

Saúde da População negra: Um espaço de ausências

Andréia Cordeiro¹

Resumo: o presente artigo é resultado da monografia de graduação e dos estudos desenvolvidos junto ao “PADÊ: estudos em filosofia, raça, gênero e direito humanos”, e se propõe traçar um panorama das lutas por uma saúde pública com equidade racial, que vença as tradições de eugênia presentes nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Palavras chaves: saúde pública, população negra, eugenia.

Black population health: a space of absences

Abstract

The present article is a result of a graduation monograph and the studies developed together with PADÊ: studies in philosophy, race, gender and human rights, and it proposes to outline a scenery of the battles for a public health with racial equity that wins the traditions of the current eugenics in the public health policies in Brazil.

Key words: public health, black population, eugenics.

A saúde da população negra é um campo de estudos, pesquisas e assistência reconhecido do ponto de vista da legitimidade política, cujas bases científicas são inegáveis, mas que ainda se encontra em construção e com dificuldades políticas e ideológicas que impedem sua afirmação junto às escolas de saúde, nas diretrizes de políticas públicas do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e nos serviços de assistência.²

Estudar as teorizações do campo da saúde da população negra é ter de responder a perguntas pertinentes, como, por exemplo, raça e etnia, ideologia e práticas racistas e ciências biológicas, opressão racial, direito à diferença e à igualdade, assimetrias econômicas, exclusões e vulnerabilidades³. Essas questões impõem reflexões sobre o darwinismo social e sobre a eugenia, duas ideologias racistas oriundas

¹ Orientador: Dr René Marc da Costa Silva, FAJS /Direito, UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

² OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 195.

³ Ibidem.

das biociências. Requer, ainda, reflexão sobre a instalação e o desenvolvimento destas doutrinas.

Desde Darwin, o acúmulo de conhecimento é imensurável. Porém, a certeza de que não há na natureza, em se tratando da mesma espécie, ordem hierárquica, de não há um plano previamente determinado, fixidez ou obediência para a evolução foi um golpe para uma sociedade que necessita de hierarquia⁴ levou a conclusão lógica de que entre os humanos não há, também, superiores e inferiores. Para tanto, foi preciso encontrar um modo de desqualificar e desacreditar a perspectiva de igualdade implícita na Teoria de Darwin .

Para Fátima de Oliveira ⁵, o darwinismo social é um darwinismo vulgar a serviço dos opressores, alicerçado em pretensões de eternização das desigualdades sociais. Ela cita, na mesma obra, que Germano Sacarrão ⁶ comprovou fartamente que Darwin jamais apoiou o darwinismo, *in verbis*:

“O darwinismo social é um produto ideológico da teoria científica elaborada por Darwin. Consiste essencialmente na utilização e desenvolvimento dos conceitos de ‘luta pela existência’ e de ‘sobrevivência dos mais aptos’ para criar certa filosofia de sociedade servindo também para caucionar as injustiças, as desigualdade, o liberalismo selvagem, as opressões. A expansão colonialista encontrou na doutrina as suas justificações e os seus fundamentos uma espécie de mora. O racismo, que se espalhou pela Europa e pela América, apoiou-se também no darwinismo social e foi em parte fortalecido por ele. O genocídio dos índios americanos, a exploração e o aviltamento social dos negros, o colonialismo escravizador, exigiam uma justificação para satisfazer a moral e colocar as consciências bem consigo mesmas. O domínio do branco apoiou-se na teoria de sua superioridade em relação aos povos colonizadores. Os genocídios tinham uma base científica”.

A autora mencionada acima, segue sua reflexão analisando que as raízes do darwinismo social antecedem o capitalismo e até mesmo as pesquisas e conclusões de Darwin, pois o filósofo grego Platão (427-374 a.C.) propunha que os

⁴ idem.

⁵ Idem.

⁶ SACARRÃO, Germano da Fonseca. **Biologia e sociedade**. Lisboa: Europa-américa, 1989.

desregrados, inválidos crônicos e os moralmente degenerados não mereciam viver. O aperfeiçoamento da raça deveria ser promovido pela união dos melhores homens com as melhores mulheres.

O Brasil buscou na Europa o modelo higienista que tinha por prioridade o patrulhamento sanitário dos desregrados. O discurso higienizador dos médicos foi a ferramenta da burguesia para disciplinar a horda de pobres “anti-higiênicos”, neste primeiro momento, a intenção era a tríade saneamento-eugenia-civilização objetivando a criação de uma nação moderna e desenvolvida, encobrindo a vertente racista dos eugenistas mais preconceituosos⁷.

Este pensamento usou da biologia para caucionar seus dogmas, o saber biologia era a cobertura que dava legitimação aos preconceitos com fundamentação ideológica e não-científica, segundo Jurandir Costa Freire⁸:

Em resumo, a História da Psiquiatria brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas. A LBHM (Liga Brasileira de Higiene Mental) herdou esse tipo de pensamento, reforçando-o e desenvolvendo-o, graças à incapacidade que tiveram seus psiquiatras em discriminar aquilo que nas suas teorias era determinado pelos preconceitos da cultura.

Foi o inglês Galton que inventou o termo eugenia que designa o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto físicas quanto mentalmente, visando o bem-estar da espécie. No Brasil, a questão do cuidado eugênico da “raça brasileira” foi introduzida inicialmente pelos historiadores, sociólogos, antropólogos, literatos que sofriam influência dos intelectuais europeus do começo do século XX e em seguida pelos médicos.⁹

Galton denominou as medidas incentivadoras dos melhores dotados biologicamente de eugenia positiva e as impeditivas, dos piores, chamou de eugenia negativa. Acreditava, o cientista, que teria descoberto formas racionalmente sustentadas de intervir na evolução humana feito que se concretizava, naquele momento, com a sua obra. Subitamente, se auto-atribuiu à responsabilidade de guiar a humanidade para um mundo ideal, livre dos males que a assolavam, como o crime, a loucura, a doença, a feiúra, infortúnios individuais com perigosos reflexos coletivos. Quanto às diferenças

⁷ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 196

⁸ Jurandir.

entre as coletividades, Galton dizia que as raças humanas diferiam em capacidade intelectual, sendo a branca, a mais inteligente. Embora não se julgasse um pensador propriamente racista, até aquele momento nenhum argumento o convencia do contrário.¹⁰

De 1928 a 1934, acentua-se o distanciamento da teoria e da prática psiquiatra correntes. Cada vez mais os psiquiatras se definem como higienistas, essa transformação não foi fortuita, a LBHM justificava a nova prática se apoiando, exatamente, na noção de eugenia. Foi esse o subsídio “científico” que permitiu a invasão da higiene mental no campo social. As fronteiras da Psiquiatria foram dilatadas e abarcaram o terreno social. Afinal, as origens dos programas de higiene mental não poderiam ser encontradas no corpo teórico da Psiquiatria, embora isso não signifique que os profissionais da área estivessem conscientes da extraterritorialidade psiquiatra de suas proposições. Eles desconheciam o modo de atuação do tempo histórico e cultural na gênese e na formulação de suas preocupações profissionais.¹¹ A meta, a partir de então, dos eugenistas em geral, era a eugenia da raça, ou seja, a preocupação com a constituição étnica do povo brasileiro.¹²

Na realidade, a atração dos intelectuais brasileiros pelas idéias eugênicas não era gratuita, a eugenia foi bem oportuna em sua chegada, pois ajudou a solucionar graves problemas ideológicos que a intelectualidade brasileira enfrentava. O regime republicano atravessava, nas duas primeiras décadas do século XX, um período de convulsões com a abolição da escravatura, a imigração européia, a migração de camponeses e antigos escravos para as cidades. Ou seja, os efeitos econômicos da nascente industrialização agravavam as tensões sociais e colocavam em questão o próprio regime, cuja legitimidade era justificada, por todos os meios, pela elite dirigente.¹³

As soluções encontradas para contornar a situação da república concentravam-se para defender uma democracia inexistente que, em nome da igualdade ratificava as desigualdades. Os membros da elite branca e os intelectuais elaboravam

⁹ Jurandir.

¹⁰ MASIERO, André Luis. A psicologia racial no país (1918-1929). *Estudos de Psicologia*. Natal. V.10, n.2, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 11/10/2006.

¹¹ Jurandir. .

¹² OLIVEIRA, Fátima. Op. Ci. p.

¹³ Jurandir.

explicações para as dificuldades econômicas e políticas da República repassando toda a responsabilidade das elites para imputá-las ao povo.¹⁴

Para os intelectuais, a razão da crise do regime republicano estava nas questões naturais, como, por exemplo, o clima tropical e da constituição étnica do povo não eram fatores harmônicos para o desenvolvimento do Brasil, pois a mistura do calor com as raças inferiores tornavam a população preguiçosa, ociosa, indisciplinada e pouco inteligente. Como nada podia ser feito contra o clima, fazia-se contra as “raças inferiores”.¹⁵

Para perpetuar as desigualdades sociais, a hierarquia das raças substituiu a hierarquia do sangue da nobreza, negando o ideal democrático proposto pela elite branca. A partir de então, o branco torna-se superior ao mestiço que por sua vez é superior ao negro. A democracia social surge na forma de miscigenação racial espontânea, o brasileiro deveria ser branco, os mestiços e os negros deveriam embranquecer a pele, sob o “princípio da arianização” e é este “princípio” que lança as bases científicas do preconceito racial e legitima as desigualdades sociais em nome da democracia.¹⁶

Medidas anti-concepcionais e de esterilização também estavam incluídas na propaganda para o bom desenvolvimento do Brasil, alcançando elementos sociais que compunham as classes mais desfavorecidas e empobrecidas da população, compostas prioritariamente de negros, mulatos e mestiços, os quais eram considerados por muitos eugenistas como elementos inferiores. Eis outro grande equívoco do movimento eugenista de então: interpretar as condições de vida produzidas socialmente a partir da lente da biologia. Pobreza e multiparidade eram características de determinados segmentos sociais, os quais definitivamente não se mostravam compatíveis ao tipo ideal pré-estabelecido, ainda mais quando tais condições de vida passavam a ser vistas como resultado de fatores hereditários. A ciência convertia-se em uma ferramenta para a análise social, sendo especialmente bem-vinda uma ciência de melhoramento racial num momento em que as análises raciais alcançavam grande prestígio junto às elites brasileiras.¹⁷

¹⁴ Jurandir.

¹⁵ Jurandir.

¹⁶ Jurandir.

¹⁷ MAI, Lílian Denise; ANGERAMI, Emília Luígia Saporoti. Eugenia negativa e positiva: significados e contradições. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, V.14, n.2, 2006. Disponível

Assim, o item cultural do racismo é subjacente à corrente principal da matriz cultural brasileira, considerando o racismo a ideologia da pureza racial dos europeus e dos norte-americanos que tanto influenciaram os intelectuais brasileiros.¹⁸

Na interpretação da eugenia racista havia dois fatores básicos de degradação humana: a mistura de raças e culturas distantes e a mistura entre indivíduos portadores de boas qualidades genéticas com aqueles já degenerados, como por exemplo, portadores de deficiência física ou mental, tendências comportamentais desviantes, personalidades criminosas, prostitutas, alcoólatras, independentemente da etnia ou origem.¹⁹

No Brasil, a ideologia racial não se aplica a regra de descendência, a qual considera a ascendência étnica e não apenas o fenótipo ou o status social, aos indivíduos não-brancos os quais são classificados conforme a aparência física e a posição social. Esta ideologia, chamada de democracia social, permitiu que mestiços fossem integrados socialmente em razão de seus traços físicos e pela situação econômica semelhante à dos brancos. Isto é, aos mestiços é oferecida a ilusão de mobilidade e ascensão. Porém, o negro permanece excluído, a possibilidade dada é a da negação da auto-imagem, pois somente enquanto mestiço ele é aceito socialmente. Conforme se renuncia os predicados étnicos, mais ele é integrado. Vê-se que a ideologia brasileira esteve, e está, longe de ser uma democracia racial.²⁰

Durante a colônia e grande parte do período monárquico, a superioridade do branco nunca havia sido contestada, mas no período abolicionista e na época que se seguiu à instauração da colônia essa superioridade começou a ser contestada. Pois, na República o negro tornou-se um homem igual ao branco, além de ter se tornado livre. Entretanto, após a abolição o negro continuou sendo tão discriminado quanto antes. Para fazer face às revoltas e para poderem continuar explorando os negros, os brancos, por meio de suas elites intelectuais, forjaram uma explicação para resguardar sua supremacia racial, inventou-se a hierarquia biológica das raças e esta substituiu a hierarquia de sangue da nobreza.²¹

em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200015&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 11.10.2006.

¹⁸ Jurandir.

¹⁹ MASIERO, André Luis. A psicologia racial no país (1918-1929). **Estudos de Psicologia**. Natal. V.10, n.2, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 11/10/2006.

²⁰ Jurandir

²¹ Jurandir.

Os intelectuais que propunham a hierarquia biológica afirmavam concomitantemente à inferioridade biológica dos negros que a miscigenação racial seria o meio de absorver as etnias inferiores. Ou seja, estes indivíduos seriam recuperáveis se fossem miscigenados aos brancos, dessa forma o racismo não excluía a possibilidade de contato interétnico. Conforme o embaquecimento dos traços físicos e do comportamento social, a hostilidade contra o mestiço tendia a desaparecer.²²

Em 1931, em São Paulo, surge a Frente Negra que tenta reabilitar a imagem social do negro e, por vezes, manifestava-se como um racismo antibranco. Os brancos reagiram demonstrando a existência de um ódio racial que se julgava ausente da cultura brasileira. Esse clima tenso entre brancos e negros permite o conhecimento do racismo eugênico da LBHM, posto que os psiquiatras afirmavam propósitos da mesma ordem. O racismo médico consistia essencialmente na interpretação dada às estatísticas psiquiátricas.²³

Nesta mesma década, a importância dada a incidência e a prevalência dos tipos de doença mental e sua distribuição étnica foi expressiva. A população negra e mestiça era a mais atingida por doenças mentais de origem toxinfeciosa em relação a população branca. Os dados estavam corretos, mas a sua interpretação foi precipitada ao estigmatizar a população negra e mestiça. Não foi analisada a razão da maior incidência da sífilis e do alcoolismo entre os negros e mestiços. Ora, desde os tempos da escravidão a mulher negra e mestiça sempre foi submetida, por motivos sociais, econômicos e culturais, a uma promiscuidade maior que a mulher branca. As negras e as mestiças nunca souberam como se dava as normas morais no contato sexual, pois foram brutalmente utilizadas pelos senhores.²⁴

Após a abolição, essas mulheres viram-se forçadas a se prostituírem para manterem a família ou para sobreviverem. Esta visão social nunca foi levada em conta pelos psiquiatras, que acreditavam na predisposição genética das mulheres negras e mestiças a se tornarem sifilíticas. Dessa maneira, associavam a idéia de decadência moral com a herança psíquica dos não-brancos. Adicionando o moralismo da LBHM é fácil concluir o efeito desastroso provocado pela manipulação indevida destas estatísticas, qual seja, confirmar o preconceito racial e afirmar

²² Idem.

²³ Idem.

²⁴ Idem.

categoricamente que os não-brancos representavam um perigo para a constituição eugênica do Brasil.²⁵

Quanto ao alcoolismo o mesmo fenômeno se repete. O alcoolismo crescia na medida em que se degradava o comportamento social e psíquico dos indivíduos pressionados pela nova situação econômica em que viviam. Esses dados, contudo, provavam aos psiquiatras a tendência hereditária dos negros a se tornarem alcoólatras e sífilíticos. Como isso era sinônimo de decadência moral e sexual nada mais óbvio que tornar os programas de higiene mental em cruzada de propagação racista. A eugenia assim o exigia, os eugenistas assim o fizeram.²⁶

Ora, o meio ambiente que excluía e negava o direito natural de pertencimento era o mesmo que determinava as condições de vulnerabilidade²⁷ que a população negra se encontrava. Além da inserção social desqualificada, desvalorizada e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programa de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças, a população negra vivia (e vive) em um constante estado defensivo. Essa necessidade de integrar-se e ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos da integração pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas.²⁸

O desafio nunca foi o de estudar como o contexto socioeconômico moldava (e molda) os padrões de saúde e de doença determinados pelas condições de vida. Há autores, como Castellanos²⁹, citado por Luis Eduardo Batista et al³⁰, que defende o resgate do diagnóstico de saúde e da formulação de políticas públicas a partir do reconhecimento das desigualdades entre grupos sociais. O diagnóstico deve focalizar necessidades, problemas hierarquizados e respostas sociais de enfrentamento do problema. Saúde e doença não são manifestações biológicas individuais de processos

²⁵ Idem.

²⁶ Idem.

²⁷ A Fundação Nacional da Saúde em sua publicação Saúde da população negra no Brasil conceitua vulnerabilidade como 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”.

²⁸ LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005. p. 09.

²⁹ CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). Condições de vida e situações de saúde. **Saúde Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, 1997.

³⁰ PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005. p. 239.

sociais, mas fenômenos que expressam a reprodução social no plano individual e coletivo.

A vulnerabilidade é sempre definida em relação ao outro, seja ele uma pessoa, um equipamento social ou um regime político, considerar os sujeitos como estatísticas independentes é ignorar a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos.³¹

O psiquiatra Jurandir Freire Costa³² faz a seguinte consideração:

Em nossa opinião o racismo da LBHM não poderia ser explicado unicamente a partir de causalidades políticas ou econômicas. Como toda manifestação humana, esta atividade cultural encontra suas raízes mais profundas no psiquismo dos indivíduos.

Sob esse aspecto pode-se afirmar que o racismo decorre de uma função psíquica primitiva: o medo diante do estranho, do não-familiar. Esta função, que pertence ao ego de todo indivíduo, atua independentemente das circunstâncias culturais e históricas em que ele vive, pondo em marcha um certo número de mecanismos psicológicos, também, invariáveis.

Os mecanismos de defesa se estendem por todas as relações humanas, inclusive as relações inter-raciais. O indivíduo que pertence a essa cultura é levado a adotar uma atitude com respeito ao tato interétnico cujo caráter irracional lhe escapa. O racismo se exprime sob forma da ideologia da pureza racial, que oscila entre a variante neurótico-normal-repulsão e evitação dos não-brancos e a variante psicotiforme que é a hostilidade cega como as perseguições do tipo Ku-Klux-Klan.³³

O racismo dos psiquiatras da LBHM é melhor explicado e também melhor compreendido quando seus fundamentos psicológicos são esclarecidos. Em momentos de crise social, os indivíduos dispõem desse modo de defesas psíquicas que podem se tornar, inclusive, paranóicas³⁴. Esse contraponto traz o questionamento de quem, na realidade, desenvolve a doença psíquica, se o médico, no caso os psiquiatras, ou se o paciente, no caso a população negra.

A ordem escravocrata que alicerçou, por três séculos, a sociedade brasileira ainda persiste na atualidade resistindo às mudanças de sistema como, por

³¹ LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 33.

³² Jurandir.

³³ Idem.

³⁴ Idem.

exemplo, o da “ordem natural” das relações hierárquicas que interliga raça e cor, classe social e *status*, estando sempre sustentado pela dicotomia racial branco X negro. Essa naturalidade da hierarquia social faz com que o racismo seja apresentado como um problema de negro, como sendo um legado inerente a um passado remoto.³⁵

As demonstrações atuais de intolerância contra minorias étnicas, religiosas e sexuais, comuns no mundo todo, no Brasil inclusive, indica que não se trata de um assunto definitivamente encerrado, circunscrito a um passado longínquo e esquecido, como pode parecer à primeira vista; mas de um grave problema contemporâneo, cabendo, portanto, contestar o papel da ciência na construção histórica de preconceitos raciais e estigmas diversos. O psicólogo André Luis Masiero³⁶ verifica uma nova ameaça de retorno das teses racistas quando afirma que

Richard Lynn, psicólogo da Ulster University, na Irlanda do Norte, vem tentando demonstrar que há diferenças significativas de inteligência entre as "raças humanas", corroborando estudos de Cyril Burt, Arthur Jensen e Hans Eysenck. Seus argumentos apóiam-se em três pilares do racismo científico já bem conhecidos dos historiadores da psicologia. Primeiramente as notas de QI das "raças humanas". Os "mongóis" teriam um QI médio de 100-106; os caucasóides de 100; e os negros não passariam de 70. A segunda evidência viria das medidas dos tempos de reação. Igualmente, os negros teriam reflexos mais lentos. A terceira evidência, segundo Lynn, seriam as culturais, sendo as raças brancas mais adiantadas e civilizadas que as negras.

No Brasil, não foi, e nem tem sido fácil, a luta para viabilizar as questões de saúde da população negra. As crenças e as atitudes sobre os negros têm sido traduzidas em políticas e arranjos sociais que limitam as oportunidades e a expectativa de vida. Isso porque, 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, fazendo do racismo o fabricante e o multiplicador das vulnerabilidades a que estão submetidas a população negra.³⁷

³⁵ LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 17.

³⁶ MASIERO, André Luis. A psicologia racial no país (1918-1929). *Estudos de Psicologia*. Natal. V.10, n.2, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 11/10/2006.

³⁷ LOPES, Fernanda. Op. Cit p. 16.

A promoção da saúde da população negra passou a ser entendida em sua especificidade a partir, principalmente, da ação do Movimento Negro. Baseia-se em conhecimentos produzidos nas ciências humanas e nas ciências médicas, enquanto área de estudo. Como campo de intervenção social, parte da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros às situações mais perversas de vida e de morte, as quais só poderiam ser modificadas pela adoção de políticas públicas capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em condições como sendo a maior população pobre e analfabeta composta de negros.³⁸

Sem sombra de dúvidas que a Constituição Federal do Brasil de 1988 avançou nas considerações a respeito da saúde no momento em que, com o apoio dos movimentos sociais, lançou o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o Sistema Único de Saúde fosse orientado mais para ações integrais, gerais e horizontais voltadas para toda a população³⁹. Tanto é que é considerada a constituição mais avançada nesse ponto desde a sua promulgação, pois há um capítulo exclusivo à Seguridade Social que é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A intenção é que a Seguridade Social seja um conjunto de políticas dirigidas à proteção social da população com um financiamento comum⁴⁰, ficando o Estado brasileiro assemelhado ao Estado de Bem-Estar Social que prevê que o sistema de saúde não depende de renda, mas busca-se a garantia de um novo padrão de cidadania. Entretanto, numa sociedade como a brasileira, profundamente fundada em desigualdades, a conquista da universalidade dos serviços tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade, pois, ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos, contribui para agravar o quadro das condições sanitárias afro-brasileira⁴¹, e assim, afirma a doutora em Saúde Pública Fernanda Lopes⁴² que

A garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.

³⁸ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 267.

³⁹ Ibidem p. 268.

⁴⁰ NETO, Eleutério Rodriguez. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. NESP, Universidade de Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

⁴¹ OLIVEIRA, Fátima, Op. Cit. p. 268.

⁴² LOPES, Fernanda. Op. Cit. 2005. p. 18.

Ela ilustra sua afirmação com dados trazidos do Jornal da Rede Saúde publicado em março de 2001 e destaca que no ano de 2000, 8,9% das mulheres que deram à luz na região Norte do país não realizaram consultas de pré-natal contra 6,5% das brancas, o que significa que as mulheres negras têm 36% de menores chances de acesso à esse tipo de assistência. No Nordeste a proporção é ainda maior, 10,1% para as negras e 6,9% para as brancas, razão de 46%. No Centro-Oeste o contraste é de 3,9% contra 1,8%. No Sudeste e no Sul, a proporção de mulheres negras que não tiveram acesso aos cuidados no período gravídico foi o dobro das mulheres brancas.

Não só o nascer é mais difícil para os filhos das mães negras, viver também se apresenta como um grande desafio. A sociedade brasileira tem observado uma tendência de redução significativa da mortalidade dos menores de um ano, entretanto, a diferença racial também predomina neste aspecto. Para os brancos a redução foi de 43% enquanto que entre os negros a redução foi de 25%⁴³. Nota-se que os filhos das mães negras estão mais expostos aos riscos de adoecer e de morrer. A autora⁴⁴ observa que em todas as regiões brasileiras havia a disparidade, mas as mais gritantes foram observadas nas regiões Sul e Sudeste, 38% e 33%, respectivamente.

A expectativa de vida, segundo a doutora Fátima de Oliveira⁴⁵, retrata as condições materiais e sociais, quais sejam, meio ambiente físico, social, político e cultural em interação com as condições biológicas de cada ser humano. E diz mais:

A expectativa de vida, pode-se dizer, resulta do processo sanidade/enfermidade, que é multifatorial e complexo e tem a ver com as formas de interação das condições sociais e materiais de vida com as condições biológicas de cada ser humano. Podem-se medir as condições sociais e materiais de vida de uma população considerando, entre outros, fatores como local e condições de moradia, condições de trabalho, acesso a escolas e qualidade da atenção por parte dos serviços e profissionais de saúde.

Quando a esperança de vida ao nascer é trabalhada na perspectiva racial, mais um aspecto do cruel e rígido processo de estratificação social é desvelado⁴⁶. Em relação à população branca, a população negra brasileira tem a expectativa de vida

⁴³ Ibidem, 2005. p. 23.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 17.

⁴⁶ PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Op. Cit. 2005. p. 109.

seis anos inferior. No que diz respeito às brasileiras negras, está sendo quebrada a regra de que as mulheres vivem mais que os homens. As mulheres afrodescendentes têm a expectativa de vida cinco anos abaixo em se comparando com mulheres brancas e três anos menos em se comparando com o homem branco. A esperada diferença por sexo só se confirma quando se compara os dados dos homens negros, que perdem mais anos de vida do que todos os outros segmentos.⁴⁷

Os negros, no Brasil, representam 45% da população, mas correspondem a 65% da população pobre, que tem por maioria mulheres, e 70% da população em extrema pobreza enquanto que os brancos representam 54% da população e 35% são pobres e 30% dos extremamente pobres⁴⁸. Pelos dados expostos, deduz-se que nascer negro no país implica na maior probabilidade de crescer, se nascer, pobre.

Analisando a mortalidade infantil e materna e considerando o recorte racial em afrodescendentes, os dados trazidos por Fátima de Oliveira⁴⁹ demonstram a omissão dos governos e revelam discriminação de classe e indiferença racial. Em 1996, a taxa de mortalidade de crianças afrodescendentes foi de 62,3 por 1000 nascidas vivas. No caso as crianças brancas, a taxa cai para 37,3 pelo mesmo número das crianças nascidas vivas.

As crianças mais pobres morrem duas a três vezes mais devido a causas perinatais e por malformações dos que as ricas. Quando se trata de infecções, as famílias com renda acima de seis salários-mínimos, não houve nenhuma morte por doenças infecciosas, enquanto que estas doenças foram as principais causas de óbito entre crianças de famílias com renda abaixo de um salário mínimo.⁵⁰

Ainda em relação à mortalidade infantil, a doutora em saúde pública Fernanda Lopes⁵¹, refere-se ao fato de que as desigualdades raciais terem se acentuado no decorrer dos anos. A diferença relativa, no Censo de 1980, entre os níveis de mortalidade entre negros e brancos menores de um ano era de 21%. Em 10 anos, este valor aumentou para 40%, isso significa que os filhos de mães negras estiveram e estão mais expostos aos riscos de adoecer e morrer que os filhos de mães brancas. Tanto é que os filhos de mães negras na região Nordeste estiveram sujeitos a um risco de 63% mais

⁴⁷ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit.. p. 19.

⁴⁸ LOPES, Fernanda. Op. Cit.. p. 13.

⁴⁹ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 20.

⁵⁰ Ibidem p. 214.

⁵¹ LOPES, Fernanda Op. Cit. 2005. p. 23.

elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida quando comparados aos filhos de mães brancas residentes na região Sul.

A vulnerabilidade das mães destas crianças torna, também, as crianças especialmente vulneráveis aos problemas tais como baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. E as que sobrevivem sofrem sérios problemas de deficiência de crescimento, problemas na amamentação e aumento significativo de morte precoce ainda na infância.⁵²

Em relação à mortalidade materna⁵³, em 2001 foi estimada a ocorrência anual de 3.000 a 5.000 casos de morte materna evitáveis, com variações entre os diferentes estados e regiões. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, regiões mais pobres e com maiores limitações de acesso à saúde e à educação, as piores condições de moradia e habitação, as mulheres apresentaram-se mais vulneráveis à mortalidade materna. As mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixos, encontram-se sob as piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acessos aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem. Não é por coincidência que elas estejam em maior número nas regiões mais pobres e que tenham maiores problemas na gravidez, parto, puerpério e morte materna⁵⁴.

Em sua abrangência, o coeficiente de mortalidade materna espelha a qualidade da assistência prestada à vida reprodutiva de cidadãos e cidadãs e, indiretamente, a concepção de seus dirigentes, especialmente no que diz respeito à assistência à saúde da mulher. A falta da mulher e mãe no lar causa normalmente a desestruturação da família, senão até de uma população. Uma morte materna afeta diretamente um número grande de membros da família da comunidade que depende dela.⁵⁵

Saúde e doença são determinadas por componentes dos processos de produção e reprodução sociais que geram desigualdades no trabalho, consumo, necessidades e diagnóstico de problemas de saúde, moldando disparidades nas

⁵² OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 214.

⁵³ A Organização Mundial de Saúde 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.

⁵⁴ LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 30.

⁵⁵ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 149-149.

condições de vida, nas situações de saúde, nos perfis de doenças, nas modalidades de recuperação e, conseqüentemente, na morte.⁵⁶

A questão das doenças em mulheres negras e suas repercussões sobre a saúde reprodutiva e mortalidade materna devem-se, provavelmente, a: um primeiro lugar, um emaranhado de condições geneticamente determinadas, que levam à hipertensão, como principal causa de óbitos no país, mas que também contribuem significativamente nas demais causas de óbito materno, sejam diretas (aborto, infecção e outras) ou indiretas; em segundo lugar, é necessário considerar as condições de vida e acesso à saúde dessas mulheres.⁵⁷

No Brasil, são raros os dados de mortalidade materna por raça. O conhecimento dessa questão é o indicador indispensável para o planejamento e gerência das ações de saúde que seriam viabilizadas pelas análises das declarações de óbito e pela causa básica do motivo do mesmo. Bem como são indispensáveis estratégias para redução da mortalidade materna no Brasil.

Os brancos formam a maioria da população nas áreas meridionais do país, ocorrendo o inverso nas regiões Norte e Nordeste, onde se contabilizam mais negros e pardos. Portanto, o fato de o maior percentual de registros de óbitos contendo a informação sobre raça/cor concentra-se nas regiões Sudeste e Sul torna inevitável que, no somatório nacional, o registro do Sistema de Informações de Mortalidade⁵⁸ apresente um viés de branqueamento de sua base⁵⁹.

A gênese do adoecer deve ser buscada no cruzamento das condições biológicas, socioeconômicas e ambientais e, portanto é daí que se verificam a necessidade e a importância dos quesitos sexo e cor nos dados de identificação⁶⁰. A importância da identificação do sexo é porque a patologia do homem difere da patologia da mulher por serem biologicamente distintos. Mulheres portam os cromossomos XX e

⁵⁶ PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. OP. Cit. p. 239.

⁵⁷ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 152.

⁵⁸ A partir de 1996 foi incluído o item raça/cor em seu cadastro nas Declarações de Óbitos.

⁵⁹ PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Op. Cit. p. 60.

⁶⁰ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 211.

os homens portam XY⁶¹. Estão, nos cromossomos, as causas dos diferentes cursos e prognósticos quando homens e mulheres são acometidos pela mesma doença.⁶²

O quesito cor torna-se indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento condigno, sobretudo das doenças atualmente consideradas raciais, porque permite fazer um diagnóstico epidemiológico da situação dos grupos raciais ou étnicos e delimitar, com maior precisão, o descaso, a omissão, a dificuldade de acesso, bem como possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e políticas naturais e aceitáveis, quando qualquer um desses grupos vive sob opressão racial.⁶³

Demonstra, ainda, como e do que adoecem, e como e do que morrem, por exemplo, a população negra. O quesito cor no Brasil é absolutamente necessário no presente e, infelizmente, pouco utilizado. A alocação de dados de identificação na vida concreta das pessoas permite uma visão além da ótica biologicista, pois os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores do seu estado de saúde, já que 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha da pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparado às mulheres brancas. Não obstante, há o menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, as mulheres negras têm maiores riscos de contrair e morrer de determinadas doenças que são diferentes das mulheres brancas.⁶⁴

Ao desconsiderar que as desvantagens simbólicas e materiais são fatores determinantes e incrementadores das vulnerabilidades, os profissionais da saúde contribuem decisivamente para os processos de vulnerabilização, especialmente em se tratando da população negra. Ou seja, os serviços de saúde contribuem, voluntariamente ou não, para a reprodução da desigualdade na saúde. Evidências empíricas revelam que tal fato independe da situação socioeconômica do negro e apontam para a existência de racismo institucional, fenômeno que resulta do conjunto determinado de políticas, normas de procedimentos e comportamento dos membros das instituições.⁶⁵ É urgente a intervenção sobre os fatores estruturais que determinaram ou determinam essa ou

⁶¹ A doutora Fátima de Oliveira explica, à página 212, que os estudiosos da evolução humana afirmam que o cromossomo Y é uma mutação. É neste detalhe do cromossomo sexual que se encontra o alicerce biológico para que existam doenças exclusivamente femininas e masculinas.

⁶² OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 212.

⁶³ Ibidem. p. 212/213.

⁶⁴ Idem. p. 213.

⁶⁵ PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Op. Cit. p. 241.

aquela condição de saúde. A doutora Fernanda Lopes⁶⁶ faz a seguinte reflexão a respeito do assunto:

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

As diferenças raciais e de sexo são estruturantes do processo de construção das desigualdades, bem como estão presentes, enquanto variáveis-chaves, no âmago das grandes mazelas sociais do país⁶⁷. O modelo brasileiro de relações raciais, ao negar a existência das práticas discriminatórias, foi construindo um modelo mítico que trouxe seqüelas sobre o processo de construção de políticas públicas, bem como sobre a geração de indicadores sociais, que em princípio as fundamentariam. Assim, só recentemente, não mais que uma década, é que passou a ser usual a inclusão da variável raça/cor da população nos questionários de algumas pesquisas e cadastros oficiais.⁶⁸

Os estudos que fazem a consideração das variáveis sexo e raça permitem identificar a prevalência e a singularidade da evolução de algumas doenças em pessoas de determinados grupos raciais, tais como brancos, indígenas, amarelos, negros e judeus. As doenças mais freqüentes na população negra brasileira podem ser classificadas em geneticamente determinadas, adquiridas/derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, de evolução agravada ou de tratamento dificultado, condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.⁶⁹

As doenças geneticamente determinadas são anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase. Dependendo da freqüência, se for elevada, e dos genes responsáveis pelas doenças ou a elas associadas pode levar, ainda, à hipertensão arterial e diabetes melittus. Deste grupo, destaca-se a anemia falciforme que é uma doença hereditária que decorre de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos no continente africano. É encontrado na freqüência de 2% a 6% na

⁶⁶ LOPES, Fernanda. Op. Cit., 2005. p. 33.

⁶⁷ PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Op. Cit. p. 50.

⁶⁸ Ibidem. p. 57.

⁶⁹ OLIVEIRA, Fátima Op. Cit.p. 269-271.

população branca e na população negra de 6% a 10%. Em junho de 2001, uma portaria⁷⁰ do Ministério da Saúde determinou que fosse realizada, em todo o país, a triagem neonatal de doenças falciformes. Contudo, a atenção a esta portaria é desconhecida de grande parte da população e dos profissionais de saúde e exige uma abordagem ética e terapêutica que não se restrinja à detecção precoce.⁷¹

As doenças adquiridas de condições socioeconômicas desfavoráveis são caracterizadas pela desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropiva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como alcoolismo e a toxicomania. Obviamente que estas ocorrências podem acometer todos os grupos populacionais, mas há o agravante quando incidem sobre mulheres e homens negros em razão das desvantagens psicológicas, sociais e econômicas geradas pelo racismo a que estão expostos. As pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas indicam uma firme associação entre experiências de racismo e o maior risco de manifestação ou agravamento de problemas mentais, dado a constatação de um número significativo de casos de depressão e de angústia psicológica.⁷²

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. 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.⁷³

Hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma são doenças caracterizadas de evolução agravada ou de tratamento dificultado. A maior incidência e a maior gravidade de hipertensão, bem como o curso mais grave do diabetes, entre os negros também não são reconhecidos nas ações e programas governamentais. As seqüelas do diabetes, como as nefropatias, as retinopatias e as amputações de membros inferiores, são mais frequentes

⁷⁰ Portaria GM/MS nº 822 de 6 de junho de 2001 que cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal.

⁷¹ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 269.

⁷² Ibidem. p. 270.

⁷³ LOPES, Fernanda. Op. Cit. 2005. p. 26.

na população negra em razão da falta de orientação adequada sobre esses riscos e as medidas para sua prevenção.⁷⁴

Crescimento, gravidez, parto e envelhecimento são as condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas pois as precárias condições que a maior parte da população negra vive interferem nas diferentes etapas do ciclo vital e podem contribuir para a evolução de doenças, em consequência da desatenção às suas especificidades como grupo historicamente discriminado. Daí, a maior probabilidade de retardo no crescimento e no desenvolvimento de crianças negras; de maiores taxas de mortalidade materna entre as mulheres negras, associadas à falta de acesso ao pré-natal e ao parto com assistência adequada, bem como a possíveis complicações derivadas da hipertensão ou das doenças falciforme não diagnosticada pelos serviços de saúde.⁷⁵

Partindo das taxas, a doutora Fernanda Lopes⁷⁶, mais uma vez, mostra que a mortalidade dos negros 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 se duplicam para mais quando se trata de óbito dos negros por doenças mentais, gravidez, parto e puerpério e causas mal definidas. As consequências indesejáveis do uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo a morte têm afetado especialmente a vida dos homens negros. Ressalta-se que as maiores taxas de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais entre homens negros, estão concentradas nas regiões mais pobres, detentoras de menores Índice de Desenvolvimento Humano, com maiores taxas de desemprego e/ou emprego informal, cabendo investimentos em ações intersetoriais.

Em se tratando da saúde feminina, os dados do ano de 2000 demonstram que ocorreram 134.344 óbitos femininos, aproximadamente. Já em 2005 essa taxa foi de 180.748 mulheres mortas, sendo, dentre elas, 65.358 brancas e 92.814 afrodescendentes. Ainda foram consideradas as mulheres amarelas, indígenas e as de raça/cor ignoradas. Entre as brancas a taxa foi de 184,67/100 mil e entre as pretas, 284,36/100 mil. A mortalidade das mulheres pretas superou a taxa média nacional e os demais grupos apresentaram taxas abaixo da média. Contraditoriamente, as mulheres afrodescendentes constituíam 6,2%, no entanto, seus óbitos foram de 8,4% no total. As

⁷⁴ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 271.

⁷⁵ Ibidem. p. 271.

⁷⁶ LOPES, Fernanda. OP. Cit. p. 26.

causas mais comuns foram por doenças mentais, causas mal definidas, gravidez, parto e puerpério e doenças de pele.⁷⁷

Evidências empíricas revelam que a desigualdade na saúde independe da situação socioeconômica do negro e apontam para a existência de racismo institucional que resulta do conjunto estabelecido de políticas, normas de procedimentos e comportamento dos membros das instituições⁷⁸. Os dados traduzem o quanto o campo da saúde é produtor e reproduzidor de desigualdades raciais, pois a falta de utilização da perspectiva étnico-racial na busca por equidade 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 e obstaculiza a assunção de medidas que melhorem suas condições⁷⁹ contrariando o que prevê a Constituição Federal em seu artigo 196⁸⁰, *in verbis*:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

Em 1999, foi realizada uma pesquisa nacional, em domicílios da zona urbana, que mostrou que o uso do preservativo masculino é mais comum entre a população jovem brasileira que entre os adultos. Todavia a população jovem esta, 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. Em outra pesquisa⁸¹ nacional realizada pelo Ministério da Saúde, com o auxílio do Ibope, observou-se que o para a população negra sexualmente ativa, de 14 anos ou mais, o principal impeditivo para o uso do preservativo era o preço, sendo que enquanto 2,2 negros citavam este impeditivo, existia um branco com a mesma opinião.⁸²

Os negros dependem mais do serviço de saúde para obter o recurso preventivo, embora tenham menos conhecimento sobre a distribuição gratuita dos

⁷⁷ Ibidem. p. 28-29.

⁷⁸ BATISTA, Luís Eduardo; VOLOCHKO, Anna; FERREIRA, Carlos Eugênio de Carvalho; MARTINS, Vanessa. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005. p. 239.

⁷⁹ LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 29.

⁸⁰ **Constituição Federal de 1988**. São Paulo: Rideel, 2006.

⁸¹ Ministério da Saúde/Ibope, 2003.

⁸² LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 31.

mesmos, pois a mesma pesquisa⁸³ demonstrou que 45% dos negros teriam diferença no orçamento se usasse preservativo em todas as relações, contra 37,6% dos brancos. O mesmo estudo destaca que a proporção do teste anti-HIV é maior entre os não negros que entre os negros, 33,2% versus 27,1% , respectivamente.

A falta de acesso aos recursos preventivos (teste e preservativo), a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade.⁸⁴

No ano 2000, a taxa de mortalidade por aids no Brasil foi de 10,61/100 mil para as mulheres brancas, 21,49/100 mil para as pretas, 22,77/100mil para os homens brancos e 41,75/100 mil para os pretos.⁸⁵

Embora sejam poucos, os estudos que trabalham com sexo e raça evidenciam um perfil de saúde mais crítico quando se trata da mulher negra. O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos⁸⁶ mostra que, para as mesmas patologias, as vidas negras são subtraídas mais precocemente. Assim sendo, a leitura recorrente de que as mulheres vivem mais que os homens não se aplica se comparar homens brancos a mulheres negras indicando ser o racismo o fator patogênico a ser considerado.⁸⁷

A vida com HIV apresenta-se especialmente difícil para as mulheres negras. A doutora Fernanda Lopes⁸⁸ traz dados de uma pesquisa realizada, no Rio de Janeiro, por Guimarães C.D.⁸⁹, segundo o pesquisador as mulheres negras doentes de aids vivenciam mais histórias de peregrinação em busca de internação e tratamento que as demais. Em São Paulo foi feita uma pesquisa semelhante pela própria doutora em sua tese⁹⁰ de doutorado em que constatou que as mulheres negras atendidas em três Centros de Referência, no período de 1999-2000, apresentaram as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e familiar e, com maior

⁸³ Ministério da Saúde/Ibope, 2003.

⁸⁴ LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 32.

⁸⁵ Ibidem. p. 32.

⁸⁶ Fundação Seade. Apud. OLIVEIRA, Fátima.

⁸⁷ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. 101.

⁸⁸ LOPES, Fernanda. Op. Cit. p. 32

⁸⁹ GUIMARÃES, C.D. **Aids no feminino**: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: UFRJ , 2001.

⁹⁰ LOPES, Fernanda. **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.

frequência, elas figuravam como as principais responsáveis pelo orçamento familiar. A maioria das mulheres negras teve seu diagnóstico realizado em virtude do próprio adoecimento, da morte ou adoecimento do parceiro ou do(s) filho(s); 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 à 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. Relataram, ainda, maiores dificuldades de entender o que os médicos diziam e maiores dificuldades para tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações em conversar sobre sua vida sexual ou solicitar orientação.

Em João Pessoa, também foi realizada uma pesquisa⁹¹ relacionando miomas e raça. Fátima de Oliveira⁹², novamente, traz em seu estudo os resultados, quais sejam: de 109 prontuários observados de mulheres com diagnóstico positivo para a doença, 47,8% delas eram negras e 35,8%, brancas. Embora a diferença percentual entre mulheres brancas e negras seja de 0,3%, o número de atendimento das mulheres negras é 12% maior que o de mulheres brancas.

A maior incidência dos miomas em determinados grupos raciais coloca-os na categoria das doenças raciais/étnicas. Segundo literatura médica norte-americana, a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes superior que nas mulheres brancas. Os pesquisadores consideram que a predisposição biológica parece um fator importante no aparecimento do mioma, mas há os que trabalham com outra visão, que não a da ginecologia tradicional, sabe que o mioma está relacionado com fatores alimentares, estresse e com condições de vida em geral.⁹³

Os tumores mais comuns em mulheres são os miomas uterinos, os quais são 100% evitáveis se forem realizados exames preventivos e os tratamentos adequados, que atingem cerca de 20% delas na idade reprodutiva. Fátima de Oliveira⁹⁴ traz em seu estudo um recorte de uma pesquisa realizada, em 1995, por Vera Cristina de Souza⁹⁵ no estado de São Paulo em que revelou que a prevalência de miomas para as mulheres negras era de 41,6% contra 22,9% nas brancas. E a reincidência de 21,9% nas mulheres negras, contra 6% nas mulheres brancas. A mesma pesquisa demonstrou que a

⁹¹ SILVA, José A. Novaes da. **Miomatose em João Pessoa**: um recorte étnico. 2001. mimeo.

⁹² OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 120.

⁹³ Ibidem p. 123.

⁹⁴ idem p. 120.

histerectomia, ou seja, a retirada do útero ocorreu em 15,8% das negras, enquanto que nas brancas, 3,6%. Se houver desconhecimento sobre as causas, evolução e tipos de tratamento, maior número de mulheres negras, no mesmo serviço de saúde pública, sofrem histerectomia. Isto é, as mulheres negras quando portadoras de miomas em geral perdem seu útero, o que significa que a negra com mioma, na prática, poderá ter no horizonte a certeza de perder, muitas vezes desnecessariamente, a possibilidade de reprodução. Ademais, a histerectomia é considerada uma importante causa de mortalidade feminina e que, além da esterilidade, apresenta sérias conseqüências para a saúde física e emocional da mulher.

A falta de programas públicos de saúde sexual e reprodutiva, que ofereçam métodos anticoncepcionais, e as dificuldades para adquirir pílulas, preservativos ou outros métodos anticoncepcionais reversíveis, acabam por colocar as mulheres frente a uma encruzilhada: ou fazer laqueadura ou provocar o aborto ou prosseguir com uma gravidez indesejada. Então, opta-se pela anticoncepção cirúrgica para regular sua fecundidade.⁹⁶

Os fatores que levam uma mulher a se esterilizar vão desde a livre escolha, passando pela induzida, pela compulsória, até a necessidade decorrente de um problema de saúde. A livre escolha é óbvia, a mulher opta por encerrar definitivamente a sua vida reprodutiva. A esterilização induzida é por motivos que exercem pressão direta ou indireta sobre a vontade da mulher. A compulsória ocorre quando a esterilização se dá por motivos de saúde, independente de sua vontade, ainda que ela concorde. Essa não é uma simples cirurgia, há todos os riscos da anestesia e da infecção hospitalar.⁹⁷

Os efeitos físicos da esterilização na mulher, a depender do grau de mutilação causado pela técnica utilizada e da habilidade de quem a realiza, podem ser: alterações menstruais; menopausa precoce; aumento de peso, aderência dos órgãos internos do abdome; dores freqüentes no 'baixo ventre'. Também poderão surgir efeitos emocionais, tais como: frigidez; sentimento de castração; sentimento de culpa; perda ou aumento do prazer sexual.⁹⁸

⁹⁵ SOUZA, Vera Cristina de. **Mulher negra e miomas**: uma incursão na área da saúde, raça/etnia. São Paulo: PUC, 1995.

⁹⁶ OLIVEIRA Op. Cit. p. 165.

⁹⁷ Ibidem. p. 162.

⁹⁸ Idem. p. 162.

Em 1991, o Movimento Negro desencadeou, no meio do debate sobre a normatização da esterilização, a única ação de massas com caráter anti-racista na área da saúde no Brasil, qual seja a Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres que, embora tenham denunciado visando a sensibilização da opinião e do poder público, aconteceu ao largo da luta pela saúde da mulher no país e sem qualquer estruturação para a busca de políticas públicas na área da saúde, ou seja, sem ligações efetivas com a luta em curso pela implementação do Sistema Único de Saúde. A campanha chegou a mobilizar o Parlamento federal e alguns estaduais, os quais instalaram comissões de inquéritos, mas as contribuições práticas não foram além da fomentação do debate.⁹⁹

O baixo número de pesquisas em relação à saúde negra se dá pela baixa incidência de abordagens do quesito cor nos dados de identificação pessoal. Apesar de serem obrigatórios, são escassos. A importância desta consideração é para buscar a gênese da doença no cruzamento das condições biológicas, socioeconômicas e ambientais, pois se acredita que o processo sanidade *versus* enfermidade se dá por uma interpenetração destes dados.¹⁰⁰

A identificação racial é importante e indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quando no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento condigno, sobretudo das doenças consideradas raciais pois assim, permite a realização do diagnóstico epidemiológico da situação dos grupos raciais e permite, também, a delimitação precisa do descaso, da omissão, da dificuldade de acesso, ainda como possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e políticas naturais e aceitáveis, quando qualquer um desses grupos vive sob opressão racial. O quesito cor demonstra como e do que a população negra adoece e como e do que morre. Ele é absolutamente necessário no presente e o seu sentido estratégico é incomensurável.¹⁰¹

A falta da utilização plena do recorte racial nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identificação de disparidades, obstaculizando a assunção de medidas que

⁹⁹ Idem. p. 162-163.

¹⁰⁰ idem. p. 212.

¹⁰¹ idem p. 213.

melhorem suas condições de saúde, isto além de contribuir para tornar o campo da saúde produtor e reprodutor de desigualdades raciais¹⁰².

A abordagem da saúde da população negra no Brasil só consegue se impor quando se fala em morte, paradoxalmente as reflexões e as ações políticas em saúde nada tem a ver com a vida, posto que os negros estão no topo das estatísticas da “morte antes do tempo” em todas as faixas etárias. Não pode haver maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, isso porque a mortalidade precoce de afrodescendentes no Brasil revela omissão dos governos, discriminação de classe e indiferença racial.¹⁰³

A inexistência de um recorte racial nas políticas e ações de saúde tem contribuído para manter a população negra em situação de total vulnerabilidade mantendo no campo da saúde também um sustentáculo do racismo. O Brasil tem sido exemplar na questão da iniquidade racial e esta iniquidade é mantida há séculos por mecanismos vigorosos que naturalizam a permanência da população negra nos estratos mais baixos da sociedade, ignoram suas demandas enquanto grupo populacional e perpetuam a exclusão racial sobre uma pretensa universalidade de direitos.

Estas mesmas iniquidades são atualizadas por meio de diretrizes e práticas denominadas de discriminação indireta, pois restringem o conceito de igualdade ao seu aspecto formal e desconsidera o impacto da pretensa igualdade sobre a população negra. O maior exemplo é o Sistema Único de Saúde que foi concebido para a população como um todo, porém sabe-se que são os cidadãos de menor poder aquisitivo, sem acesso à saúde suplementar, que fazem uso do sistema público de saúde. Considerando que 45% da população brasileira é negra, mas corresponde a 65% da população pobre e 70% em extrema pobreza¹⁰⁴, implica que no Brasil a pobreza tem cor. E é negra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 195.

SACARRÃO, Germano da Fonseca. **Biologia e sociedade**. Lisboa: Europa-américa, 1989.

¹⁰² SILVA, Marta de Oliveira da. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005. p. 387.

¹⁰³ OLIVEIRA, Fátima. Op. Cit. p. 99.

¹⁰⁴ SILVA, Marta de Oliveira da. Op. Cit. p. 388.

MASIERO, André Luis. A psicologia racial no país (1918-1929). **Estudos de Psicologia**. Natal. V.10, n.2, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 11/10/2006.

MAI, Lílian Denise; ANGERAMI, Emília Luígia Saporoti. Eugenia negativa e positiva: significados e contradições. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, V.14, n.2, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200015&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 11.10.2006.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005. p. 09.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). Condições de vida e situações de saúde. **Saúde Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, 1997.

PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005. p. 239.

NETO, Eleutério Rodriguez. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. NESP, Universidade de Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Portaria GM/MS nº 822 de 6 de junho de 2001 que cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal.

BATISTA, Luís Eduardo; VOLOCHKO, Anna; FERREIRA, Carlos Eugênio de Carvalho; MARTINS, Vanessa. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005. p. 239.

Constituição Federal de 1988. São Paulo: Rideel, 2006.

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

LOPES, Fernanda. **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.

SOUZA, Vera Cristina de. **Mulher negra e miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia**. São Paulo: PUC, 1995.

SILVA, Marta de Oliveira da. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005. p. 387.