nos perfis e estimativas de mortalidade infantil<sup>6</sup>;
  - d) Nas taxas de mortalidade apresentadas para a população adulta<sup>7</sup>;
  - e) Nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna<sup>8</sup>.
3. Elaboração de um artigo de revisão da literatura internacional sobre o impacto do racismo na saúde e sobre o modo como as necessidades e demandas dos grupos minorizados foram/são incorporadas às práticas e políticas de saúde em diferentes realidades sociopolíticas, a saber: Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá e África do Sul<sup>9</sup>;
4. Produção de informações sobre processo e resultado da implementação de políticas públicas de saúde com ênfase na promoção da equidade racial<sup>10</sup>.

Esse artigo contém uma revisão da literatura nacional sobre disparidades raciais em saúde, um sumário com alguns dos principais achados do Projeto **914BRA3002**, recomendações para ações, programas e projetos baseadas nos resultados da pesquisa e nas diretrizes e metas descritas no Plano Nacional de Saúde (segundo semestre de 2004).

---

<sup>4</sup> Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz.

<sup>5</sup> Autores: Marcelo Jorge de Paula Paixão, Luiz Marcelo Ferreira Carvano, Juares de Castro Oliveira, Leila Regina Ervatti.

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

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

<sup>8</sup> Autores: Alaerte Leandro Martins, Hélvio Bertolozzi Soares, Mirian Santos Paiva, Vânia Muniz Nequer Soares.

<sup>9</sup> Autora: Jurema Werneck.

<sup>10</sup> Autoras: Marta de Oliveira da Silva e Nataly Damasceno de Figueiredo.

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

### 1. Falando de saúde, doença e vulnerabilidades

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados.

**No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) pelo acesso que as pessoas e os coletivos têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais;
- b) pela liberdade de expressão, representação e decisão;
- c) pelos indicadores de saúde, educação e renda;
- d) pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria;
- e) pela participação dos grupos nas estruturas de governo; e

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

f) pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raça/cor, etnias, gênero, idade, orientação sexual e denominação religiosa.

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

#### 1.1.1 A cor da pobreza

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

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

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

A pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia. Esta afirmação, interpretada por alguns como esquizofrênica, está pautada em números tão cruéis quanto seu reflexo nos corpos e nas mentes de negros e negras, índios e índias<sup>11</sup>.

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

---

<sup>11</sup> Neste texto não serão abordadas questões relativas às condições de vida e saúde da população indígena.

metade das mulheres negras contra apenas 22,4% das mulheres brancas. Na indigência, a proporção de mulheres e homens negros foi cerca de 28% em 1992 e 22% em 2001, contudo este percentual foi 2,3 vezes maior quando comparado àquele apresentado para mulheres e homens brancos em 1992 e 2,6 vezes maior em 2001.

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

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

### 1.1.2 Aqui se vive com muito pouco

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

O baixo nível de renda, seja individual ou domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Para ilustrar tal situação destacamos o fato de que, em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até 1/2 salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação<sup>12</sup> (IBGE, 2000; Jaccoud e Beghin, 2002).

---

<sup>12</sup> De acordo com o IPEA e o IBGE são consideradas características indesejáveis: construção da habitação com material não durável; alta densidade; inadequação no sistema de saneamento e abastecimento de água; ausência de energia elétrica e coleta de lixo.

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

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

### 1.1.3 Escolaridade, ocupação e rendimentos

O fenômeno da pobreza torna-se algo crônico do Brasil, a baixa escolaridade da população como um todo dificulta tanto a inserção no mercado de trabalho formal e a obtenção de um emprego decente<sup>13</sup>. Em 1999, a taxa de alfabetização para a população negra foi de 13 pontos percentuais menores que para a população branca (78% *versus* 90%), sendo o maior índice educacional observado entre os homens brancos (0,887) e o menor entre os homens negros (0,753). As mulheres brancas tiveram o índice calculado em 0,877 e as negras, em 0,773 (Sant’Anna, 2001).

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

Quando se estuda mais, os ocupados e ocupadas deparam-se com o racismo e a discriminação racial em suas mais variadas formas, todas eficientes no que tange à exclusão: menores salários, menores chances de ascensão, menores proporções de cargos de chefia, empre-

---

<sup>13</sup> De acordo com o Organização Internacional do Trabalho (OIT), trabalho decente significa trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, e que seja capaz de garantir uma vida digna a todas as pessoas que dele dependem.

go em outras áreas que não aquela que se especializaram (INSPIR, 1999; Martins, 2001; NOP-FPA, 2003).

Segundo pesquisa realizada por Soares (2000), se houvesse o fim da discriminação, as mulheres negras ganhariam, em média, cerca de 60% mais; as brancas ganhariam em torno de 40% e os homens negros entre 10 e 25% mais, a depender do lugar ocupado na distribuição de renda. **No mundo do trabalho se paga um preço alto por ser negro e um preço muito mais alto por ser mulher e ter a pele negra**, e assim, a tese amplamente difundida de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à cor da pele vem sendo paulatinamente derrubada.

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

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

### 2.1 O conceito de Direitos Humanos

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

De acordo com Comparato (1999), os direitos humanos são definidos como um sistema de valores éticos, hierarquicamente organizados de acordo com o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização



do valor supremo da justiça. Segundo o autor, no decorrer da história, a compreensão de dignidade foi balizada pela dor física e pelo sofrimento moral de muitos e desencadeada pelo fenômeno ideológico. Em função disso, a exigência de condições sociais adequadas para a realização de todas as virtualidades do ser humano é intensificada pelo tempo e justificada pelos princípios de irreversibilidade e complementaridade solidária dos direitos já declarados.

## **2.2 A noção de raça**

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

Aqueles que defendem o uso do termo reiteram seu caráter mutável, plástico e afirmam que sua utilidade analítica está centrada, exatamente, na negação de uma fundamentação biológica e na confirmação de sua propriedade social e política plena (Fanon, 1983; Guimarães, 1995; Hasenbalg, 1996; Maggie, 1996; López, 2000a,b; Perea, 2000; Goodman, 2000; Delgado, 2000). De acordo com estes autores, **a utilização científica do 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 às características comuns apresentadas em virtude de uma mesma

ascendência. Desde o início do século XIX foram atribuídos vários outros sentidos ao termo “raça”, contudo, os componentes fenotípicos da ascendência atraíam a atenção das pessoas tão prontamente que elas não eram capazes de perceber que **a validade da raça como conceito dependia do seu emprego numa explicação.**

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

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

### **2.3 O conceito de racismo**

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui um significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas que justificam o tratamento desigual, ao grupo com padrões “desviantes”. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

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

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

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

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

### 2.3.1 Percorrendo as veias do racismo na América Latina

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

Apresentado no final do século XIX como a solução harmoniosa para o problema racial, o **ideal de branqueamento** tinha como meta a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca. No passado, assim como agora, **os sistemas baseados no embranquecimento admitem o deslocamento social lento, ao longo do contínuo de cor, de modo que sejam mais aceitos aqueles que mais se aproximam da brancura**, isto é, aos mestiços se oferece a ilusão de mobilidade e ascensão, enquanto aos pretos as únicas possibilidades oferecidas são a exclusão e a negação de sua auto-imagem. Embora muitos pardos tendam a se identificar como brancos e alguns pretos classifiquem-se como pardos, eles (os pretos) dificilmente poderão classificar-se como brancos, assim, a impossibilidade de ocupar outros lugares estabelece um limite e denuncia a permanência da dicotomia negro *versus* branco (Fanon, 1983; Guimarães, 1995; Hasenbalg, 1996).

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

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

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

### **3 Raça, racismo e saúde**

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

Para ilustrar tais experiências destacamos algumas pesquisas cujos resultados foram publicados recentemente. De acordo com Perpétuo (2000) e Chacham (2001), em 1996, as mulheres negras apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas

## **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**

completas e por consultas de pré-natal; menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao 4º mês de gravidez, receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e sobre a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. Em contrapartida, apresentaram maiores chances de ter o primeiro filho com 16 anos ou menos, de engravidar ainda que não queiram, de não receber assistência médica durante todo o período gravídico e/ou de não serem examinadas adequadamente.

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

Em termos locais, das 9633 puérperas atendidas em maternidades do município do Rio de Janeiro, entre julho de 1999 e março de 2000, mais negras que brancas relataram diagnóstico de doença hipertensiva e sífilis durante a gestação. Na avaliação quantitativa dos cuidados no pré-natal, a situação de inadequação foi comum para a maioria das mulheres negras. Além da inadequação do pré-natal, a peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as pretas, 28,8% entre as pardas e 18,5% entre as brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal em ambos os grupos, contudo, a proporção de puérperas que não tiveram acesso a este procedimento foi maior entre as pretas e pardas – 21,8% e 16,4% respectivamente. Todos os dados citados estão descritos no estudo realizado por Leal e col (2004).

### **3.1 Por que silenciamos frente à falta de sensibilidade dos cuidadores e cuidadoras?**

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

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

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

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

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

O preconceito<sup>14</sup> (in)consciente, a ignorância, a falta de atenção ou a aceitação de estereótipos racistas que colocam segmentos populacionais em desvantagem; a sub-representação de negros e indígenas entre os cuidadores de nível superior e a falta de “habilida-

---

<sup>14</sup> O preconceito entendido como uma idéia preconcebida, sem razão objetiva ou refletida, é uma posição psicológica que acentua sentimentos e atitudes endereçados a um grupo como um todo, ou a uma pessoa por ser membro daquele grupo (Munanga,1999).

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

de” para o manejo de questões relativas à raça ou etnia (incompetência cultural) corroboram para a elaboração de estratégias menos evidentes, porém eficientes, de discriminação racial ou étnica<sup>15</sup>, seja numa perspectiva individual, coletiva ou mesmo institucional.

**No caso da saúde, o uso da linguagem como meio de manutenção e legitimação das desigualdades sociais e raciais permite que sejam criados, cotidianamente, novos mecanismos para o não oferecimento de um serviço profissional, adequado e equânime.**

Do ponto de vista do usuário, são criados e recriados mecanismos para a não percepção ou não aceitação de atitudes negativas por parte dos profissionais. Enquanto aqueles simulam tratamento igualitário, estes fingem não perceber que estão sendo maltratados ou fingem não saber que não têm suas necessidades contempladas de forma satisfatória.

Dados da pesquisa nacional sobre Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo e Instituto Rosa Luxemburgo Stuffing em 2003, revelam que 3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Em sua maioria, o agente discriminador foi o médico e, ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro.

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

---

<sup>15</sup> Discriminação é a atitude ou ação de distinguir tendo por base idéias preconceituosas. É a manifestação comportamental que perpetua privilégios e desigualdades histórica e culturalmente aceitos (Munanga, 1999).

4,5% para os brancos e 5,4% para os negros; por parte do(a) clínico geral, 4,5% entre os brancos e 13,3% entre os negros.

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

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

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

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

Para ilustrar estas considerações trazemos a declaração do obstetra e ginecologista Bartolomeu Penteado Coelho, diretor da



## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) ao jornal Folha de São Paulo, em 26 de maio de 2002 (Petry, 2002). Ao ser questionado sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres puérperas entrevistadas por Leal e colaboradores o médico afirmou:

*Em alguns lugares, como na Baixada Fluminense [periferia do Rio de Janeiro], o atendimento nos hospitais públicos é ruim, não importa a cor da pessoa. Acontece que nesses lugares a maioria dos pacientes é pobre e grande parte deles é composta por negros. Como as gestantes negras são maioria, a pesquisa acaba concluindo que elas recebem um atendimento pior, quando, na verdade, as brancas é que são poucas.*

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

Outros exemplos de baixa qualidade do tratamento oferecido às mulheres negras foi registrado por Perpétuo (2000). Segundo a autora, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 deixaram nítidas as diferenças raciais presentes no cuidado oferecido às mulheres na área de saúde sexual e reprodutiva. A não realização de consultas ginecológicas completas<sup>16</sup>, a ausência de consultas de pré-natal, o número de consultas abaixo do preconizado

---

<sup>16</sup> A autora informa que, para mulheres com até 35 anos de idade, a consulta ginecológica completa deve incluir exame físico e coleta de material para a realização do exame de Papanicolau. Para as mulheres com 35 anos e mais, a consulta é considerada completa ao incluir mamografia, além do exame físico e coleta de esfregaço vaginal.

e o não oferecimento do exame ginecológico pós-parto estiveram estatisticamente associados à variável cor da pele, mesmo após ajuste e controle por nível de escolaridade e renda.

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

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

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

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

Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem observado uma tendência de redução significativa das taxas de mortalidade de menores de um ano, entretanto, é triste constatar que o diferencial racial se mantém e que, para os negros, a redução das taxas apresentou-se proporcionalmente menor: se para os brancos ela reduziu em 43%, para os negros a diminuição foi de apenas 25% - tabela 1 (Cunha, 2001).

Ainda em relação à mortalidade infantil, a autora refere-se ao fato de as desigualdades raciais terem se acentuado no decorrer dos anos. De acordo com os dados do Censo de 1980, a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos menores de 1 ano era de 21%. No transcurso de 10 anos este valor aumentou para 40%, ou seja, **os filhos de mães negras estiveram mais expostos aos riscos de adoecer e morrer que os filhos de mães brancas.** Os

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

**Mortalidade infantil segundo raça/cor (por mil nascidos vivos)  
Brasil, 1977-1993.**

	BRANCA	NEGRA*	TOTAL
<b>1977</b>	76	96	87
<b>1987</b>	43	72	58
<b>1993**</b>	37	62	37

Fonte: Censos Demográficos – 1980, 1991, PNAD 1995, IBGE. Tabulações especiais, NEPOUNICAMP. In: Cunha, 2001.

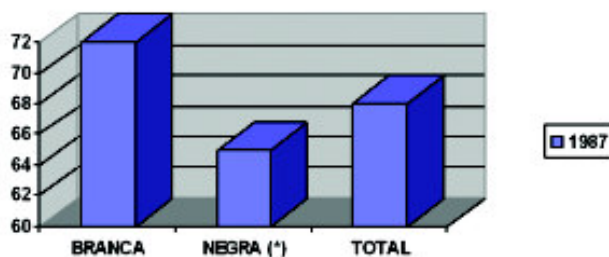
\*Considera-se a população classificada como parda e preta

\*\* Estimativas de Simões, C. e Cardoso, R. Indicadores Sociais Mínimos, IBGE, 1997.

13

diferenciais raciais estiveram presentes em todas as grandes regiões brasileiras, ressaltando que as mais gritantes disparidades foram observadas nas regiões Sul e Sudeste - 38% e 33%, respectivamente. Os filhos de mães negras da região Nordeste estiveram sujeitos a um risco 63% mais elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida quando comparados aos filhos de mães brancas, residentes na região Sul (Cunha, 2001).

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



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991. Tabulações especiais. In Cunha e Jakob (2004)

\* Considera-se a população classificada como parda e preta

1

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

A partir dos níveis de mortalidade infantil e assumindo um determinado padrão de mortalidade, é possível calcular o número médio de anos de expectativa de vida da população. A estimativa da expectativa de vida para o total da população, derivada de técnicas indiretas, é apresentada no Gráfico 1. De acordo com Cunha (1997), na década de 80, a estimativa girava em torno de 68 anos de idade (gráfico 1). Ao desagregar os dados por raça/cor foi possível observar que, enquanto os brancos atingiam uma expectativa de vida de 72 anos, os negros alcançaram 65 anos. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra – de sete anos – manteve-se quase constante desde a década de 1940 (Wood e Carvalho, 1994), a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral.

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

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

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

A = Cr\$ 1,00 a Cr\$ 150,00; B = Cr\$ 151,00 a Cr\$ 300,00; C = Cr\$ 301,00 a Cr\$ 500,00; D = Mais de Cr\$ 500,00  
\* Educação refere-se à escolaridade da mãe

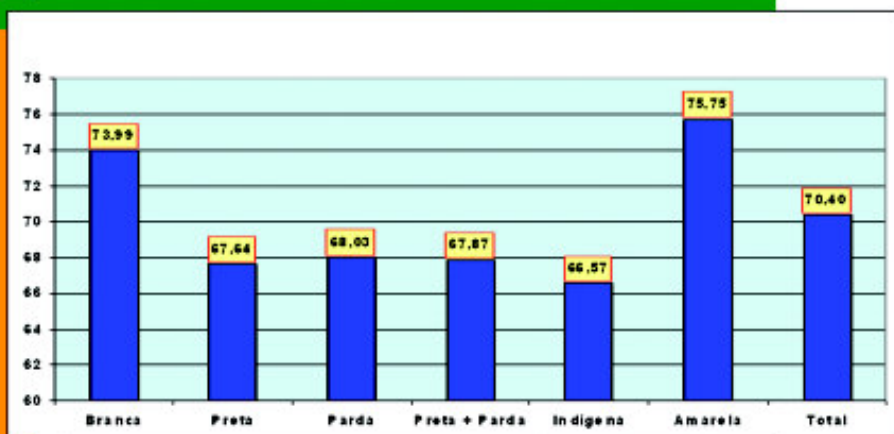
Fonte: Dados básicos: Censo Demográfico de 1980. In Wood & Carvalho (1994)

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

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

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

Esperança de vida ao nascer por raça/cor.  
Brasil, 2000.



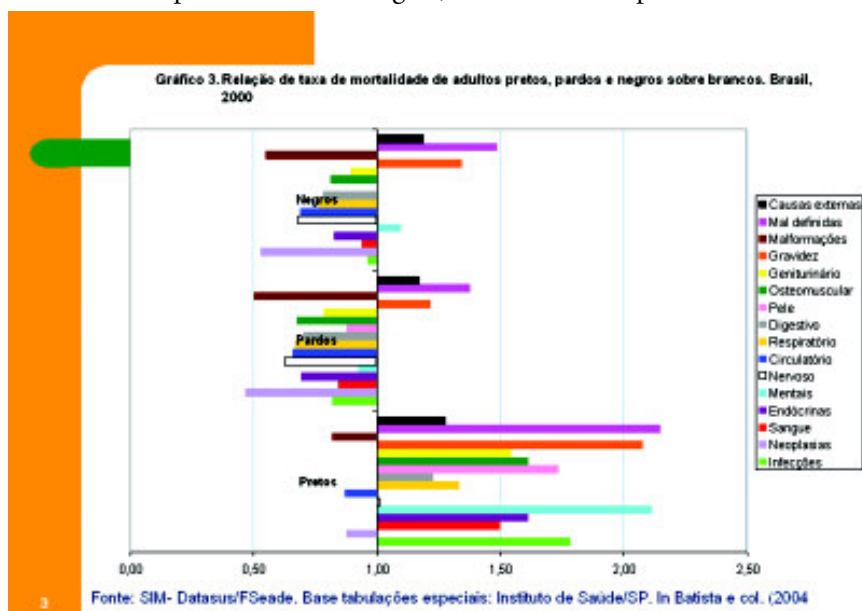
Fonte (dados básicos): IBGE, Censo Demográfico 2000.

Notas: (\*) Nos dados básicos, inclusive as mulheres sem declaração de Cor ou Raça, (\*\*) dados básicos sem significância estatística para produzir a estimativa.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

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

Os dados de Paixão e col (2004) também nos permitem observar que, para as mesmas patologias ou agravos, as vidas negras são subtraídas mais cedo, chamando-nos a atenção os anos perdidos de vida de mulheres e homens pretos no que diz respeito às causas mal definidas e às causas externas, mais especificamente homicídios<sup>17</sup>. As doenças infecciosas, em especial o HIV/AIDS e a tuberculose, embora assumam uma pequena porção no total de anos potenciais de vida perdidos tanto para brancos quanto para pardos e pretos, assumem maior impacto nas vidas negras, mormente nas pretas.



<sup>17</sup> Os autores afirmam que no triênio 1998-2000, ¼ dos óbitos declarados para os homens negros foram atribuídos às causas externas. Para os brancos o percentual foi de 16%. Dentre as causas externas os homicídios perfizeram um total de 48% para os homens negros e 34,4% para os brancos. O ataque com arma de fogo ou instrumento perfurocortante também foi mais freqüente nas declarações de óbitos de homens negros.

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

Ao analisar a mortalidade na idade adulta, agora partindo das taxas, Batista e col (2004) mostram que a mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos em quase todos os capítulos da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), exceto para as Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório e Malformações Congênitas. As taxas de morte para os pretos aparecem 2 vezes mais que para os brancos nos óbitos determinados por Doenças Mentais<sup>18</sup>; Gravidez, Parto e Puerpério e Causas Mal Definidas; mais de 50% maior nas Infecções, nas causas relacionadas ao Tecido Sangüíneo, Glândulas Endócrinas, Pele, Tecido Osteomuscular e Regiões Geniturinárias e menos de 50% maior nas Doenças do Sistema Nervoso, Digestivo, Respiratório e Causas Externas (gráfico 3).

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

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

1. Causas Externas - 32,14%
2. Doenças do Aparelho Circulatório - 20,11%
3. Causas Mal-definidas - 10,93%
4. Neoplasias - 10,83%
5. Doenças do Aparelho Digestivo - 6,80%
6. Doenças Infecciosas e Parasitárias - 6,19%

---

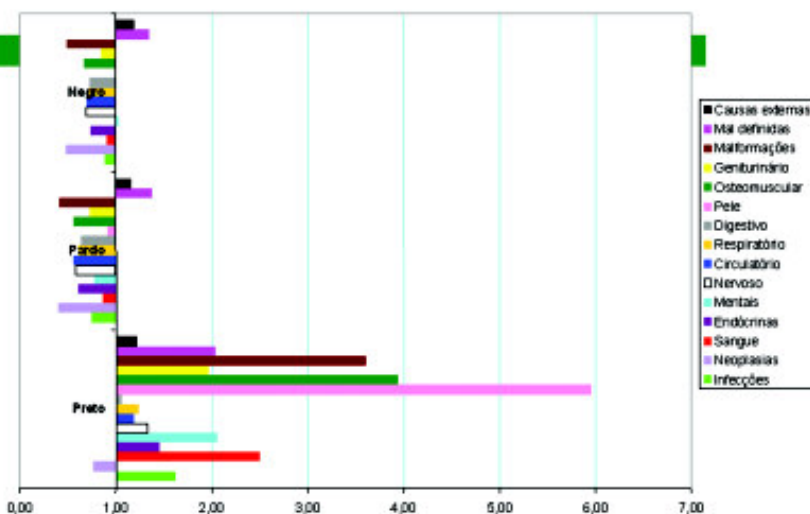
<sup>18</sup> As conseqüências indesejáveis do uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo a morte, têm afetado a vida da população negra, em especial os homens (Paixão e col, 2004; Batista e col 2004). Cabe aqui ressaltar que as maiores taxas de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais entre homens negros concentram-se nas regiões mais pobres, detentoras dos menores IDH, com maiores taxas de desemprego e/ou emprego informal, cabendo investimentos em ações intersetoriais.

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

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

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

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



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

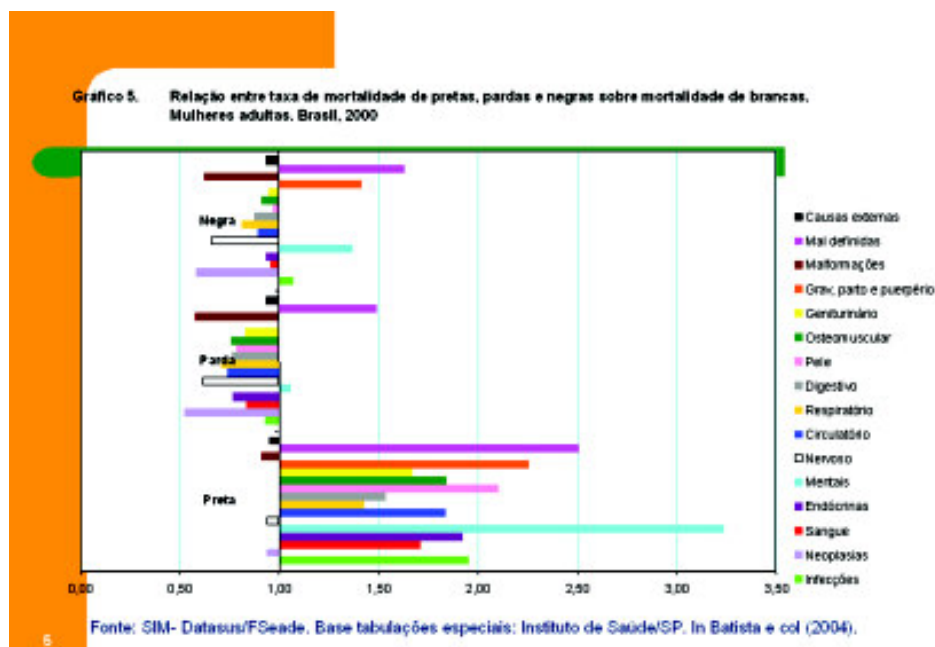


## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

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

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

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



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

### **4. A importância da competência cultural na promoção da saúde**

#### **4.1 Mortes maternas**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na CID-10, define morte materna como a *“morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou situação da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”*.

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

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

Entre as causas de mortes maternas, as principais relacionam-se às complicações de aborto. As complicações ligadas às condições

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

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

### 4.2 HIV/Aids

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

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

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

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

das brancas protegem-se utilizando preservativo, apenas 28% das negras o fazem (Pinho e col., 2002).

Em outra pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde, com o auxílio do IBOPE, observou-se que, para a população negra sexualmente ativa, de 14 anos e mais, o preço do preservativo é um dos principais impeditivos do uso. Para cada branco que citou o preço em primeiro lugar, existiram 2,2 negros. Para 45% desse grupo, o uso de preservativo em todas as relações faria diferença no orçamento contra 37,6% relatado pela população branca na mesma situação. Em função do ônus da compra em seu orçamento familiar, os negros dependem mais do serviço de saúde para obter o recurso preventivo, embora tenham menos conhecimento sobre a distribuição gratuita dos mesmos (MS/IBOPE, 2003). No mesmo estudo destaca-se o fato de a proporção de realização do teste anti-HIV ser maior entre os não-negros que entre os negros – 33,2% *versus* 27,1% (França Junior e col., 2003).

A falta de acesso aos recursos preventivos (teste e preservativo) ou a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade. Este cenário das múltiplas dimensões da vulnerabilidade é ilustrado com os dados do município de Porto Alegre: nos bairros em que se registrou o maior número de casos novos de Aids, mais de 80% da população se autodeclara negra (preta ou parda). No Estado de São Paulo, a análise de uma série histórica traçada para pacientes atendidos no Centro de Referência e Treinamento em DST-Aids, da Secretaria de Estado da Saúde, de 1980-2000, foi evidente o aumento do número de negros inscritos no serviço, bem como do percentual de óbitos entre os mesmos (CE- DST/AIDS, 2001). Ainda em São Paulo, Luppi (2002) observa que, entre as mulheres que buscaram realizar o teste anti-HIV num Centro de Testagem, a maioria que teve diagnóstico de infecção era negra.

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

## **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**

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

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

### **4.3 Promovendo a saúde da população negra de forma equânime**

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

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

Ao qualificar a vulnerabilidade como algo multidimensional, instável e assimétrico, faz-se urgente a intervenção sobre os fatores estruturais que determinaram ou determinam essa ou aquela condição de saúde. É necessário, pois, incorporar nas práticas individuais, nas ações programáticas e nas políticas, de forma efetiva e adequada, a diversidade cultural inter e intragrupos, as especificidades apresentadas por cada um, seja devido a sua origem geográfica, orientação sexual, religião, heranças culturais e étnicas, faixa etária, ao fato de portar alguma deficiência ou patologia específica, entre outras (Lopes, 2003; Cruz, 2004; Werneck, 2004).

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

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

#### **5. O Plano Nacional de Saúde**

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

## **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**

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

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

Os princípios constitutivos do PNS são:

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

O setor saúde, por sua complexidade, requer um instrumento que agregue o conjunto de políticas definidas no PNS e que considere as especificidades de cada região e estado brasileiros. Tendo como referência os objetivos estabelecidos, são fixadas diretrizes que indicam as prioridades. As prioridades são definidas segundo as necessidades da população, a caracterização epidemiológica dos problemas de saúde e a disponibilidade efetiva de recursos cognitivos e materiais

voltados para o enfrentamento do problema. Ao serem definidas as prioridades define-se, também, estratégias gerais a serem adotadas na consecução do Plano e as metas a serem alcançadas em cada parte do país (SE/MS, 2004).

As diretrizes e metas norteiam a definição das ações a serem implementadas, mas essas não são objetos do PNS. As ações que dão consequência prática às diretrizes do PNS são detalhadas nos instrumentos operacionais, nas programações anuais e/ou projetos específicos.

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

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

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

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



## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

### No tocante à informação em saúde

1. Inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços.
2. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para coleta da informação autodeclarada de raça/cor<sup>19</sup>, segundo as categorias do IBGE, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.
3. Utilização da raça/cor como categoria analítica na construção dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais<sup>20</sup>.
4. Inclusão do quesito raça/cor em todos os levantamentos/pesquisas epidemiológicas, sobretudo aquelas conduzidas/financiadas por organizações governamentais;
5. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para alimentação dos sistemas, processamento, análise e interpretação dos dados desagregados por raça/cor.
6. Investimentos em tecnologias de integração e compatibilização das diversas bases de dados existentes, na área social e da saúde.
7. Investimentos na criação de um sistema único de informação em saúde no qual figure o quesito raça/cor.
8. Avaliação e Monitoramento da qualidade da informação.

### No tocante à promoção da saúde

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

---

<sup>19</sup> Ver anexo I.

<sup>20</sup> Cabe aqui ressaltar que em 21 de maio de 2004 foi aprovada a inclusão da raça/cor, atividade econômica e ocupação como categorias analíticas na apresentação dos indicadores básicos de saúde, para além das categorias tradicionalmente utilizadas, tais como sexo, idade e escolaridade (decisão descrita em ata da reunião da OTI/RIPSA).

4. Desenvolvimento e aprimoramento dos indicadores de desigualdades e exclusão social originadas por fatores econômicos, de gênero, de raça, etnia, orientação sexual, idade, porte de necessidades especiais ou deficiências e denominação religiosa;

5. Utilizar os indicadores de desigualdades e exclusão social para a formulação e o desenvolvimento das macropolíticas econômicas e sociais, fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde;

6. Efetivação de parcerias intersetoriais e com a sociedade civil organizada para diminuição da vulnerabilidade social, especialmente no que diz respeito à educação, trabalho e emprego, qualificação profissional, habitação e moradia, saneamento básico, abastecimento público de água, transporte e segurança;

7. Garantia de criação e manutenção de espaços de reflexão sobre a situação do negro no Brasil, sobre as relações sociais estabelecidas entre negros e brancos, homens e mulheres nos vários estratos socioeconômicos, nos vários momentos da vida, nos espaços públicos e privados e seu impacto na saúde;

8. Elaboração e implementação de estratégias que devolvam aos sujeitos as características de cordialidade e afetividade, que fortaleçam ou recriem identidade e auto-estima e, ao mesmo tempo, desencadeiem processos de conscientização e empoderamento;

9. Utilização de abordagens que possibilitem a ampliação do repertório de direitos e a efetivação/expansão da cidadania;

10. Condução de todas as ações de educação em saúde por profissionais que respeitem valores culturais e religiosos e representações sobre a pessoa humana, a saúde e a doença;

11. Adequação da linguagem e inclusão do simbólico das religiões de matrizes africanas nas ações de comunicação em saúde;

12. Reconhecimento dos templos de tradição afro-brasileira na rede de equipamentos sociais como espaços de promoção da saúde, acolhimento e educação popular;

13. Elaboração de estratégias de educação preventiva em saúde bucal que levem em consideração as necessidades específicas das comunidades quilombolas (atenção culturalmente competente), incluindo a distribuição de *kits* de higiene oral para aqueles que não estejam matriculados na rede pública de ensino.

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

14. Elaboração de estratégias de educação para o planejamento familiar que leve em consideração as desigualdades de gênero, a diversidade sociocultural, étnico-racial e religiosa.

15. Ampliação de acesso a métodos contraceptivos, incluindo preservativos feminino e masculino.

### No tocante à participação e controle social

1. Incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado e membros das religiões de matrizes africanas nos espaços de controle social do SUS, incluindo os comitês de mortalidade materna<sup>21</sup>.

2. Inclusão do tema “impacto do racismo e da discriminação racial nas condições de vida e de saúde da população negra brasileira” em todos os materiais e atividades de formação dos conselheiros de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal.

3. Incentivo e fomento para a realização de conferências estaduais e municipais de saúde da população negra (conforme recomendações da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde).

### No tocante ao desenvolvimento institucional e atenção à saúde

1. Análise de normas, regimentos, procedimentos e processos visando adequá-los aos princípios de equidade racial;

2. Determinação/fixação de metas diferenciadas para superação das disparidades raciais em saúde;

3. Criação e manutenção de serviços de Disque – Saúde para disseminação de informações em saúde, acolhimento de queixas e/ou denúncias de práticas discriminatórias no SUS;

4. Inclusão de textos com resultados de estudos e pesquisas sobre os diferenciais raciais nas condições de vida e saúde da população brasileira em todo e qualquer programa de formação de profissionais da saúde e educação em saúde (incluindo agentes comunitários);

---

<sup>21</sup> Até o presente momento, apenas alguns comitês possuem a **informação sobre raça/cor**. É essencial que na capacitação para a implantação de comitês esta ação seja apresentada como **obrigatória**. O monitoramento e a avaliação de qualidade dessa, e de outras ações, deve estar sob a responsabilidade dos órgãos competentes.

5. Ampliação da oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, geração, raça e etnia, além das populações itinerantes e especialmente vulneráveis, tais como a população do campo<sup>22</sup>;

6. Desenvolvimento e adaptação de um plano estratégico e dinâmico para implementação, monitoramento e avaliação das políticas, programas, projetos e ações, considerando os obstáculos técnicos e políticos e incluindo um amplo espectro de apoiadores no processo de planejamento e gestão;

7. Fortalecimento das práticas de acolhimento e de respeito ao cidadão e cidadã nos serviços de saúde, de modo que sejam superadas todas as formas de discriminação, sejam elas étnico-raciais, de gênero, geração, por orientação sexual, denominação religiosa, em razão do porte de algum tipo de deficiência ou qualquer outra situação;

8. Investimentos na qualificação e humanização do cuidado e na instrumentalização para manejar questões relativas à raça/etnia, etnocentrismo e racismo, discriminação, estigmas e preconceitos.

**Atenção básica, com ênfase na estratégia de saúde da família**

9. Ampliação da estratégia de saúde da família com base nas necessidades epidemiológicas comprovadas, na concentração de população negra, população em situação de pobreza e comunidades quilombolas.

10. Investimentos na elaboração e execução de normas mais eficientes sobre implantação do serviço, desenvolvimento dos recursos humanos (incluindo gestores/gerentes) e interlocução com outros programas já existentes.

11. Inclusão da perspectiva da competência cultural no processo de formação permanente dos profissionais técnicos, administrativos e ocupacionais.

12. Investimentos na formação contínua de profissionais de saúde e gestores, em todos os níveis, no tocante ao acolhimento, cuidado e

---

<sup>22</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, a população do campo compreende: trabalhadores rurais que não têm acesso à terra, trabalhadores rurais em regime de trabalho temporário, agricultores familiares, população ribeirinha, comunidades remanescentes de quilombos em vilas e povoados e população que mora nas periferias das cidades e trabalha no campo.

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

assistência oferecidos/prestados aos membros das religiões de matrizes africanas, respeitando seus valores e práticas.

13. Visita regular das equipes do PSF/PACS nos templos de religiões de matriz africana respeitando a visão de mundo dos mesmos;

14. Investimentos na ampliação dos pólos de capacitação e qualificação externa, motivando o estabelecimento de parcerias que incluam organizações do movimento social, pesquisadoras e pesquisadores negros que têm se dedicado à produção do conhecimento científico em saúde da população negra;

15. Investimentos na política de avaliação, privilegiando a construção e monitoramento de indicadores de processo que permitam verificar o impacto diferenciado das ações sobre os vários segmentos populacionais beneficiados.

16. Investimentos na política e nos sistemas de referência e contra-referência para os níveis de média e alta complexidade.

17. Investimentos no *marketing* social dirigido a Estratégia de Saúde da Família

18. Investimentos no estabelecimento de parcerias intersetoriais e com outros programas da área da saúde (parcerias intrasetoriais), especialmente aqueles desenvolvidos pelas áreas técnicas de saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, DST/AIDS, saúde da população idosa e saúde da população do campo.

19. Elaboração e efetivação de contratos que resguardem o estreito relacionamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com sua comunidade.

20. Estabelecimento de ações intersetoriais que possibilitem aos ACS aumentar seu nível de escolaridade e, conseqüentemente, ampliar seu rendimento nos processos de formação continuada.

21. Inclusão oficial de membros das religiões de matrizes africanas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dado que os mesmos tradicionalmente atuam como tal.

### Atenção Hospitalar

22. Ampliar o acesso de negros e negras aos serviços hospitalares de boa qualidade e resolutividade<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> A resolutividade da assistência hospitalar não depende só da qualidade das instalações físicas, disponibilidade e condições de uso dos equipamentos, mas também dos recursos humanos disponíveis, de sua capacitação e adequação às necessidades da população atendida (medicina baseada em evidências, com competência cultural e um suporte social efetivo).

23. Implantação de novos serviços com base em critérios demográficos e epidemiológicos, na concentração de morbidade hospitalar derivada de violência<sup>24</sup> e/ou outras causas externas de agravo.

24. Investimentos na educação permanente de profissionais técnicos e administrativos, para melhoria da qualidade da comunicação entre esses, os pacientes e seus familiares, com respeito à diversidade sociocultural e religiosa.

25. Livre acesso de sacerdotes e sacerdotisas afro-religiosos nas unidades de saúde, especialmente hospitais e maternidades<sup>25</sup>.

### Referências bibliográficas

- AYRES, JCRM; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, GJ; SALETTI, Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R (orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.
- BATISTA, LE; VOLOCHKO, A; FERREIRA, CEC; MARTINS, V. Mortalidade da População Adulta no Brasil e Grandes Regiões Segundo sexo e raça/cor. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.
- BARROS RP; HENRIQUES R; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Rev Brasileira de Ciências Sociais** 2000; 15 (42):127-141.
- BENTO, MA. Institucionalização da luta anti-racismo e branquitude. In: Heringer H., org. **A cor da desigualdade: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil**. Rio de Janeiro: IERÊ (Instituto de Estudos Raciais Étnicos); 1999. p 11-30.
- CASHMORE, E. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. São Paulo: Summus; 2000.

---

<sup>24</sup> Para a implantação e implementação do Sistema Nacional de Atenção às Urgências recomenda-se considerar, entre outras coisas, as informações disponibilizadas pela Secretaria Nacional, Secretarias Estaduais e Municipais de Segurança Pública.

<sup>25</sup> De acordo com os participantes do **III Seminário Nacional Religiões Afro-brasileiras e Saúde**, realizado em março de 2004, na cidade de Recife - PE, é importante ressaltar que, para os adeptos das religiões afro-brasileiras, o corpo é a morada dos deuses/deusas, e por isso merece atenção especial no que diz respeito à saúde. Para que os deuses e deusas se comuniquem com um membro da comunidade, de forma efetiva, prazerosa e saudável, é preciso ter corpo, mente e espírito em equilíbrio. O equilíbrio do corpo se dá via fortalecimento da energia vital e é ele que proporciona a integração subjetiva e a inclusão social daquele membro. Neste sentido, os líderes religiosos têm um papel fundamental na busca e manutenção desse equilíbrio, na melhoria da qualidade de vida e de saúde do sujeito em questão.

## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. **HIV/AIDS Surveillance Report. US HIV and AIDS cases reported through December 2001**. Year-end edition, v. 13, n. 2; 2001b.
- [CE- DST/AIDS] Coordenação Estadual de DST/AIDS da Secretaria do Estado da Saúde - São Paulo. **Boletim Epidemiológico de AIDS 2001 out; Ano XIX(2)**. CHACHAM, AS. Condicionantes Socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da RedeSaúde** 2001 mar. 23; p. 44-47.
- COMPARATO, FK. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 1-55.
- CRUZ, ICF. Diferenciais raciais no acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial. In: Lopes F (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.
- CUNHA, EMGP. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: Hogan DJ, org. **Population change in Brazil: contemporary perspectives**. Campinas: Population Studies Center (NEPO/UNICAMP); 2001. p. 333-336.
- \_\_\_\_\_. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil? In: Barata RB et al., orgs. **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Série Epidemiológica, n. 1, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 219-234.
- \_\_\_\_\_, Jakobo AAE. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil. In: Lopes F (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.
- DELGADO, R. Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. p. 131-140.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas. Coleção Outra Gente**, v. 1, Salvador: Fator; 1983.
- FRANÇA JÚNIOR, I; AYRES, JCRM, CALAZANS, GJ. Saúde coletiva e direitos humanos: um diálogo possível e necessário. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2000 ago 28–set. 3; Salvador, Bahia, Brasil. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2000. [CDRom, texto 1981].
- FRANÇA-JUNIOR, I; LOPES, F; PAIVA, V; VENTURI, G. **Acesso ao teste anti-hiv no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE**. Disponível em <<http://www.Aids.gov.br>>. Acesso em 10 dez. 2003.
- FROTA-PESSOA, O. Raça e eugenia. In: SCHWARCZ, LM; QUEIROZ, RS (orgs.) **Raça e diversidade**. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996. p. 29-46.
- GOODMAN, AH. Why genes don't count (for racial differences in health). **American Journal of Public Health** 2000; 90(11): 1.699-1.702.
- GUIMARÃES, ASA. Racismo e restrição dos direitos individuais: a discriminação racial “publicizada”. **Estudos Afro-Asiáticos** 1997; 31: 51-78.

- \_\_\_\_\_. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos** 1995; 27:45-63.
- GUIMARÃES, CD. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2001.
- GUIMARÃES, MAC. Vulnerabilidade subjetiva. In: **Anais do Seminário A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS** 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil; 2001.
- \_\_\_\_\_. Afro-descendência, Aids e vulnerabilidade subjetiva. **Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à AIDS** 2001 jan-mar; 46 (Encarte Brasil): p. 8-9.
- HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 235-249.
- [IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. **Censo 2000**. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos>> [2001 Jan 24].
- [INSPIR] Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial. **Mapa da população negra no mercado de trabalho: regiões metropolitanas de São Paulo, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre e Distrito Federal**. São Paulo: AFL-CIO; 1999.
- [IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: um recorte de raça e gênero**. Disponível em <URL: <http://www.ipea.gov.br/pub>> [2001 Ago 28]
- JACCCOUD LB, BEGHIN N. **Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília:IPEA, 2002.
- LEAL MC, Gama SGN, Cunha CB. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Município do Rio de Janeiro - Brasil, 1999-2001**. Rio de Janeiro, 2004 (mimeo).
- LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- LOPES, F; MALACHIAS, R. Assumir a diferença para promover a igualdade: a importância do quesito cor na investigação epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS do PE-DST/AIDS Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo** 2001 out; Ano XIX(2): 3-5. Disponível em <<http://www.jbaid.com.br>>
- LÓPEZ, IFH. Race and erasure: the salience of race to Latinos/as. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000a. p. 369-378.
- \_\_\_\_\_. The social construct of race. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000b. p 163-175.



**Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**

- LUPPI, CG. **A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres atendidas em centro de testagem e aconselhamento: um estudo caso-controle**. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]
- MAGGIE, Y. “Aqueles a quem foi negada a cor do dia”: as categorias cor e raça na cultura brasileira. In: MAIO, MC; SANTOS, RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 225-234.
- MANN, J; TARANTOLA, DJM; NETTER, TW. **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume-Dumará, 1993.
- MARTINS, AL; SOARES, HB; PAIVA, MS; SOARES, VMN. Diferenciais raciais nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.
- MARTINS, RB. **Desigualdades raciais no Brasil**. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/pub/Desigualdades\\_raciais.ppt](http://www.ipea.gov.br/pub/Desigualdades_raciais.ppt)>. Acesso em 15 dez. 2001.
- [MS/CEBRAP] Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS**. Série Avaliação, n. 4. Brasília: MS; 2000.
- [MS/IBOPE] Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. **Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa**. Disponível em <<http://www.Aids.gov.br>>. Acesso em 10 dez. 2003.
- MUNANGA, K. Mestiçagem e identidade afro-brasileira. In: Oliveira I, org. **Relações raciais e educação: alguns determinantes**. Cadernos PENESB, n. 1. Rio de Janeiro: Intertexto; 1999. p. 9-20.
- \_\_\_\_\_. Racismo: da desigualdade à intolerância. **São Paulo em Perspectiva** 1990; 4(2):51-54.
- [NOP-FPA] Núcleo de Opinião e Pesquisa - Fundação Perseu Abramo. **Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil**. Disponível em <<http://www.fpa.org.br>>. Acesso em 10 dez. 2003.
- [NEN] Núcleo de Estudos Negros. **As idéias racistas, os negros e a educação**. Florianópolis: Atilende, 2002.
- OLIVEIRA, M; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.
- PAIXÃO, MJP; CARVANO, LMF; OLIVEIRA, JC; ERVATTI, LR. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões. In: LOPES, F. (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

- PEREA, JF. The black/white binary paradigm of race. In: Delgado R, Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p. 344-353.
- PERPÉTUO, IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da RedeSaúde** 2000; 22: 10-16.
- PETRY, S. Até na hora do parto negra é discriminada. **Folha de S. Paulo On Line**, Cotidiano, 2002 maio 26.
- PINHO, MD; BERQUÓ, E; LOPES, F; OLIVEIRA, KA; LIMA, LCA; PEREIRA, N. Juventudes, Raça e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 19(2): 277-294, jul./dez. 2002.
- PINTO, E; SOUZAS, R. A mortalidade materna e a questão raça/etnia: importância da lei do quesito cor no sistema de saúde. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos** 2002 maio; Ano 3, 5: 28-30.
- RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988. p. 67-76; 119-130.
- SANT'ANNA, W. Relações raciais no Brasil: entre a unanimidade e a paralisia [documento]. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos** 2001; Ano 2, 4: 53-68.
- SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
- SANTOS, RV. Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 125-142.
- SOARES, S. Discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho. **Mercado de trabalho: conjuntura e análise** [edição especial para a Conferência Nacional contra o Racismo e a Intolerância]. IPEA: Rio de Janeiro, Ano 6, n. 13; 2001 jun. p. 39-45.
- VALONGUEIRO, S; CAMPINEIRO, D. Demand for health care in Brazil: a preliminary analysis by regions. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CDRom]** 2002 nov 4-8; Minas Gerais, Brasil. Ouro Preto: ABEP, 2002.
- VAN RYN, M; FU, SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Journal of Public Health** 2003; 93(2): 248-255.
- VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Fundação Macarthur, São Paulo, 2002
- WERNECK J. Iniquidades Raciais em Saúde e Políticas de Enfrentamento: As experiências de Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido (artigo de revisão bibliográfica). In: LOPES, F (org.). **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.
- WOOD CH.; CARVALHO JAM. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. **Rev Brasileira de Estudos Populacionais** 1994; 11(1): 3-15.

## ANEXO I

### A importância da autodeclaração de cor

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

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

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

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

Ao comparar um subconjunto de resultados da amostra censitária de 2000 com os dados da população total residente por cor

no censo de 1991, esse autor observou uma participação relativamente maior das parcelas da população classificadas como de cor branca e de cor preta e um decréscimo na população de autotransclassificada parda. Segundo ele, em nenhuma outra época, desde 1872, verificou-se um crescimento absoluto e relativo tão expressivo para a categoria de cor preta, quanto o observado entre os anos de 1991 e 2000.

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

**Fonte**

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

## Slides

Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade

Fernanda Lopes

Programa de Combate ao Racismo  
Institucional - Componente  
Saúde (PCRI\_Saúde\DFID)

### Experiências desiguais ao viver...



### Constituição Federal (1988)

- "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

### Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade por raça/cor, Brasil e Grandes Regiões, 1992 e 2001.

Brasil e Grande Regiões	Taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais por cor					
	População total		População branca		População negra	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Brasil	17,2	12,4	10,6	7,7	25,7	18,2
Norte	14,2	11,2	8,65	7,9	16,6	12,5
Nordeste	32,7	24,3	24,3	19,0	36,1	26,5
Sudeste	10,9	7,5	8,0	5,4	16,6	11,5
Sul	10,2	7,1	8,5	5,8	20,2	14,2
Centro-Oeste	14,5	10,2	10,6	7,1	18,0	12,6

Fonte: IBGE/ENAD/Microdados; Elaboração: IUPER/USOC.  
Nota: Excluiu-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

(IBGE, 2002)

### Média da renda domiciliar per capita por raça/cor, Brasil e Grandes Regiões - 1992 e 2001.

Brasil e Grandes Regiões	Média da renda domiciliar per capita por raça/cor					
	População total		População branca		População negra	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Brasil	273,3	354,4	363	481,6	141,1	295,8
Norte	261	257,6	285,4	380	195,5	210
Nordeste	156,3	196,1	224	299,1	121,3	152,4
Sudeste	344,6	456,7	414	553,1	295,6	354,7
Sul	314,2	411,6	340	450,0	196,1	228,7
Centro-Oeste	162,6	181,3	304,0	530,0	190,0	243

Fonte: IBGE/PMAD/IMCredatos; Elaboração: IUPER/USOC.

Nota: (1) Em classe a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. (2) Renda a preços de janeiro de 2002, deflacionada pelo INPC. (3) Em Uidade da Federação com população reduzida devido a conter problemas anômalos.

(IBGE, 2002)



## Média da renda domiciliar per capita por sexo, cor ou raça do chefe do domicílio, Brasil e Grandes regiões - 1992 e 2001

Brasil e Grandes Regiões	Média da renda domiciliar per capita, sexo e raça do chefe							
	Homens brancos		Mulheres brancas		Homens negros		Mulheres negras	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Brasil	388,6	482,1	358,1	441,2	162,2	208,6	168,9	202,2
Norte	294,0	381,4	278,3	348,1	168,3	218,2	162,6	204,1
Nordeste	324,3	388,9	333,7	398,3	139,0	193,7	133,6	193,7
Sudeste	417,0	551,0	411,3	555,1	288,6	358,2	282,6	358,3
Sul	342,0	453,0	337,2	448,9	168,2	234,4	167,2	222,6
Centro-Oeste	389,5	535,0	379,9	528,5	192,5	272,8	188,0	253,0

Fonte: IBGE/PNAD Alcegações. Elaboração: IPEAD/IOC.

Nota: (1) Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. (2) Na Região Norte podem ocorrer problemas anômicos, devido à população indígena. (3) Renda e preço de janeiro de 2002, deflacionada pelo INPC.

(IPEA, 2002)

## Mulheres negras têm menos chances de...

- passar por uma consulta ginecológica completa, inclusive no período pós-parto.
- passar por consultas de pré-natal.
- receber assistência adequada no momento do parto (preensão, informações sobre sinais de parto).
- receber informações adequadas sobre contracepção e ter acesso aos métodos contraceptivos.
- negociar o uso do preservativo com seu parceiro sexual.
- ter acesso a informações sobre DST-HIV/AIDS.



Pinheiro, 2000; Chockley, 2000; Paulo e col., 2002; AMORIMZAVO, Leal et al., 2004

## Proporção de pobres por raça/cor, Brasil e Grandes Regiões, 1992 e 2001.

Brasil e Grandes Regiões	Proporção de pobres por raça/cor					
	População total		População Branca		População Negra	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Brasil	40,7	33,6	28,9	22,4	65,3	46,8
Norte	52,8	44,3	39,7	33,6	58,3	48,4
Nordeste	65,7	57,4	54,7	46,9	70,0	61,9
Sudeste	27,4	21,5	21,3	15,6	30,1	32,1
Sul	32,3	23,3	28,8	20,4	51,3	38,9
Centro-Oeste	33,7	24,7	26,8	17,4	39,8	30,2

Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração: IPEAD/IOC.

Nota: Exclui-se população rural em Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. Em Unidades de Federação com população indígena, pode haver problemas anômicos.

(IPEA, 2002)

## Proporção de consultas pré-natal segundo a raça-cor, Brasil, Grandes Regiões, 2000.

	Nenhuma		1-3		4-6		7 ou mais	
	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Negra
Norte	6,5	8,9	17,1	19,8	41,7	47,7	34,7	23,6
Nordeste	6,9	10,1	13,3	17,5	41,1	42,8	38,7	29,6
Centro-Oeste	1,8	3,9	7,7	14,0	30,8	36,8	59,6	45,4
Sudeste	1,7	4,3	5,7	11,4	30,9	40,4	61,7	44,0
Sul	1,9	6,2	8,3	15,7	35,5	38,3	54,3	39,9

Fonte: IBGE/IOC. Dados de 2000. Tabulação Especial do IBGE/POPCAMP. In: Castro e Jéssica, 2002

## Proporção de domicílios particulares permanentes urbanos sem esgotamento sanitário por raça/cor do chefe do domicílio - Brasil e Grandes Regiões - 1992-2001

Brasil e Grandes Regiões	Domicílios particulares permanentes urbanos e sem esgotamento sanitário					
	Total de domicílios permanentes		Domicílios com chefes brancos		Domicílios com chefes negros	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Brasil	31,8	24,2	21,9	16,5	46,6	35
Norte	59,2	47	47,7	38,7	64,4	50,5
Nordeste	55,8	43,3	45,8	37,1	60,3	48,3
Sudeste	15,9	10	10,7	6,8	26,9	18,4
Sul	31,3	21,9	27,9	18,8	50,6	35,3
Centro-Oeste	50,1	50,1	54,9	44,8	63,4	54,6

Fonte: IBGE/PNAD/Micro dados. Elaboração: IPEAD/IOC.

Nota: Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

(IPEA, 2002)

## Experiências desiguais ao morrer...



## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

### Mortalidade infantil segundo raça/cor (por mil nascidos vivos) Brasil, 1977-1993.

	BRANCA	NEGRA*	TOTAL
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993**	37	62	37

Fonte: Censos Demográficos - 1980, 1991, PNAD 1995, IBGE. Tabulações especiais, NEPO/UNICAMP. In: Cunha, 2001.

\*Considera-se a população classificada como parda e preta

\*\* Estimativas de Santos, C. e Cardoso, R. Indicadores Sociais Mínimos, IBGE, 1997.

### Principais causas de morte entre menores de um ano. Brasil, 2000.

Branco	Negro
Afeções do período perinatal - 62%	Afeções do período perinatal - 63%
Mal formações congênitas - 17%	Doenças infecciosas e parasitárias - 13%
Doenças do aparelho respiratório - 9%	Mal formações congênitas - 10%
Doenças infecciosas e parasitárias - 9%	Doenças do aparelho respiratório - 10%
Causas externas - 3%	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas - 4%

Fonte: SIM, 2000. Tabulações Especiais NEPO/UNICAMP. In: Cunha e Jekil, 2004.

### Porcentagem de população menor de um ano segundo cobertura de planos de saúde por raça/cor. Brasil - Grandes Regiões, 1998.

Região	Branca		Negra	
	Sim	Não	Sim	Não
Brasil	28	72	11	89
Norte	15	85	10	90
Nordeste	13	87	6	94
Sudeste	39	61	16	84
Sul	25	75	15	85
Centro-Oeste	23	77	15	85

Fonte: PNAD 1998. Tabulações Especiais NEPO/UNICAMP. In: Cunha e Jekil, 2004.



### Taxa de mortalidade por 100.000 mulheres em idade fértil (10-49 anos) por Gravidez, Parto e Puerpério, segundo a raça/cor. Brasil, 2000.

	TOTAL	BRANCA	PRETA	PARDA
BRASIL	3,41	2,09	4,79	2,59
Norte	3,76	12,90	6,51	4,03
Nordeste	2,48	1,64	4,41	2,66
Centro-Oeste	1,99	1,88	2,93	2,09
Sudeste	2,08	1,82	4,90	2,11
Sul	2,81	2,75	6,31	2,43

Fonte: IBGE. Síntese de Saúde, 2000. Tabulações Especiais Instituto de Saúde, 2001. In: Batista e col (2004).

### Proporção de óbitos maternos, segundo momento da morte. Brasil-Capitais, 1º Sem 2002.

	TOTAL %
Gravidez	21,74
Até 24 horas após o parto	27,83
Até 42 dias após o parto	33,91
43 dias -11 meses após o parto	14,78
1 ano e mais	1,74
TOTAL	100,00

Fonte: Laurenti et al (2002) apud Martins e col (2004).

Notas: 1. excluídas as declarações de óbito das capitais Natal e Porto Velho.

# I Seminário Saúde da População Negra 2004

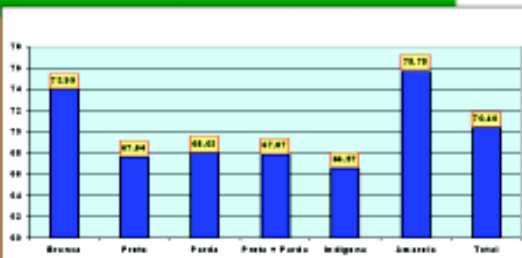
## Proporção de óbitos maternos, segundo momento da morte e raça/cor. Brasil-Capitais, 1º Sem 2002.

	Branca	Negra	Ignorada	Total
	%	%	%	%
Gravidez	20,0	60,0	20,0	100,0
Até 24 horas após o parto	31,2	66,2	12,5	100,0
Até 42 dias após o parto	35,9	66,4	7,7	100,0
43 dias -11 meses após o parto	11,8	64,7	23,5	100,0
1 ano e mais	-	50,0	50,0	100,0

Fonte: Lauratti et al (2002) apud Mattias e col (2004).  
 Nota: 1. acobites as declarações de óbito das capitais Natal e Porto Alegre.  
 2. informação de raça/cor obtida nas declarações de óbito.  
 3. categoria negra (pretos e pardos).  
 4. não foi identificado nenhuma mulher de raça/cor amarela e indígena no estado.



## Esperança de vida ao nascer por raça/cor. Brasil, 2000.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2000.  
 Nota: (1) Não dados de cores, inclusive as mulheres sem declaração de Cor ou Raça.  
 (2) Dados baseados na significância estatística para pretos e pardos.

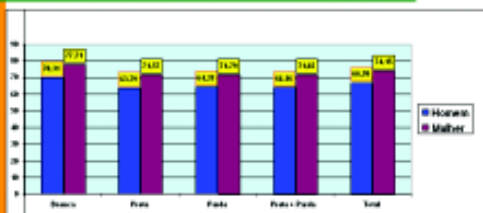
(Pacheco et al., 2004)

## Proporção de óbitos por causas mal definidas, por sexo, raça/cor e regiões. Brasil, 2000.

	BRASIL	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE		SUL
				ES	MS	
BRANCA	8,82	14,31	19,74	6,37	7,88	4,76
PRETA	12,46	19,17	19,15	8,20	11,98	4,70
PARDA	13,48	20,25	19,78	7,62	9,97	6,41
NEGRO	12,25	20,16	19,07	7,70	9,85	5,65
BRANCA	8,36	16,83	19,55	5,92	7,79	4,52
PRETA	13,81	19,15	19,56	9,43	13,20	4,91
PARDA	15,86	24,85	21,17	7,86	11,30	5,66
NEGRO	15,31	24,30	20,82	8,05	11,95	4,85

Fonte: IBGE Ministério da Saúde, 2000. Tabelações Especial Instituto de Saúde, 2004. In: Baltes e col., 2004.

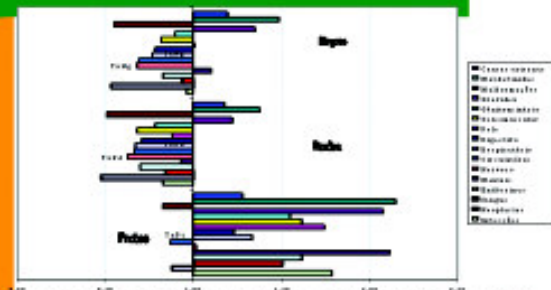
## Esperança de vida ao nascer por sexo e raça/cor. Brasil, 2000.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2000.  
 Nota: (1) Não dados de cores, inclusive as mulheres sem declaração de Cor ou Raça.  
 (2) Dados baseados na significância estatística para pretos e pardos.

(Pacheco et al., 2004)

## Razão de taxa de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre brancos adultos. Brasil, 2000.



Fonte: IBGE Ministério da Saúde, 2000. Tabelações Especial Instituto de Saúde, 2004. In: Baltes e col., (2004)



## Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil

### Taxa de óbitos por HIV/Aids, segundo sexo e raça/cor. Grandes Regiões, 2000.

Região/Sexo	BRANCA		PRETA		PARDA		NEGRA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Norte	3,95	1,47	5,01	0,81	3,80	2,10	3,90	2,00
Nordeste	3,40	1,05	5,84	1,85	3,12	1,13	3,47	1,21
Centro-Oeste	6,81	2,66	9,24	9,21	7,16	2,79	7,38	3,40
Sudeste	15,64	5,45	23,13	12,29	11,94	5,41	14,08	6,70
Sul	6,33	2,02	6,13	3,00	0,74	0,43	1,77	0,91

Fonte: SIM. Ministério da Saúde, 2000. Tabulações Especiais Instituto de Saúde, 2004. In: Batista e col, 2004.

29

### Mortalidade proporcional por causas classificadas externas, segundo faixas etárias. Brasil - população masculina. Médio Trienal 1998-2000.

	Faixa Etária (anos)						Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e +	
<b>HOMENS BRANCOS</b>	3,8	32,8	50,5	75,7	50,7	15,2	3,7
Homens	2,6	7,9	11,6	46,4	42,1	27,0	12,1
Ataque com arma de fogo	2,6	2,1	7,3	32,8	26,3	15,8	6,9
Ataque com instrumento cortante	0,0	0,6	9,8	3,3	4,4	3,3	3,9
Acidente de transporte	13,2	38,1	41,5	26,9	27,9	32,2	30,3
<b>HOMENS NEGROS</b>	3,0	32,4	46,3	62,2	33,1	17,3	3,7
Homens	3,3	7,7	16,2	63,4	51,8	33,7	16,2
Ataque com arma de fogo	3,3	3,1	11,0	45,5	33,5	19,4	8,1
Ataque com instrumento cortante	0,0	0,6	1,4	5,6	6,6	5,7	2,7
Acidente de transporte	10,0	32,1	31,8	13,5	19,6	28,0	32,4

Fonte: (\*) Segundo Grupos do Código Internacional de Doenças (CID).  
 (\*\*) Negros = sanatório de pretos e pardos.

Fonte: reatados do SIM / DATASUS, 1998-2000. In: Batista e col (2004).

30

Diversidade e Pluralidade

Símbolos e Imagens

Cultura

**Cuidar**

Linguagem

Ideologia

Resolução de conflitos e ampliação do repertório de direitos

31

### Algumas recomendações

- Considerar as desvantagens simbólicas e materiais como fatores determinantes e/ou catalisadores das vulnerabilidades da população negra;
- Construir novos espaços de interlocução onde sejam reconhecidas as diferenças, as vontades, os desejos e as necessidades do outro a fim de encontrar algo perto do ideal, para ambas as partes;
- Efetivar ações intra e intersetoriais (parcerias);
- Educar para o trabalho visando a construção e aperfeiçoamento de novas habilidades (formação e infomação permanente dos trabalhadores da saúde);

28

## I Seminário Saúde da População Negra 2004



## **Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas**

**Maria Inês da Silva Barbosa  
Valcler Rangel Fernandes**

*“Para chegar a lugares onde ainda não estivemos,  
É preciso passar por caminhos pelos quais ainda não passamos.”*

Mahatma Ghandhi

O reconhecimento da necessidade de instituir uma política de saúde para a população negra nos obriga a reflexões várias, umas afeitas ao campo das relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautadas no racismo, outras relativas à superação dos limites do princípio da universalidade para o alcance do direito de cidadania em saúde, conforme preconizado no texto constitucional enquanto dever de Estado.

Uma política de saúde voltada para a população negra se assenta, contudo, em bases constitucionais, uma vez que pela Lei 8.080/90 o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática têm a epidemiologia por baliza.

O perfil epidemiológico da população negra é marcado por singularidades, tanto do ponto de vista genético, como das condições de vida que geram diferenças no processo de adoecimento, cura e morte. Esse perfil é marcado pela mortalidade precoce, discrimina-

---

Maria Inês da Silva Barbosa é Secretária Adjunta da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Assistente social, Mestre em Serviço Social (PUC/SP) e Doutora em Saúde Pública (USP). Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso.

Valcler Rangel Fernandes é médico, Subsecretário de Planejamento e Orçamento da Secretária Executiva do Ministério da Saúde no período de 2002 a 2004. Atualmente é Secretário Municipal da Saúde de Nova Iguaçu- RJ.

ção na assistência e pela qualidade dessa assistência, de acordo com diferentes estudos que atestam, incontestavelmente, a existência de desigualdades raciais em saúde.

Há que se considerar o racismo como categoria analítica para que se compreenda o porquê de uma política de saúde para a população negra. Ao fazê-lo, algumas questões precisam ser equacionadas: vivemos em um país de ideologia racista, que se alicerça no conceito falacioso de raça, que tem historicidade e base material de subordinação, calcada em pretensa superioridade racial dos povos brancos sobre os demais povos que constituem a humanidade.

O campo da saúde da população negra traz em si diversos desafios, de diferentes ordens, Oliveira(2002)<sup>1</sup> considera que enveredar pelas teorizações do campo da saúde da população negra é ter certeza de que há necessidade de responder a muitas perguntas pertinentes e impertinentes sobre, por exemplo, raça e etnia, ideologia, práticas racistas e ciências biológicas, opressão racial/étnica, direito à diferença e à igualdade, assimetrias econômicas, exclusões e vulnerabilidades, ao que acrescentaríamos alteração do “*status quo*”, abolição da “branquitude”, o que implica a eliminação de privilégios sociais, econômicos e culturais por parte da população branca e o reconhecimento da capacidade e possibilidade de o outro ocupar o meu lugar, numa perspectiva que considere e respeite as diferenças.

A inserção da questão racial, na agenda da história das políticas públicas de saúde no Brasil, afirmativamente, é recente, posto que a ausência de atenção específica, apesar da necessidade, configurou-se como uma política de omissão, de não-responsabilidade do Estado para com cerca de 50% da população brasileira.

As primeiras inserções do tema nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, são da década de 80 e foram formuladas por ativistas do Movimento Negro e pesquisadores. Só, em 1995, o governo federal se ocupou do assunto, em resposta à Marcha Zumbi dos Palmares, cujas reivindicações resultaram na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/

---

<sup>1</sup> OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da População Negra*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

GTI e do subgrupo Saúde. Cabe destacar, nesse período, a introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; a elaboração da Resolução nº. 196/96, que introduz, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos e a primeira iniciativa oficial do Ministério da Saúde na definição de uma área específica para a saúde da população negra, resultado dos trabalhos desenvolvidos durante a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, realizada em abril de 1996, em parceria com o GTI, cuja principal recomendação foi a implantação de uma política nacional para a anemia falciforme.

Outras propostas foram elaboradas nesse período, como: investimento governamental e privado em pesquisas clínicas e epidemiológicas; reciclagem dos(as) profissionais da área da saúde; nova concepção da problemática específica da população negra; direito à informação para os(as) afro-brasileiros(as) sobre sua situação de saúde. Seguiram-se a isso ações como:

- apoio financeiro/projeto de pesquisa clínica sobre Anemia Falciforme em quatro comunidades remanescentes de quilombo (Bahia e Sergipe);
- implantação de dois sistemas simplificados de abastecimento de água na Comunidade Kalunga;
- elaboração e publicação (Funasa) do “Estudo da Mortalidade por Anemia Falciforme” *Informe Epidemiológico do SUS*;
- convênio com a Universidade de Brasília para a elaboração do Manual Técnico de Diagnóstico e Tratamento das Doenças da População Negra Brasileira;
- contratação (Secretaria de Saúde de Goiás) de membros da Comunidade Kalunga para atuarem como Agentes Comunitários de Saúde.

Entretanto o que caracteriza essa fase é a descontinuidade das ações, o descompromisso, a não-efetivação da política, o “feito por fazer”, parafraseando o lema da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Novos pactos de rompimento do silêncio são estabelecidos, desta feita lembrando Luther King, que dizia termos de “*nos arrepende nesta geração, nem tanto pelas más ações de pessoas más, mas pelo silêncio assustador de pessoas boas*”. Esses pactos se configuram na proposição de uma política de promoção da igualdade racial na área

da saúde, em meio a compromissos firmados entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).

O Termo de Compromisso estabelecido entre Seppir e o MS implica a adoção de uma Política Nacional de Saúde da População Negra inserida no Sistema Único de Saúde, gestão, programação e ação, tendo por base as formulações advindas de pesquisadores(as) negros(as) expressas no documento “Subsídios para o Debate – Política Nacional de Saúde da População Negra: uma Questão de Equidade”<sup>2</sup>, de que se extraem quatro componentes interdependentes, interligados e complementares, para a conformação dessa política, a saber:

- produção do conhecimento científico – organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra;
- capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de comportamento de todos (as) profissionais da área de saúde, por meio de formação e treinamento adequados para operar nos cenários da diversidade da sociedade brasileira e das peculiaridades do processo saúde, doença da população negra;
- informação da população – disseminação de informações e conhecimentos sobre potencialidades e suscetibilidades da saúde, de modo a capacitar a população negra a conhecer os riscos de adoecer e morrer e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e de prevenção de doença;
- atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso a todos os níveis do sistema de saúde.

Para a gestão dessa política foi criado no âmbito do Ministério da Saúde o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, composto por representação de todas as áreas técnicas, e um Comitê Consultivo, em fase de constituição, formado pelo comitê técnico, pesquisadores(as), ativistas da luta anti-racista no campo da saúde da população negra e representantes da Seppir.

---

<sup>2</sup> OPAS e PNUD, 2002.

## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

A institucionalização da política de saúde da população negra implicou a inserção do recorte racial no Plano Nacional de Saúde, pois um Pacto pela Saúde no Brasil requer a compreensão da necessidade de recortes que permitam o estabelecimento de prioridades e a identificação de lacunas da política de saúde brasileira: do SUS que temos ao SUS que queremos.

É importante afirmar que a maioria das dificuldades relacionadas à saúde da população negra não são resultantes de suas características genéticas; mas de suas condições socioeconômicas e educacionais e das desigualdades históricas relacionadas com a pobreza e imputadas pelo racismo.

Por isso, as ações que terão maior impacto sobre a saúde da população negra são aquelas que visam melhorar as condições sociais e de saúde, reduzindo as doenças ou as condições ligadas a esse estado, facilitando o acesso aos serviços de saúde para atendimento, melhorando esses serviços e prestando assistência que acolha e respeite a diversidade.

Entre as diretrizes e metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde, destacamos as relativas ao incentivo à equidade em saúde, que busca ampliar o acesso à saúde de comunidades quilombolas por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade; bem como a proposição de implantação do Programa Nacional de Anemia Falciforme em cerca de 50% dos municípios brasileiros.

No Plano Nacional de Saúde foram consideradas prioridades em relação à população negra os agravos/problemas de saúde que se seguem:

- mortalidade materna;
- causas externas (homicídio);
- mortalidade infantil;
- doenças crônico-degenerativas: hipertensão e diabetes mellitus;
- doenças cardiovasculares;
- doenças mentais (depressão, alcoolismo);
- desnutrição (criança, gestante, idoso);
- DST/Aids;
- mortalidade por Aids em mulheres negras.

A inserção da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde requer, para sua efetivação, o estabelecimento de estratégias que envolvam gestores e trabalhadores da saúde dos estados e municípios, para serem alcançadas as metas consideradas centrais, para a saúde da população negra, que abrangem: formulação de políticas e definição de protocolos básicos de ação, atrelando-se ao repasse de verbas federais; incentivo ao acesso, provendo um plus nos recursos financeiros; criação de uma comissão intersetorial de saúde da população negra no Conselho Nacional de Saúde; criação, nas instâncias federal, estaduais e municipais, de uma coordenação técnica de saúde da população negra, com participação da sociedade civil; divulgação nacional de pesquisas, experiências e práticas bem sucedidas que reconheçam as desigualdades raciais em saúde; difusão de informações sobre o tema por meio de seminários, publicações e palestras.

A Saúde da População Negra no Plano Nacional de Saúde apresenta desafios a serem superados de forma a garantir a promoção da igualdade racial em saúde, desafios estes que se configuram como os estatuídos por Mandela quando nos sugere que *“depois de escalarmos um morro, descobrimos apenas que existem outros a escalar”*, nossos outros morros dizem respeito à superação de uma política de formação de recursos humanos inadequada à realidade; à desconstrução do racismo institucional; à gestão diretiva que respeite as diferenças socioculturais; ao reconhecimento das ações de saúde prestadas pelos terreiros de Candomblé; à ausência de incentivos para fixação de profissionais nas periferias ou nas regiões de exclusão social e econômica; à ausência de fomento para estudos e pesquisas; à distribuição inadequada dos equipamentos e dos profissionais de saúde; ao sucateamento e à baixa qualidade dos serviços prestados nas áreas onde a população negra é majoritária; à ausência de monitoramento epidemiológico com recorte racial e ao controle social frágil.

A responsabilidade social está posta, cabe-nos a realização da promoção da igualdade racial na saúde: a instituição do SUS que queremos.



## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

### Slides



### Maria Inês da Silva Barbosa

#### MISSÃO

- Acompanhar e coordenar políticas de diferentes ministérios e outros órgãos do Governo Brasileiro para a promoção da igualdade racial, bem como formular novas políticas envolvendo outros órgãos do Governo Federal;

A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial foi criada em 21 de março de 2003 Dia Internacional pela Eliminação da Discriminação Racial.

- Medida Provisória nº 111 (março/2003)
- Lei nº 10.678 (maio/2003)

#### MISSÃO

- Articular promover e acompanhar a execução de diversos programas de cooperação com organismos públicos e privados, nacionais e internacionais;

#### MISSÃO

- Promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos afetados pela discriminação e demais formas de intolerância, com ênfase na população negra;

#### MISSÃO

- Acompanhar e promover o cumprimento de acordos e convenções internacionais assinados pelo Brasil, que digam respeito à promoção da igualdade e ao combate à discriminação racial ou étnica.

Política Nacional de Promoção de  
Igualdade Racial

Decreto 4886 (20.11.2003)

## II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### a) Defesa de direitos

- Afirmação do caráter pluriétnico da sociedade brasileira
- Terras para quilombolas
- Criminalização do racismo

A PNPIR tem base em diversos  
instrumentos

- Convenção Internacional sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação;
- Programa de Governo Brasil sem Racismo;
- Plano de Ação de Durban (Conferência/2001).

## II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### b) Ação Afirmativa.

### c) Articulação Temática de Raça e Gênero.

## I - OBJETIVO GERAL

Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) visando a redução das desigualdades, com ênfase na população negra.

## III - PRINCÍPIOS

- Transversalidade
- Descentralização
- Gestão Democrática

## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

### IV - DIRETRIZES

1. Fortalecimento Institucional
2. Incorporação da questão racial no âmbito da ação governamental
3. Consolidação de formas democráticas de gestão das políticas de promoção da igualdade racial

### VI - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Duas dimensões essenciais para a implementação da PNPIR que devem realizar-se de maneira sistemática e continuada.

### IV - DIRETRIZES

4. Melhora da qualidade de vida da população negra
5. Inserção da questão racial na agenda internacional do governo brasileiro

### VII - PRINCIPAIS AÇÕES EM ANDAMENTO EM 2004

1. Coordenação do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
2. Programas:
  - Saúde da população negra
  - Fome zero (quilombos e participação no CONSEA)
  - Brasil quilombola

### V - PROGRAMAS E AÇÕES

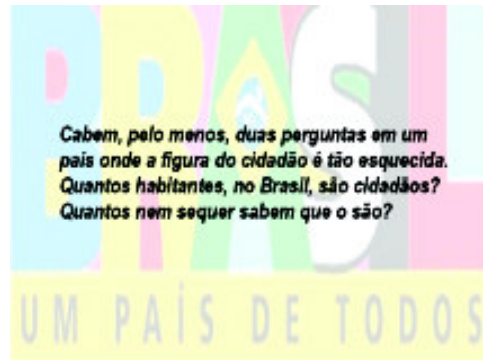
1. Implementação de modelo de gestão da política de promoção da igualdade racial.
2. Apoio as comunidades remanescentes de quilombos.
3. Ações Afirmativas.
4. Desenvolvimento e inclusão social.
5. Relações internacionais.
6. Produção de conhecimento.

### VII - PRINCIPAIS AÇÕES EM ANDAMENTO EM 2004

3. Articulação com Estados e Municípios:
  - Rede Nacional de Promoção da Igualdade Racial
  - Conferências Estaduais
  - Conferência Nacional

## Slides

## Valcler Rangel Fernandes



*A falta de um conhecimento científico da saúde da população brasileira afro-descendente é fruto do conceito equivocado de que no Brasil existe uma democracia racial.*

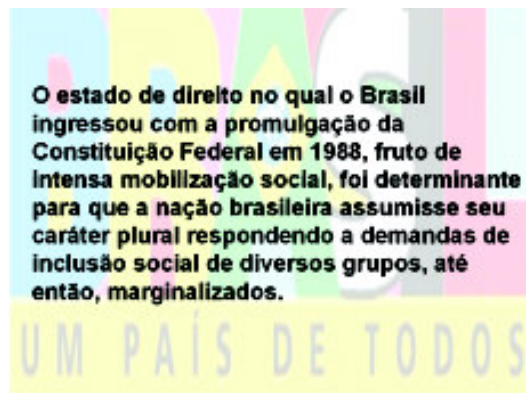
*A maioria das dificuldades relacionadas a saúde da população negra não são resultantes de suas características genéticas (pelo fato de serem negros ou descendentes de africanos).*

*São resultantes de suas condições sócio-econômicas e educacionais e das desigualdades históricas também relacionadas com a pobreza.*

*Deixado ao quase exclusivo jogo do mercado, o espaço vivido consagra desigualdades e injustiças e termina por ser, em sua maior parte, um espaço sem cidadãos. Olhando o mapa do país, é fácil constatar extensas áreas vazias de hospitais, postos de saúde, escolas secundárias e primárias, informação geral e especializada, enfim, áreas desprovidas de serviços essenciais à vida social e à vida individual. O mesmo, aliás, se verifica quando observamos as plantas das cidades em cujas periferias, apesar de uma certa densidade demográfica, tais serviços estão igualmente ausentes. É como se as pessoas nem lá estivessem.*

SANTOS, Milton. *O espaço do Cidadão.*

*Por isso, as ações que terão maior impacto sobre a saúde das populações afro-descendentes são aquelas que visam a melhorar as condições sociais e de saúde dessas populações pobres, reduzindo as doenças ou as condições ligadas a esse estado e facilitando o acesso aos serviços de saúde, para atendimento.*



## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

O artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias estabelece que aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhe os títulos respectivos.

UM PAÍS DE TODOS

### Quilombos – Equipes de Saúde da Família



Atualização: abril/2003

### Quilombos – Distribuição por Municípios



Atualização: 2002

### Quilombos – Agentes Comunitários de Saúde

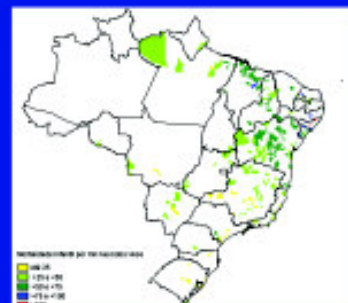


Atualização: abril/2003

**743 Quilombos**  
**População: 2 milhões**  
**Área: 30.581.787,58 hectares**  
**em 315 municípios**  
**em**  
**23 Estados**

BRASIL  
UM PAÍS DE TODOS

### Quilombos – Índice de Mortalidade Infantil



Atualização: 1999

### Anemia Falciforme – PAF

#### *Estimativas*

Em 1996 estimou-se a existência de dois a dez milhões de portadores do traço falcêmico e 8 mil a 50 mil doentes

Em estudos realizados em 1998, pelo Dr Amaro Luiz Alves, e publicados no Informe Epidemiológico do SUS, estimou-se que 80% das pessoas acometidas pela doença morrem antes de completar 30 anos de idade e que 85% das mortes por Anemia Falciforme não são registradas como tal no Brasil.

#### *Situação da Anemia Falciforme até 2003*

Criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra

Elaborado Programa Nacional de Anemia Falciforme, coordenado pelo Sub-Comitê de Hemoglobinopatias da Coordenação de Sangue e Hemoderivados (COSAH);

*O Programa de Anemia Falciforme – PAF elaborado apresentava como componentes: a busca ativa, o conhecimento real da extensão da doença, a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, o cadastramento de doentes, ações educativas, treinamento, pesquisa, bioética e centros de referência.*

#### *Situação em 2003*

Recursos previstos no PPA 2004 – 2007 na ordem de R\$ 22,6 milhões para as ações de organização e gestão do programa.

Expansão do Programa de Triagem Neonatal (a triagem para hemoglobinopatias é realizada em 12 estados da federação), com garantia de primeiro atendimento aos pacientes detectados no Serviço de Referência em Triagem Neonatal credenciado

### Incentivo à Eqüidade em Saúde

#### Objetivo

Ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da eqüidade.

### Alterações propostas:

Para competência maio de 2004:

- ✓ Atualização da base populacional dos municípios (IBGE 2003)
- ✓ Reajuste nos valores dos incentivos financeiros (custeio e adicional – 13º repasse) do PACS

Para competência julho de 2004:

- ✓ Incentivo à Eqüidade em Saúde

## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

### PLANO NACIONAL DE SAÚDE

#### *Um pacto pela saúde no Brasil*

- As ações do PS são a base para as propostas orçamentárias.
- A formulação do Plano Nacional de Saúde é responsabilidade do MS, cabendo ao CNS apreciá-lo.
- O PNS deverá incorporar as diretrizes apontadas na XII CNS.
- O PNS tem como uma de suas bases de formulação o PPA.
- O PNS deve conter as metas nacionais e regionais de saúde.

### PLANO NACIONAL DE SAÚDE

- Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90
- Decreto Nº 1232/94 (define as bases para as transferências Fundo-a-Fundo)
- Decreto 1.651/95 (regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria)
- Portaria Nº 548/2001 ("Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão").

### Prioridades a serem consideradas no PNS em relação a população negra

#### Agravos / Problemas de Saúde Prioritários

Mortalidade materna  
Causas externas HOMICÍDIO  
Doenças crônico-degenerativas: HIPERTENSÃO e DIABETES MELLITUS  
Doenças Cardiovasculares  
Mortalidade infantil  
Neoplasias malignas câncer , mama e útero  
prostata e pulmão  
DST/AIDS e outras doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase)

### PLANO NACIONAL DE SAÚDE BASES CONCEITUAIS

- O PS é instrumento de gestão do SUS.
- É a base das atividades e programas em cada nível de direção do SUS (Lei Nº 8.080/90).
- Compreende um período de Governo (4 anos) e deve ser revisto periodicamente.
- Os PS explicitam as intenções políticas, estratégias, prioridades e metas de Governo.

Doenças mentais (depressão, alcoolismo, estresse, etc)  
Hipertensão arterial  
Transtornos comuns na infância (subnutrição, diarreias, doenças respiratórias agudas, anemia falciforme etc.)  
Anemia falciforme  
Desnutrição (criança, gestante, idoso)  
Mortalidade precoce dos doentes falciformes  
Infecções e cirrose hepática  
Acidentes de trabalho  
Morte por AIDS mulheres negra em 2001 ultrapassa homens brancos e negros e mulheres brancas

**Estratégias a serem consideradas no PNS**

Como possibilitar o envolvimento dos gestores e trabalhadores da saúde dos estados e municípios, no alcance das metas consideradas centrais para a saúde da população negra?

Através da formulação de políticas e definição de protocolos básicos de ação, atrelando-os ao repasse de verbas federais;  
Incentivo o acesso, provendo um plus nos recursos financeiros;

**Estratégias a serem consideradas no PNS**

Divulgação nacional de pesquisas, experiências e práticas bem sucedidas que reconheçam as variáveis raça / etnia no campo da saúde;  
Difundindo informações sobre o tema através de seminários, publicações e palestras

**Estratégias a serem consideradas no PNS**

Como sugerido na 12ª Conferência nacional de saúde: criar junto ao Conselho nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da população negra;

Criar no Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais de Saúde uma Coordenação técnica de saúde da população negra, com participação da sociedade civil, objetivando mobilizar os profissionais e os serviços para a questão da saúde da população negra.

**Desafios a serem consideradas no PNS**

**Recursos Humanos**

Política de Formação de Recursos Humanos inadequada à realidade, profissionais não preparados para atender população negra

Racismo institucional

Informação

Gestão diretiva com tolerância para as diferenças sócio-culturais da população geral

Falta de envolvimento dos profissionais

**Estratégias a serem consideradas no PNS**

Como possibilitar o envolvimento dos gestores e trabalhadores da saúde dos estados e municípios, no alcance das metas consideradas centrais para a saúde da população negra?

Articulação de conselhos gestores e conselhos de saúde com a participação do movimento negro organizado;

Realizando um trabalho corpo a corpo com os planejadores de saúde, com uma estratégia de propagação desta ação como indicador de desenvolvimento político administrativo;

**Desafios a serem consideradas no PNS**

**Recursos Humanos**

Pouca participação dos usuários e falta de controle social.

Ausência de material informativo e educativo voltados para a saúde da população negra

Ausência de educação permanente



## Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas

### Desafios a serem consideradas no PNS

Intolerância e não reconhecimento das ações de saúde prestadas pelos Terreiros de Candomblé para a população de baixa renda

Ausência de material informativo e educativo voltados para a saúde da população negra

Recursos financeiros da seguridade social insuficientes, com a transferência de renda dos mais pobres para os mais aquinhoados.

Ausência de incentivos à fixação de profissionais nas periferias, ou regiões de exclusão social e econômica

### Desafios a serem consideradas no PNS

Ausência de fomento a estudos e pesquisas

Distribuição inadequada dos equipamentos e dos profissionais de saúde,.

Sucateamento e baixa qualidade dos serviços prestados nas áreas onde a população negra é majoritária.

Ausência de monitoramento epidemiológico com o recorte raça /etnia

Controle social frágil

### I Seminário Nacional de Saúde da População Negra

#### A Saúde da População Negra no Plano Nacional de Saúde: ações afirmativas para Avançar na equidade

##### Realização:

Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

Apoio: OPAS, DFID, UNIFEM, CONASEMS, CONASS.

Primeira quinzena de julho em Brasília.

### I Seminário Nacional de Saúde da População Negra

#### Objetivo geral:

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

### I Seminário Nacional de Saúde da População Negra

#### Objetivos específicos:

1. Articular e sensibilizar os gestores dos vários níveis do SUS para a importância da incorporação do quesito raça/cor em todos os componentes da política de saúde;
2. Apresentar um balanço das experiências de governo;

### I Seminário Nacional de Saúde da População Negra

#### Objetivos específicos:

1. Articular e sensibilizar os gestores dos vários níveis do SUS para a importância da incorporação do quesito raça/cor em todos os componentes da política de saúde;
2. Apresentar um balanço das experiências de governo;

**Comunidades quilombolas de  
Murumurutuba e Bom Jardim  
Município de Santarém, Amazonas**

**RADIS  
Comunicação  
em Saúde**



Nas casas simples e pequenas, cada coisa tem seu lugar.

## Seminário



## **I Seminário Saúde da População Negra 2004**



## **Assumir a diferença para restabelecer a igualdade e a justiça**

**José Carlos Seixas**

Senhores e senhoras. Bom dia!

Com um sentimento de tristeza aqui estou, representando o Excelentíssimo Senhor Secretário da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, Dr Luiz Roberto Barradas Barata.

- Por quê?

Porque sei que eu e os senhores teríamos maior satisfação e aproveitamento se ele pudesse continuar aqui presente e lhes falasse. Porém, paradoxalmente, tenho, também, grande alegria de representá-lo e poder participar deste Seminário, dada a sua especial significação e relevância para mim e para a cultura brasileira (enquanto modo de sentir, pensar e agir de um povo), bem como para uma melhor condição de vida e saúde da comunidade negra deste Estado e País.

Estudos, levantamentos, investigações, pesquisas relativas à saúde das populações negras do País e deste Estado foram feitas, são feitas e continuarão sendo feitas e os resultados serão apresentados, para reflexões e providências.

Não vejo necessidade de abordá-las, neste momento. Parece-me ser útil fazer aqui, publicamente, um relato sucinto de minhas reflexões pessoais a respeito do tema.

A comunidade, ou seja, a população negra apresenta especificidade de saúde-doença, em função da raça? Em razão de seu genótipo? Ou em razão de determinações sócio-econômico-culturais?

Meus estudos de saúde pública, epidemiológicos, laboratoriais, genéticos, sócio-antropológicos, iniciaram minhas reflexões básicas a

---

José Carlos Seixas é médico sanitário, doutor em Saúde Pública pela FSP/USP e assessor técnico de gabinete do Secretário Estadual da Saúde - SP

esse respeito, já bem tardiamente, no pós-universitário de Medicina, na Saúde Pública da Universidade São Paulo.

Foram retomadas agora, com a entrada do Luiz na minha sala, para participar da realização deste seminário.

Embora minhas reflexões se tenham iniciado em meados do século passado, intensificaram-se e aprofundaram-se, no início dos anos 90, quando eu estava no Ministério da Saúde, devido à atuação da comunidade negra organizada que influenciou o Governo Federal, a Presidência da República e acabou determinando a criação de Grupos de Estudos e de Atuação nos vários Ministérios.

Retomá-las, pois, nesta ocasião, me é muito grato.

Naquela época, prosperava a atuação do Ministério da Saúde, com a liderança e a dedicada responsabilidade de um companheiro de profissão e trabalho, conhecido de muitos aqui: o Amaro Luiz Alves.

Já havia entre nós uma séria preocupação: se eram tão poucas as ocorrências mórbidas que poderiam ser atribuídas às características genômicas da raça negra, mesmo assim sem exclusividade para tal população, como explicar as especificidades de saúde-doença, no tocante à maior incidência, prevalência, gravidade e mortalidade em muitas ocorrências mórbidas, nesta população do Brasil, quando comparada com segmentos populacionais de outra cor de pele?

Sabe-se que estas características de ocorrência populacional coletiva estão diretamente vinculadas a determinantes sociais. Mas quais estarão agindo aqui? Há peculiaridades de trabalho, de emprego e remuneração e, por conseqüência, de condições econômico-financeiras e de moradia?

A diversidade da raça, estereotipada na cor da pele, teria influência? Determinou, determina um pré-conceito? Um pré-conceito pejorativo, excludente?

Com certeza em épocas de muita bonança, não aflora. Mas, em situações de dificuldades, o preconceito aflora e se “justifica”. Em épocas de grandes riscos e escassez, chega-se à barbárie.

Entretanto, em condições de normalidade da vida social, os preconceitos pejorativos têm influência?

Sim! Subliminarmente. O que torna sua superação mais difícil.

E em relação à raça negra, no Brasil, o preconceito se assentaria no quê?

## Assumir a diferença para estabelecer a igualdade e a justiça

Na cor preta? Seria uma cor agressiva, desagradável? Com certeza, não.

Seria o cheiro, o odor da raça? Só desculpas. As raças têm de fato odores diversos para agradar e atrair semelhantes e afastar diferentes. Assim, nada mais desagradável para um simples branco, amarelo ou negro que estudar ao lado de um ariano puro, depois de uma acirrada partida de futebol, sem banho ao final. Eu sei bem o que é isto!

Mais que questionar se, no Brasil, existe ou não um preconceito pejorativo em relação ao negro, resolvo questionar-me a mim mesmo. Eu tenho preconceito? Como cidadão, como profissional?

De pronto, não!

Nasci numa família que, seguramente, não tinha condutas ditadas pelo falar “politicamente correto ou incorreto”, e que nunca extravasava expressões e comportamentos racistas contra os negros.

Talvez porque freqüentemente convivêssemos com eles? A minha primeira babá, querida e inesquecível, foi a Antônia. Deixou minha casa para casar. Era negra.

Tivemos, depois, uma cozinheira, “governanta”, a Regina. Minha comadre. Sou padrinho do seu filho José. Eram negros.

Eles eram bons, bondosos, mas, nas “acomodações dos fundos”.

Poderia estar aí a base de sustentação de meu preconceito?

Qual a minha convivência com negros no mesmo meio, nas mesmas concorrências, em outros ambientes?

Houve, no grupo escolar, com muito pouco convívio.

Nos clubes que freqüentei, nenhuma convivência.

No ginásio, nunca.

No colégio, nunca.

Na Faculdade, nunca.

Não é de estranhar que me surpreendesse, ao ir para o Ministério da Saúde, ter encontrado, no corpo de assessores mais inovador daquela Pasta, um negro: o Amaro.

Nenhuma dificuldade no relacionamento, ao contrário; a situação não era de dificuldades e conflitos, era de construção conjunta. Mas, como não controlo meu inconsciente, me perguntei e me pergunto: Por que a estranheza da presença do negro, quando nunca tive esta estranheza com a presença de um nipônico ou de um ariano?

Será que a convivência, antes tranqüila e sem conflito, depois ausente, ao longo de muitos anos, não me terá fixado, de modo

inconsciente e sem nenhum sentimento de culpa, um preconceito pejorativo e excludente: de que a pessoa negra é muito boa e construtiva, mas, para coisas menores, para as “acomodações dos fundos”?

Um preconceito terrível, por não se assentar na falta desta ou daquela qualidade pessoal, mas assentado numa premissa de desigualdade essencial, de inferioridade da raça. Essas diferenças e limitações não seriam resultantes de falta de oportunidades para o desenvolvimento, mas de desigualdade essencial, de inferioridade essencial.

A partir destas reflexões, independente de números, de pesquisas e de relatos autorizados, passei a crer que até mesmo eu e muitos outros, como eu, podemos ter pré-conceito negativo – pejorativo e excludente. Contudo inconsciente, sem culpa. Todavia, conscientizado, tenho de superar o pré-conceito, para não assumir suas maléficas conseqüências, entre as quais a responsabilidade pessoal e o sentimento de culpa.

É tão só uma reflexão pessoal – verdades ou meras especulações intelectuais?

Hipótese, hipóteses!

A serem confirmadas ou renegadas. De qualquer forma, se confirmadas, há exigências de superá-las. Se não confirmadas, impedir que venham implantar-se.

Daí porque penso que se deveria mudar o título do excelente artigo que consta dos documentos da pasta deste Encontro: “Assumir a diferença para promover a igualdade”.

Melhor seria: “Assumir a diferença para restabelecer a igualdade e a justiça”.

A igualdade, que não é uma qualidade a conquistar, que não é prerrogativa de qualquer raça, de qualquer cor, a igualdade é uma condição essencial da existência humana, por qualquer uma das três razões distintas ou pela somatória das três, a seguir lembradas.

Os seres humanos, qualquer um deles, são essencialmente iguais entre si:

1) Pela sua natureza genômica – razão absolutamente natural. Igualdade que os identifica como uma só espécie e lhes permite unir-se, reproduzir-se e propagar-se, ao longo dos tempos.

2) Pela sua inserção social, pela Carta Magna: a Constituição do Brasil e sua legislação complementar garantem-lhes viver em um Estado de Direito: perante a lei, todos são iguais em direitos e obrigações.



### **Assumir a diferença para estabelecer a igualdade e a justiça**

3) Por razões teológicas, são todos iguais, filhos de Deus e irmãos em Cristo.

As diferenças, que podem ser causas de dominações ou submissões, são, sim, fatores enriquecedores da experiência existencial dos homens, que lhes propiciam melhor adaptação, prolongamento da vida, enriquecimento dos meios e da qualidade de convivência, na terra e no Universo.

Sem dominações e subordinações, as diferenças com liberdade, mais que procriação, favorecem a criação humana e o prolongamento da vida.

Dada a importância, na vida humana, da igualdade essencial e das diferenças existenciais, o empenho na superação do preconceito racial, seja do negro ou de outras etnias, não deve causar receio de acirramento, de ódios, vinganças ou mesmo sentimentos de culpa. Só com esse empenho será possível vencer terríveis injustiças de desqualificações, de redução ou impedimento a diferentes oportunidades de qualificações e progressos e, mesmo, de segregações. Só esse empenho na superação do preconceito racial permitirá convivência com culturas enriquecedoras, para todos que delas usufruírem.

Com estas reflexões, desejo que este encontro seja um evento enaltecedor da comunidade negra, exaltador da cultura negra e enriquecedor da Cultura Brasileira, com suas diversas etnias, dentro de uma luta sem ódios, mas sem tréguas, contra o preconceito ao negro, quer no convívio social, quer na assistência à saúde.

Uma renovação no processo de assistência à saúde, associando, no ambiente profissional da saúde, uma consciência crítica ao preconceito racial e à “coisificação”, no atendimento a pessoas, com certeza, determinará melhorias expressivas nos resultados da assistência à saúde da Comunidade Negra deste Estado e deste País.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004



## Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde

**Luís Eduardo Batista e Suzana Kalckmann**

Quantos somos? Onde estamos? Quais são as nossas condições de vida? E de acesso a bens? E ao consumo? Do que adoecem e morre a população negra no Brasil?

Estas são algumas das perguntas formuladas pelo movimento negro há muitas décadas, pois sempre teve consciência que os negros morrem mais e que suas condições de vida determinam como adoecem e morrem. Todavia, os gestores do sistema de saúde, e também a Academia, diziam: “*Provem isso, vocês não tem números para mostrar o que estão dizendo. Se adoecer tem a ver com condições de vida, então os negros morrem mais porque são pobres*”. Para estes atores o Brasil vive uma democracia racial, o racismo não existe e/ou tem pouca importância nas relações sociais. Essa argumentação justifica e mantém invisível o tema saúde da população negra.

Confirmando que o mito da democracia racial, construída pela ideologia hegemônica, foi alimentada pela ausência de informações, a demógrafa Elza Berquó afirma que tínhamos dados sobre cor nos censos de 40, 50 e que, de 1960 – censo que só veio a público em 1978 – a 1978, essa informação foi eliminada, não havendo idéia como a população negra evoluiu neste período (Radis, n. 20, 2004).

---

Luís Eduardo Batista é sociólogo, mestre e doutor em Sociologia. Pesquisador do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde SP, representante da SES no Conselho Estadual da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, representante da SES na Comissão de Ações Afirmativas do Estado de São Paulo e pesquisador do Núcleo Negro da UNESP para Pesquisa e Extensão – NUPE.

Suzana Kalckmann é 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.

Assim, em busca de informações concretas, a inclusão do quesito cor nos cadastros do Sistema de Informação do Brasil passou a ser uma demanda importante do movimento negro. Era, e é, fundamental saber quantos brancos e negros existem em nossas cidades, saber quais são suas condições de vida, sua renda, como têm acesso a bens e serviços, pois só assim é possível tornar visíveis as iniquidades existentes no país e buscar formas de compensá-las. Como Lopes e Malachias afirmam: “*a inclusão do quesito cor no sistema de informação indica a vulnerabilidade de diferentes grupos sociais e possibilita a adoção de políticas públicas específicas e portanto mais eficazes*” (2001).

Em 1995, a **Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Cidadania e a Vida** reafirma essa necessidade. Em 1996, é criado o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI). Neste mesmo ano, o quesito cor foi incluído no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINAM) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Contudo a sua real implantação não tem sido homogênea nos diferentes estados e municípios. E não tem sido tarefa fácil. Os antigos argumentos, volta e meia, ressurgem paralisando o processo. Ainda em 2003, no Estado de São Paulo, a proporção de não preenchimento do quesito cor no SINAM chega a 23% do total de nascidos vivos.

Em 2001, a Organização das Nações Unidas (ONU) realiza a **III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância**, em Durban (África do Sul), que recoloca a discussão do racismo e da necessidade de políticas públicas, inclusive na área da saúde. É nesse contexto que as ações afirmativas ou políticas compensatórias passam a constar das agendas internacionais e nacionais.

Em 1999, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publica os primeiros dados, no Brasil, sobre o perfil das condições socioeconômicas (escolaridade, renda, trabalho) segundo a cor. No Ministério da Saúde se iniciam, muito lentamente, os primeiros passos para uma Política de Saúde para a população negra.

Neste ínterim, pesquisadores negros começam a se qualificar, privilegiando como tema de suas dissertações e teses a questão da saúde e das condições de vida da população negra no Brasil. Em 2000, no Recife, acontece o **I Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros**;

## Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde

nova reunião ocorre dois anos depois, em São Carlos; e em 2005, em São Luiz do Maranhão. Se em Recife tivemos apenas uma palestra e uma mesa redonda discutindo a questão da saúde, em São Carlos aconteceram um curso pré-congresso, duas mesas redondas e a formação de um Grupo Temático. A realização desses congressos possibilitou o intercâmbio entre os pesquisadores, que puderam afinar discursos, discutir as lacunas do conhecimento, além de criar um espírito de grupo. Hoje estes pesquisadores coordenam três grupos de pesquisa do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil – CNPq: Raça/etnia e saúde<sup>1</sup>; Raça/etnia, gênero e saúde<sup>2</sup> e Relações Raciais e Desigualdades Raciais no Brasil Contemporâneo<sup>3</sup>. Estes grupos têm atuado na articulação entre movimento social, políticas públicas, academia e os gestores do Sistema Único de Saúde.

Não se pode deixar de pontuar a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR) em 21 de março de 2003, por medida provisória e convertida em lei nº 10678, em maio do mesmo ano. A SEPPPIR foi fundamental para a inserção do tema saúde da população negra na agenda do Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2007 (recomendações para ações e projetos), se bem que ainda de forma bastante incipiente<sup>4</sup>; na realização do Seminário Nacional de Saúde da População Negra dentre outras ações em desenvolvimento no Ministério. Foi o trabalho da SEPPPIR que possibilitou a participação de ativistas e profissionais negros na 12ª Conferência Nacional de Saúde (delegados, relatores de apoio e de síntese).

A presença de profissionais ligados ao movimento negro em postos de comando nas estruturas do aparelho de estado, também fez, e está fazendo, toda a diferença no sentido de pautar o tema nas ações governamentais.

No Estado de São Paulo, em 2002, toma posse no Conselho Estadual de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra a Prof<sup>a</sup>. Elisa Lucas Rodrigues, primeira mulher a ocupar esse posto, que

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Mato Grosso

<sup>2</sup> Instituto de Saúde, SES/SP

<sup>3</sup> Universidade Cândido Mendes do Rio de Janeiro

<sup>4</sup> Fernanda Lopes alerta, “nas metas do PNS constam apenas a Anemia Falciforme e a atenção as Comunidades Quilombolas”.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

em sua primeira audiência com o governador Geraldo Alckmin, apresenta dados<sup>5</sup> que evidenciam o impacto do racismo nas condições de vida, no acesso aos equipamentos públicos e no processo saúde, doença e morte da população negra do Estado, explicitando assim a necessidade de se trabalhar com o tema “**Ações Afirmativas**” no campo da educação, trabalho e saúde. O Governador aceita o desafio e a partir daí o Conselho realiza audiências sistemáticas com os Secretários da Educação e da Saúde. A estratégia de trabalho adotada foi criar Grupos de Trabalho<sup>6</sup> para elaboração de propostas, realização de eventos de sensibilização de técnicos e implantação de ações (Sec. da Educação). Nesta perspectiva, o Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra e a Secretaria da Saúde organizaram o *I Seminário Estadual de Saúde da População Negra –SP*.

Esse evento aconteceu no dia 13 de maio de 2004 e teve como fio condutor a necessidade de busca pela **equidade na saúde da população negra** e contou com a participação de público bastante diversificado, reunindo gestores municipais, regionais e locais da área da saúde, educação, cultura, representantes de várias entidades do movimento negro e pesquisadores, no total de cerca de 600 pessoas, das quais apenas 285 assinaram o livro de presença.

Nessa ocasião, foi lançado um número especial do Boletim do Instituto de Saúde sobre a Saúde da População Negra.

### **Por que o Seminário?**

Porque as mulheres negras do Estado de São Paulo morrem 6,4 vezes mais que as brancas por morte materna; porque a mortalidade infantil está reduzindo no Estado como um todo, mas a redução é menor entre as crianças negras; porque homens e mulheres negras morrem mais que os brancos por Hiv/Aids. Porque a população negra sente e relata, mais freqüentemente, atitudes discriminatórias por parte dos profissionais, têm maior dificuldade em acessar o sistema, maior dificuldade em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde e os gestores do SUS precisam estar atentos a isto.

---

<sup>5</sup> Fundação Seade e por pesquisadores negros.

<sup>6</sup> Os grupos de trabalho eram compostos por técnicos da secretaria, conselheiros e militantes com notório saber convidados pelo Conselho.

## Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde

A idéia da presente publicação surgiu pela grande demanda que temos recebido dos municípios – gestores de diferentes setores, inclusive prefeitos, profissionais de saúde e ativistas do movimento negro, de mulheres, da luta contra a Aids, entre outros – que têm solicitado materiais instrucionais e de apoio para darem continuidade as propostas desse Seminário. Assim, ela vem cumprir o objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde e ativistas para a realização de encontros, capacitações e discussões nos níveis regionais e locais, pois só assim as propostas políticas poderão se tornar ações concretas que terão impacto, garantindo a equidade preconizada pelo SUS.

Não podemos deixar de considerar que mudanças efetivas, que estão na contra mão da ideologia hegemônica, exigem um monitoramento contínuo.

Lembrando que a questão da raça/etnia na saúde deve ser entendida como um tema transversal, que exige profissionais de diferentes esferas e setores da saúde sensibilizados para transformarem a indignação frente aos dados em ações concretas no Sistema Único de Saúde.

Não se pode deixar de considerar, também, a importância de registrar esse importante marco de comprometimento do Estado de São Paulo, em especial da Secretaria de Estado da Saúde, com a saúde da população negra.

Na primeira parte do livro estão os textos derivados das apresentações realizadas pelos palestrantes durante o Seminário.

José Carlos Seixas traz em sua reflexão **Assumir a diferença para restabelecer a igualdade e a justiça**, além de sua sensibilidade, a vasta experiência adquirida em sua jornada pela saúde pública brasileira.

Maria Inês da Silva Barbosa (Secretária Adjunta da SEPPIR<sup>7</sup>) e Valcler Rangel Fernandes (na época, Subsecretário de Planejamento e Orçamento da Secretária Executiva do Ministério da Saúde) através do texto **Afirmando a Saúde da População Negra na Agenda das Políticas Públicas** nos atualizam sobre o andamento e avanços conseguidos na esfera federal e apresentam as metas a serem alcançadas.

---

<sup>7</sup> Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

Fernanda Lopes nos apresenta em seu texto **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil** uma valiosa revisão sobre o tema, fornecendo conceitos importantes para o melhor entendimento da maior vulnerabilidade da população negra frente aos agravos a saúde e o porquê da urgência na adoções de ações específicas direcionadas a ela.

**Mortalidade Infantil Por Raça/Cor** relatado por Estela Maria García de Pinto da Cunha, pesquisadora do NEPO, explicita através de análise de dados do SINASC, SIM, Censo 1960, 1980 e 2000 e das PNADs de 1995 e 1998, que a mortalidade infantil ocorre de forma diferenciada entre crianças brancas e negras. Enfatiza que apesar da mortalidade infantil estar diminuindo como um todo, no Brasil, a redução entre as crianças negras (25%) é cerca da metade da ocorrido entre as brancas (43%). Resultados similares são apresentados por Luís Eduardo Batista no texto **Mortalidade da população negra adulta no Estado de São Paulo**. O autor afirma que os negros morrem mais que os brancos e que as causas de suas mortes estão diretamente relacionadas as condições de vida, as dificuldade de acesso a serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Maria Lúcia da Silva, que é psicoterapeuta e ativista do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras, focaliza em sua apresentação **Racismo e os efeitos na Saúde Mental** como tem percebido em sua práxis como o “ser negro”, na nossa realidade discriminatória e racista, interfere na realidade afetiva dos indivíduos, na auto-estima e saúde mental do povo afro-brasileiro.

Maria Aparecida Bento nós conta, através dos resultados de uma pesquisa desenvolvida pelo CEERT, o processo de **implantação do quesito cor nos registros de informação do município de São Paulo**, evidenciando que é possível, mas que exige a “*participação de vários setores, sendo fundamental a do movimento negro*”.

Finalizamos essa parte com a **Carta de São Paulo**, documento assinado pelas organizações e profissionais presentes no seminário, que é a síntese das discussões e demandas da comunidade negra para os gestores estaduais e municipais da saúde. É um compromisso, e deve ser entendido como a proposta de política pública de saúde para o estado de São Paulo, que recomenda ações entendidas como metas a serem cumpridas a curto e médio prazo, que podem e devem ser monitoradas.



## Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde

Na segunda parte reunimos alguns textos e documentos que podem subsidiar os trabalhos locais e podem contribuir com os Movimentos para exercerem o controle social.

O **Decreto nº 48.328**, assinado pelo governador do Estado de São Paulo, em 15 de dezembro de 2003, institui, no âmbito da administração do Estado, a política de ações afirmativas para afrodescendentes e dá providências correlatas.

Em seguida, o documento **Saúde da população negra e o SUS - Ações afirmativas para avançar na equidade: contribuições do Ministério da Saúde em 2004**, elaborado pelo Comitê técnico Saúde da População Negra, que relata o que está sendo realizado em cada área do MS e indica a forma de se obter informações mais detalhadas sobre cada tópico.

São também fundamentais os documentos **Termo de compromisso e Um grito pela equidade**, que foram frutos do 1º Seminário Nacional da Saúde da População Negra ocorrido em Brasília, em agosto de 2004.

E para que cada gestor possa considerar a magnitude da questão em seu município anexamos a distribuição da população residente pelo quesito cor por município do estado de São Paulo, assim como a sua distribuição espacial.

As listas de participantes e entidades presentes ao *1º Seminário de Saúde da População Negra* finalizam o livro.

Esperamos que ele possa contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da população negra.

## I Seminário Saúde da População Negra 2004



## **Participantes que assinaram o livro de registro do I Seminário Saúde da população Negra do Estado de São Paulo**

Adriana Aparecida Correia  
Adriana Baldo  
Adriano da Silva Andrade  
Adriano Marcio de Carvalho  
Adriano Vieira Flor  
Airton Edno Ribeiro  
Alan Franki Ferreira  
Alaor Clemente  
Aliamis Martins  
Alva Helena de Almeida  
Álvaro Santos  
Alzira Florencio Caetano  
Ana Carolina Cabral Roque  
Ana Lúcia Dias de Campos  
Ana Lúcia Vicente da Oliveira  
Ana Maria Cardoso  
Ana Maria Souza Mendes  
Ana Muniz de Sousa Rodrigues  
Ana Paula Alexandre Marcelo  
Ana Paula de O Amorim  
Ana Rita Dias da Encarnação  
Analia Fernandes  
André Luis Di Gaetta Moraes  
André Luis Macedo Vieira  
Andreлина Rafaela Reny de Araujo  
Angelo Gabriel Ventura  
Anna Maria de Jesus  
Anna Volochko

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Antonia Angelo Garcia  
Antonia Cleude da Silva  
Antonia Souto Bencini  
Antônio Luiz Pimenta  
Aparecida Marcia Silva dos Santos  
Aparecido Augusto Marcelo  
Arlete de Lourdes Isidoro  
Aurélio de S. L. Paulo  
Babalorixa Celso Ricardo de Oxaguian  
Carlos Botelho  
Carlos Eduardo Rogerio  
Carlos Mazzoca Navarro  
Carlota de Oliveira Galdino Silva  
Cecília Silva Pereira dos Santos  
Célia Conceição dos Santos  
Celia da Silva Rosa  
Chindalena Ferreira Barbosa  
Cipriano do E. Santo Filho  
Claiton Ap. Serafim  
Claudio Thomaz  
Claudoberto Santos  
Clelia da Costa Gomes  
Conceição Aparecida Loureço  
Creuza dos Santos  
Cristiane de Araújo  
Cristiane Simone Almeida Luz  
Cynthia Calixto Elias de Freitas Ribeiro  
Dagmar Ribeiro  
Dalvina Maria Santos da Silva  
Daniela da Silva Lima  
Daniela Trigueros  
Davilson N. dos Santos  
Debora Garcia Ferreira  
Debora Teixeira do Amaral  
Denise de Oliveira Carneiro  
Denise de Souza Oliveira  
Dilma Cândida de Jesus  
Dirce Elena Bruno

## Participantes

Djaniro Marques  
Eberton Luis Alves  
Edenilce Elliott  
Edina Aparecida Mendes  
Edison Benedito Luiz  
Edmea das Graças Silva  
Edna A. Nascimento Santos  
Edna Marques da Silva  
Edna Muniz  
Edson Augusto Nogueira  
Eduardo Gomes  
Eliad Dias dos Santos  
Eliana de Fátima Carolino  
Eliane Reny do Nascimento  
Elisa Lucas Rodrigues  
Eliza Gabriel da Costa  
Elizeu Paixão  
Eloisa Angélica dos Santos  
Elza Berquó  
Elza Ferreira Lobo  
Emmanuel Gianoni Zirandi  
Enaura Maria De Almeida  
Esmeralda Ribeiro  
Esmeralda Vieira Calle  
Espedito Roberto da Silva  
Estela Maria Garcia de Pinto da Cunha  
Eutalia Araújo  
Evandro Rosa dos Santos  
Evaristo dos Santos Pinto  
Fabiana Isidoro Ferro  
Fabio Pereira da Cruz  
Felícia Reicher Madeira  
Fernanda Aparecida Torres Onaves  
Fernanda Efigenia Ribeiro  
Fernanda Lopes  
Flavia Zacharias Jeronimo  
Francisco Carlos Quintino da Silva  
Frederico César Camargo

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Gabriel da Silva Araújo  
Gabriela Lotta  
Geraldo Tenuta Filho  
Gilda Risateli Narano  
Gilza Lopes S. de Mello  
Giselda Turienzo Lopes  
Hélio Benedito da Costa  
Herculano Moura Santos  
Horácio Toro  
Ionice M. Trajano  
Iracema Ester do Nascimento Castro  
Ireunice de Siqueira  
Isabel Antunes Fonseca  
Isabel Cristina Silva Massanate  
Izabel Cristina Reale Thereza  
Izilda Aparecida de Toledo  
Jacqueline Serafim de Freitas  
Jair Pedro da Silva  
Jane Aparecida da Luz  
Jarbas Eugenio Calabar  
Joana Aparecida da Silva  
Joana D' arc S. Lara  
João Baptista de Jesus  
João Carlos dos Santos  
Jorge Reis Tarcísio  
José Antônio dos Santos  
José Augusto de Souza  
José Carlos da Silva  
José Carlos de Souza  
José Carlos Ramos de Oliveira  
José Carlos Seixas  
José Costa  
José Henrique Lobo  
José Humberto Henrique Dias  
José Reinaldo Araldo  
José Roberto de Almeida  
Josefina Ferma Cesaria  
Josefina Ferreira

## Participantes

Jovino de Souza  
Juliana G. Nogueira  
Jurandir Nogueira da Silva  
Jurema Silva do Carmo  
Jussara Gonçalves de Souza  
Katia Cibelle Machado Pirotta  
Kelly Ap. Matias  
Kelly Cristina  
Laura Marciano da Costa  
Lazaro Martimiano Roque  
Leonardo Ramos da Silva  
Lia Marcia Guerra Abrahao Farath  
Lúcia Aparecida Machado  
Lucia Thomaz dos Santos  
Lucimare Silva Poron  
Luis Antonio Machado  
Luis Eduardo Batista  
Luiz Antônio Despezzio Cintra  
Luiz Carlos Roberto  
Luiz Maurício Coutinho  
Luiz Roberto Barradas Barata  
Magnolia Valerio da Silva  
Marcelo da Silva  
Marcia Lazara dos Santos Lopes Silva  
Marcia Loureço  
Marcia Regina Barbieri  
Marcos Alexandre Oliveira  
Marcos César de Barros  
Maria Angela Tomazella  
Maria Aparecida Balduino da Silva  
Maria Aparecida Amaral da Silva  
Maria Bernadete de Campos  
Maria Celestina de Oliveira Marciano  
Maria Celia Malaquias  
Maria Clara  
Maria Clementina de Souza  
Maria da Conceição M. Lepique  
Maria de Fátima Felix

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Maria de Fátima Soares  
Maria de Lourdes Caixeta Gilioli  
Maria de Lourdes Gonçalves  
Maria do Socorro da Silva  
Maria Elisabete Ferreira de Palma  
Maria Elizabeth Armelin da Guia Rosa  
Maria Helena Ramos  
Maria Helena Satyro  
Maria Inês da Silva Barbosa  
Maria José P. da Santos  
Maria José S. C. Passos  
Maria Lúcia da Silva  
Maria Luiza L. S. Morlakta  
Maria Luíza Leão Salerno Matesta  
Maria Regina Cassimiro Penteado  
Maria Regina Ramos da Silva  
Maria Regina Teixeira  
Maria Tereza Menegoll Araújo  
Mariana Coelho Rosa  
Marileusa Moreira Fernandes  
Mario Rogerio S. Bento  
Mario Rosa Júnior  
Marlene Rizziolli Lima  
Marta Lima Cavalcante  
Mayumi Maria Quintella Batista  
Micheli Moraes Santos  
Miguel Menendes  
Miguel Simão da Cruz  
Mirian Miya  
Nair Ephigenia Ribeiro  
Nanci Benedita Andre  
Nanci Jorge da Fonseca  
Neide Schimalzi  
Nelson James Wright  
Neusa Julião Barbosa  
Nicanor Ribeiro (Sósia do Rei)  
Nilceia Alves Gomes Silva  
Nilze Naida Canecchia e Cortez



## Participantes

Odete da Lapa  
Olga Gomes Borges  
Osvaldo da Silva Campos  
Pastor Camilo José R. dos Santos  
Patrícia Ribeiro do Nascimento  
Paulo Henrique Ribeiro Floriano  
Raquel Sousa  
Regiane Elina Vera Braz  
Regina Nogueira  
Reginaldo Amorim dos Santos  
Rita de Cassia Calono  
Rita de Cássia Garcia  
Robert Wagner  
Robson Luis dos Santos  
Robson Santos Campos  
Ronaldo Bonciani  
Rosa do Nascimento  
Rosa Maria Pitanga Firmino  
Rosana Batista Monteiro  
Rosana dos Reis Moreira  
Rosana Gravena  
Rosangela Costa  
Rosangela de Paula  
Rosaria Maria de Paula  
Roseli de Oliveira  
Rosemari Ap. Monteiro Leite  
Rosemeire Ap. Biancolin  
Sandra M. Guilherme  
Sandra Regina Camillo  
Sandra Regina Rodrigues de Souza  
Sebastião Augusto dos Santos  
Shirley dos Santos  
Silmara da Costa Soares Pinto  
Silvana Sabrina de Matos  
Silvia Helena Seixas Alves  
Silvio Del Matto  
Silvio Donizete Nunes  
Solange Francisca Santos

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Sônia Maria B. E. Silva  
Sonia Maria Zanelato  
Sônia Nascimento  
Sônia Regina Limas  
Suzana Kalckmann  
Tânia Rosa do Espírito Santo  
Teonilia Gonçalves de Souza  
Teresinha Silva Moreira  
Terezinha de Oliveira Marciano Costa  
Thais Helena Roberto Aguiar  
Thais Lopes Do Prado  
Thiago Cristiano Gomes  
Thiago N. Pinna  
Tiago Noel Ribeiro  
Ubiratan Araujo do Nascimento  
Valcler Rangel Fernandes  
Valter Sussumu Yoshida  
Vanessa Iolanda Rodrigues  
Vanessa Martins da Cruz  
Vanessa Varella  
Vera Cistina de Souza  
Vera Lúcia da Silva  
Vera Lúcia Gomes  
Vilma Aparecida Rosa  
Vilma Tereza dos Santos  
Viviane Aparecida Bernardo Anastácio  
Walquiria Regia Vilaça  
Walter Oliveira Lopes Júnior  
Wellington Cudinoto  
Wendell Luciano da Silva  
Willians Henrique da Silva  
Wilson Lima Santos  
Yeda de Souza Santos



## Entidades participantes

100<sup>o</sup> Distrito Policial  
3<sup>a</sup> Idade do CERET  
A.U.A.P. Zona Norte  
Adm. dos Advogados do Brasil / SP  
AJUBRAS  
APEOESP/CUT  
ASPIR - Leme Conselho Estadual  
Assembléia Legislativa  
Asses Promoção Igualdade Racial de Diadema  
Associação Afro Bras Ogban  
Associação Comunitária Auri Verde  
Associação Cultural Comutária Consciência Negra  
Associação Cultural Afro Brasil - Valinhos  
Associação de Anemia Falciforme - SP  
Associação dos Agentes Comunitários  
Associação Lib Expr Afro Olim-Aleao  
Associação Promoção Igualdade Racial  
Associação Recr. e Cult. Afro-Bras  
Associação Cultural e C. Coment. Comerc  
AUREA Brasileira  
Prefeitura Municipal Caraguatatuba  
Casa Civil  
CEABRA – SP  
CEAPPD  
CEBRAP Centro Brasileiro de Análises e Planejamento  
CEERT – SP  
CEFOR/ Escola Técnica  
CEFRAN

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

CENARAB  
Centro Estudos Pres Jango (CEJAN)  
Centro Hospitalar Sistema Penitenciário  
CEPROAJ  
Clube Melhor Idade MARIAMA  
Comando de Liderança da Leste  
COMICIM Instituto ODOYA  
COMICIN - Limeira  
COMICIN (Coral Thulany)  
Comunidade Negra Fraca APECOMP  
Comunidade União de Mulheres Negras  
CONDECOM Comunidade Negra  
Conselho de Comunidade de Franca  
Conselho de Saúde do Município de São Paulo  
Conselho do Negro de Caieiras  
Conselho Municipal Prefeitura de Guarujá  
Consulado Geral de Angola  
COSEMS  
CRT DST/AIDS – SP  
CS Escola Butantã  
CS III Armando D’arienzo  
CTA Henfil  
DANDARA  
Deputado Estadual Fausto Figueira  
DINDREP Sind Do Serv Publ Municipal  
DIR de Ensino Região – SUZANO  
DIR I -Capital SEC DA SAUDE – SES/SP  
DIR III SES/SP  
DIR III Mogi das Cruzes SES/SP  
DIR IV CEFOR - Franco da Rocha  
DIR V Osasco SES/SP  
DIR XII Campinas SES/SP  
DIR XIII Franca SES/SP  
DIR. I – Capital  
DIR.V – Osasco  
Direção Regional de Saúde de Osasco  
Diretoria de Ensino – Osasco  
Diretoria de Ensino – Suzano

## Participantes

Diretoria de Ensino – Leste 4  
ECAL / ASPIR  
Fala Preta!  
Fórum das Mulheres Negras  
FUNASA – Ministério da Saúde  
Fundação OPEM  
Gabinete Vereadora Claudete Alves  
GRIO/Mov Fala Bantu  
Grupo MARIANA  
Grupo Zumbi Assoc. Mov Afro-Brasileira  
GVTR  
Hospital e Maternidade Henrique Bicalho  
Hospital S<sup>ta</sup> Marcelina - Itaim Paulista  
Hospital Estadual da Vila Alpina  
Hospital Geral de Itapeçerica da Serra  
Ile ache oni xango  
Ile oni azougo xango  
Ile Alaketu Asé Ibualamo  
Instituto AMMA Psique e Negritude  
Instituto de Saúde -SES/SP  
Instituto Plural  
Instituto Polis  
IOCE  
Irmandade Ns Rosário Homens Pretos  
Movimento dos Músicos Sem Terra  
Movimento Negro Unificado  
NEPAIDS/USP  
NEPO  
Nga 63 Varzea do Carmo  
Nucl Cult Afro-Brasil Unificado Sorocaba  
Núcleo da Comunidade Negra de Osasco  
Núcleo Regional de Saúde  
NUPADECONE  
NUPE – UNESP  
CONE/ São Paulo  
Prefeitura Municipal – Jandira  
P.S.B.  
Pastoral Afro – S<sup>ta</sup> Edwirges

## I Seminário Saúde da População Negra 2004

Pastoral Afro – S<sup>ta</sup> Luzia  
Pastoral da Juventude Católica  
Policia Militar / SP  
Prefeitura Municipal – Carapicuíba  
Prefeitura Municipal – Eldorado  
Prefeitura Municipal – Mauá  
Prefeitura Municipal – Olímpia  
Prefeitura Municipal – Rio Grande da Serra  
Prefeitura Municipal – Santana Parnaíba  
Prefeitura Municipal – São Lourenço da Serra  
Programa. DST/AIDS – Município de São Paulo  
Programa. DST/AIDS – Piracicaba  
PSB  
Quilombo Hoje Literatura  
Rede Afro Jovem  
Rede Brasileira Redução Danos – REDUC  
Rede Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Saúde  
Revista Raça Brasil  
Ricardo Viveiros – Comunicação  
Secretaria Municipal de Saúde – Bananal  
S.M.S – Prefeitura Municipal de São Paulo  
Santa Casa de Misericórdia de Leme  
Soweto  
Sec Saúde – Rio Grande da Serra  
Secretaria Municipal de Cultura – Ribeirão Preto  
Secretaria Municipal Saúde – Leme  
Secretaria Municipal Saúde – Caraguatatuba  
Secretaria do Planejamento  
Hospital da Policia Militar  
Secretaria de Saúde – Itaquaquecetuba  
Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo  
Secretaria PELA PROM DO I RACI  
Secretaria de Saúde – Franca  
SEG US COM SAUDE POP NEGRA SP  
CIEMACO  
SIEMARO – Piracicaba  
Sindicato dos Sapateiros  
SINTUNIFESP Universidade Paulista

## Participantes

SMS-DST/AIDS

Sociedade de Psicodrama de São Paulo

TUCANAFRO PSDB – Vila Carrão

U.B.S. Vila Regina

U.B.S. Vila Guarani

UNICAMP

UNIPLAC

Universidade Federal de Campina Grande

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Vigilância Epidemiológica – DIR II

Vigilância Epidemiológica – DIR III

Zambo do Movimento Negro de Caraguatatuba

## I Seminário Saúde da População Negra 2004