

Título IGUALDADE RACIAL

Autores (as) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos Sociais

Título do Boletim POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE

Cidade Brasília

Editora IPEA

Ano 2006 (n.12)

ISSN 1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

IGUALDADE RACIAL

A seção de conjuntura do capítulo de igualdade racial apresenta os principais fatos acontecidos no segundo semestre de 2005, e que podem influenciar, de maneira decisiva, o desenvolvimento e o processo de criação e implementação de políticas públicas na área de igualdade racial. Nesse sentido, é dado destaque ao andamento do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, às marchas organizadas pelo movimento negro em novembro de 2005, à tramitação do Estatuto da Igualdade Racial e a algumas outras iniciativas governamentais em curso no âmbito federal. Em seguida, faz-se uma análise da execução orçamentária dos programas sob responsabilidade da Seppir e de notícias sobre o desenvolvimento de programas e ações de igualdade racial em outros setores do governo federal.

Por fim, como já tem ocorrido em outras edições deste boletim, é dada atenção especial à análise de um tema específico que, desta vez, será a questão da saúde, analisada por meio da apresentação de um diagnóstico das desigualdades raciais no acesso ao sistema de saúde e da política pública de saúde desenvolvida a partir de um enfoque racial.

1 Conjuntura

1.1 Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial

Em novembro de 2005 foi instituído, pelo presidente da República, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial.¹³⁰ Dentre as atribuições do GTI estão a sistematização das diretrizes para as políticas de promoção da igualdade racial, aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, realizada de 30 de junho a 2 de julho do mesmo ano, as quais deverão ser apreciadas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR).

Como abordado no número anterior deste boletim, a conferência se organizou em 11 eixos temáticos, que trataram de diferentes assuntos, desde questões como educação e saúde até a abordagem de determinados grupos específicos, como população indígena, juventude negra e quilombolas. As propostas de diretrizes de política, aprovadas em plenário pela sociedade civil e membros de organizações governamentais lá presentes, foram sistematizadas pela Seppir em um relatório final da conferência, lançado em novembro último. A partir desse material, o GTI tem trabalhado para elaborar o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, cujo lançamento está previsto para o primeiro trimestre de 2006.

130. O GTI, sob coordenação da Seppir, é composto por representantes dos seguintes órgãos: Secretaria Nacional da Juventude, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério das Cidades, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Cultura, Ministério das Minas e Energia e Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial.

1.2 As marchas do movimento negro

Durante a conferência, ficou explícito um certo grau de insatisfação dos movimentos negros com o ritmo de execução das políticas promotoras da igualdade racial, insatisfação expressa de forma mais efetiva no mês de novembro, quando o movimento negro veio a Brasília comemorar os 10 anos da Marcha Zumbi¹³¹ e avaliar os avanços conquistados e as dificuldades enfrentadas, durante esse período, na luta por políticas públicas para superação das desigualdades raciais no Brasil.

Para essa comemoração, e para levar à sociedade e à Presidência da República as demandas mais urgentes da população negra, começou a ser preparada em todo o Brasil, já no início de 2005, uma nova marcha, capitaneada pela sociedade civil organizada, chamada Marcha Zumbi + 10. Contudo, durante o processo de organização do evento, divergências internas ao movimento negro, particularmente aguçadas em relação ao tema da independência dessa manifestação em face de governos, sindicatos e partidos políticos, acabaram provocando uma ruptura e a realização de duas marchas.

A primeira delas, ocorrida dia 16 de novembro, reuniu 167 entidades negras de todo o país, e apresentou um manifesto, onde foram avaliadas as questões que persistem ao longo destes 10 anos no campo das desigualdades raciais.¹³² Denuncia como inaceitável o assassinato em massa da juventude negra,¹³³ o trabalho precário e o desemprego da população negra, a exclusão educacional, a intolerância religiosa e a violação dos direitos culturais, a não-titulação das terras quilombolas e a situação das mulheres negras.¹³⁴ Apresenta, ainda, um esforço de quantificação dos montantes necessários para o enfrentamento da discriminação racial no Brasil. O documento estima que para equiparar os índices de desenvolvimento humano da população negra com a branca nas áreas de educação, habitação e saneamento seriam necessários R\$67 bilhões. O manifesto conclui demandando esforços e recursos para o desenvolvimento de políticas afirmativas e reparatórias voltadas à comunidade negra, e a re-introdução, no Projeto de Lei que cria o Estatuto da Igualdade Racial, do dispositivo que cria o Fundo Constitucional de Promoção da Igualdade Racial.

O custo do racismo

O documento apresentado pela primeira marcha ao presidente da República estima em R\$67 bilhões o custo para a reversão do quadro de desigualdades raciais partindo-se inicialmente de três áreas, a saber, educação, habitação e saneamento. Os diferenciais entre negros e brancos foram mensurados tendo em vista a seguinte questão: quanto custaria elevar os percentuais de acesso dos negros aos mesmos níveis dos verificados no caso dos brancos? Por desconsiderar a necessidade de aporte de recursos para as áreas de emprego e renda, saúde e segurança pública, o custo apresentado pelo documento da marcha é ainda bastante inferior ao necessário para a alteração da realidade de desigualdade racial em todas as esferas da vida social.

131. A marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida foi realizada pelo movimento negro brasileiro, em 16 de novembro de 1995, e teve como resultado a criação do Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra, primeira iniciativa de gestão de políticas de ações afirmativas para a população negra no país.

132. Entre elas, a insuficiência das iniciativas de combater ao racismo e a discriminação por parte do Estado, bem como o não-reconhecimento do racismo como questão estrutural no país.

133. A esse respeito, consultar artigo publicado no número 11 deste boletim: FERREIRA, Helder. *O crescimento dos homicídios de crianças e adolescentes no Brasil: 1980 a 2003*.

134. Uma ampla cobertura da primeira marcha pode ser encontrada no jornal *Irohin*, de novembro de 2005.

Para a mensuração do “custo do racismo” foram utilizadas informações oriundas das Pnads e do Censo Demográfico de 2000, ambos elaborados pelo IBGE, bem como dados oficiais dos programas governamentais. Apresenta-se abaixo o detalhamento deste custo por área.

Para *educação*, estimou-se em R\$22,2 bilhões o orçamento necessário para reversão do quadro de desigualdade. Neste caso, a aplicação do orçamento seria direcionada para a equiparação dos indicadores entre brancos e negros de taxa de analfabetismo de adultos, de acesso à creche, à pré-escola, ao ensino fundamental, médio e superior.

Na área de *habitação*, o montante de recursos alcançou R\$37,4 bilhões. Foram consideradas, para tanto, as diferenças raciais no déficit habitacional para famílias de até cinco salários mínimos e a estimativa da distribuição do déficit de moradias, bem como o custo unitário estimado de uma moradia de qualidade.

Por fim, no que se refere ao *saneamento*, seriam necessários R\$7,6 bilhões para eliminar as desigualdades raciais nesta área, tomando-se como base os indicadores de domicílios sem água potável (estimativa da distribuição segundo cor da pessoa de referência da família), domicílios sem esgotamento sanitário (estimativa da distribuição segundo cor da pessoa de referência da família) e o custo médio por domicílio do acesso a água potável e do acesso ao esgotamento sanitário.

A segunda marcha, realizada no dia 22 de novembro, foi organizada por entidades do movimento negro com o apoio de centrais sindicais e de partidos políticos.¹³⁵ Em seu manifesto, além da mudança da política econômica e do fim da corrupção, a marcha demandou, entre outras questões, o reconhecimento do conceito de reparação como eixo principal das políticas de promoção da igualdade racial, a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, do projeto de cotas nas universidades, da agilização da titulação das terras quilombolas, de uma política de combate ao genocídio da população negra e do combate à intolerância religiosa.

Os documentos elaborados pelas duas marchas foram entregues ao presidente da República que recebeu os manifestantes, prometendo analisar suas demandas e reunir-se novamente com eles. Em que pesem as diferenças que levaram à realização de dois eventos distintos, essas manifestações expressam a vitalidade e o esforço atual do movimento negro em garantir o reconhecimento do tema do racismo e das desigualdades raciais como estruturais na agenda de combate à iniquidade social no país.

1.3 A tramitação do Estatuto da Igualdade Racial

O Estatuto da Igualdade Racial, apresentado em 2003 pelo senador Paulo Paim (PT/RS), é uma consolidação das demandas historicamente apresentadas pelo movimento negro brasileiro em cada uma das áreas da vida social¹³⁶ e tem como objetivo “combater a discriminação racial e as desigualdades estruturais e de gênero que atingem os afro-brasileiros, incluindo a dimensão racial nas políticas públicas e em outras ações desenvolvidas pelo Estado”. Ao mesmo tempo em que condensa em um mesmo instrumento medidas legais e práticas já em vigor no país (como a obrigatoriedade do

135. O PT divulgou resolução nacional orientando seus diretórios estaduais e municipais, governos municipais e estaduais, parlamentares e dirigentes partidários a contribuir com a mobilização da marcha do dia 22 de novembro.

136. O estatuto é composto pelos seguintes títulos: *i*) disposições preliminares – que versa sobre objetivos, conceitos, responsabilidades federais, existência de conselhos etc; e *ii*) direitos fundamentais – no qual se trata, além das formas de financiamento das iniciativas de promoção da igualdade racial, dos direitos à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à liberdade de crença e ao livre exercício dos cultos religiosos, dos direitos da mulher afro-descendente, dos remanescentes dos quilombos em relação às suas terras, da inclusão de negros no mercado de trabalho, do sistema de cotas, dos meios de comunicação, das ouvidorias permanentes nas casas legislativas e do acesso à justiça.

ensino da disciplina História da África e do Negro no Brasil e as cotas no ensino superior), o estatuto inova ao introduzir questões que até então não contavam com um aparato legal, como as cotas para negros nas candidaturas políticas e a obrigatoriedade de inserção do quesito raça/cor nos documentos do SUS, da Seguridade Social, na certidão de nascimento, nos registros administrativos relacionados ao mercado de trabalho e nos censos escolares.¹³⁷

A versão original do estatuto estabelecia a criação de um Fundo Nacional de Promoção da Igualdade Racial, do qual sairiam os recursos a serem despendidos na implementação de políticas públicas que objetivassem à promoção da igualdade racial. Esse fundo seria constituído por recursos das receitas da União, dos prêmios de loterias, de transferências voluntárias dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, de doações e de custas judiciais arrecadadas em processos contra a discriminação racial ou racismo. O substitutivo do estatuto, aprovado em novembro de 2005 no Senado Federal, porém, retirou o dispositivo que previa a criação do fundo, sem especificar de onde sairão os recursos para a realização das ações previstas no estatuto. Com efeito, o texto atual apenas prevê a possibilidade de que sejam incluídos nos planos plurianuais e nos orçamentos anuais da União recursos com a finalidade de promoção da igualdade racial, o que é um dos principais motivos de discussão entre o movimento negro e o governo federal. Teme-se que a aprovação do estatuto sem um fundo que obrigue os governos a dedicarem recursos para políticas de igualdade racial converta o instrumento legal em letra morta.

O estatuto que tramita atualmente na Câmara dos Deputados suscita ainda outras preocupações. De fato, a nova versão conserva a maioria dos artigos originalmente propostos, mas evita utilizar termos que estabeleçam a obrigatoriedade de aplicação do estatuto, somente autorizando os governos a implementarem as ações contidas no texto. Por tal motivo, no seio do movimento negro debate-se atualmente a aceitação do substitutivo como está ou a necessidade de se voltar à versão anterior. Alguns argumentam que embora o substitutivo não satisfaça todas as expectativas, é importante aprová-lo da forma como está, pois esse já se constitui em uma ferramenta importante para assegurar direitos à população negra. Por outro lado, há aqueles que defendem o adiamento de sua aprovação definitiva na Câmara, visando dar tempo de introduzir mudanças que garantam o caráter obrigatório de seus dispositivos. Propõe-se, inclusive, alterações no próprio texto original, entre elas, a de suprimir do título do estatuto o termo “racial”, para que este se torne mais universal e garanta, sob o nome de “Estatuto da Igualdade”, a proteção dos direitos de todos os grupos e setores discriminados, captando, inclusive, o apoio de novos aliados para sua aprovação e posterior implementação.

137. Tem-se avançado bastante nessa área, com a inclusão da informação de raça/cor, por exemplo, nos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, nos censos escolares do Ministério da Educação e na Relação Anual de Informações Sociais (Rais) do Ministério do Trabalho e Emprego. A introdução do quesito raça/cor nos registros administrativos de cada setor específico é um tema de grande importância para o acompanhamento das condições de vida dos negros e para a formulação de políticas públicas que objetivem promover a igualdade racial. De fato, a inexistência de dados que permitam mensurar as desigualdades no âmbito de cada política desenvolvida pelo governo, dificulta a avaliação e adequação dos programas ao objetivo de promoção da igualdade, bem como gera empecilhos para a mensuração do orçamento gasto (ou necessário) com cada um deles, além de não fornecer a transparência necessária para que a população acompanhe a atuação do governo federal nessa área.

1.4 Iniciativas em prol da promoção da igualdade racial

Além da discussão do estatuto e dos documentos apresentados pelas marchas, cabe destacar algumas ações que se iniciaram ainda em 2004 e cujos resultados começaram a ser percebidos nos últimos meses de 2005. Nesse sentido, no que se refere ao campo do trabalho, vale resgatar a atuação do Ministério Público do Trabalho (MPT) com seu Programa de Promoção da Igualdade de Oportunidades para Todos¹³⁸ que tem como objetivo atuar extrajudicial ou judicialmente no combate às discriminações racial e de gênero. Sua ação de maior impacto é o processo movido contra os bancos, que se recusaram a realizar acordos com o MPT para a incorporação de um maior contingente de negros e mulheres entre seus funcionários e para a eliminação dos obstáculos a seu progresso profissional. Dessa forma, o Ministério Público do Trabalho ajuizou ações civis públicas contra Bradesco, HSBC, Itaú, Unibanco e ABN, acusando-os de discriminação racial e de gênero, com base na comparação da presença de negros e mulheres no quadro funcional da empresa e na população da Unidade da Federação em que se encontra o banco. Nessas ações, o MPT pede à Justiça que “determine a imediata cessação pelo réu (...) da discriminação” baseada no sexo, na cor/raça e na idade, no que se refere à entrada no banco, ascensão e remuneração. Requer, portanto, a condenação das instituições bancárias a se absterem da prática de cada uma das discriminações acima expostas, sob pena de multa diária, bem como “requer a condenação do Réu ao pagamento de indenização por danos morais causados a interesses coletivos e/ou difusos consistentes na violação do dever constitucional e legal de não criar e/ou manter em seu quadro de pessoal diferenças de salário, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade ou cor, no valor de R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais)”.

Os primeiros julgamentos da referida ação apresentaram, porém, resultados favoráveis aos bancos. A principal argumentação dos juízes responsáveis pelas ações foi a de que a estatística não se configurava em prova de discriminação. O MPT recorreu das sentenças que seguem, agora, para os tribunais superiores.

Por fim, na área educacional, cabe destacar que, em 14 de dezembro, foi aprovado, na comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, um substitutivo do Projeto de Lei nº 3.627/2004 que estabelece cotas nas universidades federais para os estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas. Essas universidades disporão de quatro anos para alcançar o patamar de 50 % de seus estudantes oriundos do sistema público de ensino. Dentro dessa cota, devem ser incluídos negros e índios em proporção equivalente à da representação populacional de seus grupos nas unidades da federação. Vale lembrar que o projeto, apresentado pelo Executivo em 2004, estabelecia que a execução da medida deveria ser imediata, enquanto o substitutivo concede um prazo de quatro anos o que é, contudo, um tempo menor que os 10 anos propostos no texto da Reforma Universitária, que não foi votada em 2005.

138. Para maiores informações sobre esse programa, consultar o número 11 deste boletim.

2 Acompanhamento de políticas e programas

Nessa seção, serão destacadas algumas iniciativas que vêm sendo conduzidas pelos Ministérios do Desenvolvimento Social, do Desenvolvimento Agrário e da Educação, e que têm como objetivo final a promoção da igualdade racial ou a melhora das condições de vidas de negros, quilombolas ou de outros grupos étnicos em situação de vulnerabilidade.

Existem, ainda, ações que vêm sendo desenvolvidas por outros ministérios e que, apesar de não terem a população negra como público-alvo específico, acabam indiretamente atingindo mais fortemente esse grupo racial. São exemplos dessa situação o Plano Trabalho Doméstico Cidadão do MTE (que está apresentado em detalhes no capítulo de Direitos Humanos, Justiça e Cidadania deste boletim) e a capacitação de parteiras tradicionais, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Cabe lembrar que os programas relacionados à saúde da população negra serão tratados em um tópico separado, em função do destaque que se optou por dar a esse tema nesta edição de do boletim.

2.1. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

Dentre as ações empreendidas pelo MDS, destacam-se, para os propósitos desse capítulo, aquelas que têm entre seu público-alvo as comunidades remanescentes de quilombos. As ações voltadas para esse público são classificadas, pelo próprio ministério, em três categorias: emergenciais, de transferência de renda e estruturantes.

No ano de 2005, nas ações de cunho emergencial, foram entregues cerca de 40 mil cestas básicas às comunidades quilombolas e comunidades de terreiros, o que representa uma ampliação de 5 mil cestas em comparação a 2004 e quatro vezes mais do que foi distribuído em 2003. Na área de transferência de renda, foram incluídas, em 2005, quase 1.500 famílias quilombolas do Município de Alcântara-MA no Cadastro Único do Programa Bolsa Família. Atualmente, 1.200 dessas famílias estão recebendo os benefícios do programa.¹³⁹ Por fim, entre as ações ditas estruturantes destaca-se a compra de produtos agrícolas de 60 mil agricultores familiares, dentre eles quilombolas, como parte do Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar. Os quilombolas foram priorizados, também, no Programa do Leite, que adquire leite dos pequenos produtores para ser distribuído nas escolas, creches, orfanatos e asilos.

2.2 Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)

No que se refere à titulação de terras de comunidades quilombolas, o ano de 2005 foi marcado pela titulação de mais oito comunidades localizadas nos estados do Maranhão, Pará, Piauí e Amapá, o que beneficiou diretamente 532 famílias, ou cerca de 3.200 pessoas. A Fundação Cultural Palmares, por sua vez, entregou certificados de auto-reconhecimento a 317 comunidades.¹⁴⁰ O reconhecimento e a certificação são fases prévias à titulação. A cifra foi elevada, especialmente em Mato Grosso (54), Bahia (50), Pernambuco (45), Maranhão (37) e Minas Gerais (24), mas a titulação definitiva ainda está longe das expectativas dos quilombolas e do programado pelo governo

139. Desde 2003 vêm sendo cadastradas famílias quilombolas. Nesse ano foram incluídas cinco mil famílias do quilombo Frechal em Maranhão. O cadastramento dos quilombolas se faz por intermédio das prefeituras, em cujos municípios existem quilombos, com a colaboração das entidades representativas dos quilombos.

140. Algumas das quais estavam, até novembro de 2005, esperando a publicação de seu reconhecimento pelo DOU.

federal. A cifra de comunidades tituladas ainda é insuficiente se comparada às mais de 1.300 que o MDS estima existirem. Urge tanto encontrar mecanismos jurídicos que permitam contornar as ações litigiosas interpostas pelos pretensos donos de algumas dessas terras quanto a adoção de métodos de trabalho que facilitem incrementar a eficácia dos órgãos encarregados de fazer acontecer a titulação dessas comunidades.¹⁴¹

2.3 Ministério da Educação (MEC)

O Programa Universidade para Todos (ProUni) permitiu a entrada, em 2005, de 112.275 alunos de baixa renda no ensino superior, sendo que, desses, 38.413 são negros, o que representa 34% dos beneficiários. Ainda que esta seja uma importante iniciativa para garantir o acesso da população negra ao ensino superior, nota-se que a proporção de negros beneficiados pelo ProUni é ainda bastante inferior à parcela de negros na população brasileira, que era de 48% em 2004.

O MEC tem se empenhado na busca de fórmulas para aperfeiçoar as suas ações afirmativas e conseguiu que 36 mil estudantes negros se beneficiassem com o recorte racial do Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior (Fies) para financiar parcialmente seus estudos em 2005.

Cabe destacar, ainda, a inclusão do recorte racial no Censo Escolar de 2005. A partir desses dados, será possível orientar, de forma mais eficiente, a elaboração das políticas para promoção da igualdade racial no ensino básico. A indicação da cor/raça dos alunos será feita a partir das fichas de matrícula preenchidas no início do ano letivo. Nestas, deverá haver espaço para a autodeclaração da raça/cor do aluno quando ele for maior de 16 anos. No caso de alunos com idade inferior a essa, será responsabilidade dos pais ou responsáveis indicar a cor/raça do mesmo.

3 Financiamento e gastos

A análise da execução orçamentária da Seppir requer, inicialmente, o entendimento de que esse não é o orçamento total destinado, pelo governo federal, às políticas de promoção da igualdade racial. A Seppir não tem como objetivo a execução direta de programas e ações, mas sim a articulação, indução e coordenação de políticas raciais nas diferentes esferas governamentais. Diante da ainda inexistência de um orçamento que contemple toda a política racial promovida pelo governo federal, apresenta-se aqui apenas a execução do orçamento sob responsabilidade da Seppir.

Para o exercício de 2005, a dotação orçamentária inicial da secretaria foi da ordem de R\$ 19,6 milhões. A esse valor, foram agregados, durante o exercício financeiro e decorrente de créditos adicionais, o montante de R\$ 650 mil, chegando-se ao limite autorizado de R\$ 20,2 milhões. A execução desses recursos, no entanto, ficou na casa dos R\$ 14,8 milhões, o que representa 73,3% do autorizado.

Confrontando os valores de 2004 e 2005, tanto no que se refere ao autorizado, quanto ao liquidado, verificou-se que houve, no ano de 2005, um incremento da ordem de 9,5% e 4,7% nos valores autorizados e liquidados, respectivamente.

141. Para conhecer mais sobre a problemática dos quilombos e das políticas públicas a eles direcionadas, ver o número 10 deste boletim.

O aumento da dotação orçamentária da Secretaria se deve à criação do Programa Brasil Quilombola, que passa a integrar formalmente o planejamento do órgão (i.e. com metas físicas e financeiras) apenas a partir de 2005. Com efeito, cabe observar que nos dois anos analisados o orçamento dedicado à gestão da política¹⁴² perdeu um montante de recursos considerável, da ordem de 36%, enquanto o Brasil Quilombola passou a contar com pouco mais de R\$6,6 milhões no caso da Seppir.

Este programa é o exemplo mais claro de programa multissetorial. Sob coordenação da Seppir, as ações do Brasil Quilombola são executadas por diferentes ministérios, sempre com o objetivo de garantir melhores condições de vida para a população remanescente de quilombos. Assim, o programa como um todo conta com cerca de R\$28,6 milhões, distribuídos pelos Ministérios do Desenvolvimento Agrário, Saúde, Educação e pela própria Seppir.

No que se refere à execução orçamentária da Secretaria, em 2005, houve uma leve redução se comparada à do ano anterior. O valor liquidado para a gestão de política de promoção da igualdade racial ficou na casa dos R\$ 10,2 milhões, representando 74,7% do autorizado. Em 2004, este valor era de 76,6%.

A baixa execução do Brasil Quilombola (34,4%) deve-se, principalmente, aos baixos volumes liquidados nas ações sob responsabilidade do MDA (15,6%) e do MS (36,8%). Como já mencionado anteriormente, o MDA tituló, em 2005, apenas oito novas comunidades quilombolas, o que explica o gasto de apenas 39% do valor liberado para as ações de demarcação e titulação de terras e a não execução do valor disponível para pagamento de indenização aos ocupantes dessas terras (estavam disponíveis R\$13 milhões). Por outro lado, a Seppir executou cerca de 70% dos recursos disponibilizados a ela sob a rubrica deste programa, enquanto o MEC atingiu quase 90% de execução.

O que os dados apontam é para uma possível fragilidade da secretaria no processo de coordenação e fomento/indução das políticas direcionadas à igualdade racial sob responsabilidade dos outros ministérios, o que é, fundamentalmente, a principal razão da existência da Seppir. Na realidade, há uma dificuldade anterior ao processo de coordenação que é a própria incapacidade, tanto dos ministérios executores quanto do Ministério do Planejamento, de se realizar um planejamento de fato multissetorial. O não-reconhecimento da importância de políticas desse tipo dentro dos órgãos setoriais e a ainda baixa capacidade da Seppir de influir no desenho e na formulação de programas e ações finalísticos é o desafio atualmente posto para a secretaria.

142. Nas ações de coordenação e gestão da política, a Seppir tem priorizado, além dos gastos com a administração do programa e com benefícios trabalhistas (auxílios creche, transporte e alimentação), a produção de material bibliográfico e audiovisual sobre a questão da igualdade racial, o fomento à qualificação da população negra em gestão pública e o apoio a entidades governamentais e não-governamentais, na formulação de políticas e no desenvolvimento de atividades voltadas para o resgate das raízes culturais, a afirmação da diversidade nacional e a promoção da igualdade de oportunidades.

TABELA 1

Execução orçamentária da Seppir e do Programa Brasil Quilombola – 2004-2005

(Em reais constantes)*

| Programa/Órgão | 2004 | | | 2005 | | |
|--|----------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|
| | Lei+ Créditos (B) | Liquidado | Execução (%) (C/B) | Lei+ Créditos (B) | Liquidado | Execução (%) (C/B) |
| SEPIR | | | | | | |
| Gestão da Política de Promoção da Igualdade Racial | 18.469.648 | 14.154.933 | 76,6 | 13.597.503 | 10.158.088 | 74,7 |
| Brasil Quilombola** – Seppir | | | | 6.625.341 | 4.672.213 | 70,5 |
| SEPIR Total | 18.469.648 | 14.154.933 | 76,6 | 20.223.844 | 14.830.301 | 73,3 |
| Brasil Quilombola | | | | | | |
| Seppir | ---- | ---- | ---- | 6.625.341 | 4.672.213 | 70,5 |
| MDA | ---- | ---- | ---- | 19.425.563 | 3.032.436 | 15,6 |
| MEC | ---- | ---- | ---- | 2.275.000 | 2.039.487 | 89,6 |
| MS | ---- | ---- | ---- | 293.200 | 108.000 | 36,8 |
| Brasil Quilombola Total | ---- | ---- | ---- | 28.619.104 | 9.852.136 | 34,4 |

Fonte: Sistema de Acompanhamento da Execução Orçamentária da Câmara dos Deputados.

Obs.: * Valores de 2004 corrigidos para 2005 pela média anual do IGP-DI/FGV.

** O Programa Brasil Quilombola só foi incorporado à programação da Seppir em 2005. Por ser um programa multissetorial, é executado, sob coordenação da Seppir, pelos Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Agrário e Educação.

4 As desigualdades raciais na área de saúde

4.1 Atendimento e acesso

Nesse número o boletim confere especial destaque à questão da saúde. Mais especificamente, o que se procura abordar nesta seção são os diferenciais no acesso a serviços de saúde entre negros e brancos. Com efeito, ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja universal, ou seja, aberto para todas as pessoas que dele necessitem, os dados mostram que, na prática, existem determinados grupos que tem o acesso mais facilitado a alguns serviços.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, se considerarmos a primeira ou última tentativa de busca por atendimento, seja no SUS ou na rede privada (por meio de planos de saúde ou diretamente pago pelo usuário), os dados da Pnad 2003 indicam que 98% das pessoas que procuraram atendimento nos serviços básicos de saúde foram de fato atendidas. O SUS é o principal responsável por essa alta taxa de cobertura, realizando mais de 63% dos atendimentos em 2003. A tabela 2 mostra a proporção de atendimentos cobertos pelo SUS por cor/raça para os dois anos analisados, indicando que a importância do atendimento público de saúde é mais significativa para a população negra,¹⁴³ independentemente de serem homens ou mulheres: enquanto 76% dos atendimentos efetuados aos negros era coberto pelo SUS, entre a população branca este valor caía para 54,2%.

143. No entanto, ainda que uma grande parte dos atendimentos efetuados para os brancos se dê na rede privada, a importância do SUS é inegável, pois mesmo para esse grupo mais da metade dos atendimentos é realizada na rede pública.

TABELA 2

Proporção de atendimentos cobertos pelo SUS* segundo cor/raça – 1998 e 2003

| Brasil Cor/raça | TOTAL | | Homem | | Mulher | |
|--------------------|-------|------|-------|------|--------|------|
| | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 |
| Brasil | 61,4 | 63,5 | 61,9 | 64,2 | 61,1 | 63,1 |
| Branca | 52,3 | 54,2 | 53,3 | 55,1 | 51,7 | 53,6 |
| Negra** | 75,1 | 76,1 | 74,9 | 76,1 | 75,2 | 76,0 |

Fonte: IBGE/Pnad microdados – suplemento saúde 1998 e 2003

Elaboração: Ipea/Disoc e Unifem.

Obs.:* Proporção de atendimento SUS, somente para a parcela da população atendida no período de duas semanas.

**A população negra é composta de pardos e pretos.

É claro que aqui há uma relação direta com a renda dos indivíduos, uma vez que os negros têm uma renda média inferior à dos brancos e, portanto, têm menores possibilidades de procurar os serviços privados de saúde. Tal fato pode ser visto a partir da análise dos dados de cobertura da população pelos planos de saúde. A tabela 3 mostra que o percentual da população branca coberto por planos de saúde é mais de duas vezes superior ao dos negros: 33,2% e 14,7%, respectivamente, em 2003. Esses valores praticamente não se alteraram nos últimos cinco anos.

TABELA 3

Cobertura de planos de saúde segundo cor/raça e faixa de rendimento – 1998 e 2003

| Cor/raça e faixa de rendimento | Total | | Negra | | Branca | |
|-----------------------------------|-------|------|-------|------|--------|------|
| | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 |
| Brasil | 24,5 | 24,6 | 14,6 | 14,7 | 32,4 | 33,2 |
| Menor 1/4 SM | 1,4 | 1,6 | 1,0 | 1,2 | 2,2 | 2,5 |
| Maior ou igual 1/4 e menor 1/2 SM | 4,1 | 4,9 | 3,5 | 4,1 | 5,2 | 6,2 |
| Maior ou igual 1/2 e menor 1 SM | 10,9 | 14,3 | 9,7 | 12,1 | 12,2 | 16,7 |
| Maior ou igual 1 e menor 2 SM | 25,1 | 30,7 | 22,2 | 27,0 | 27,0 | 33,0 |
| Maior ou igual 2 e menor 3 SM | 41,9 | 51,5 | 39,6 | 46,4 | 42,8 | 53,3 |
| 3 SM ou mais | 67,1 | 73,7 | 57,8 | 66,2 | 69,1 | 75,2 |

Fonte: IBGE/Pnad microdados – suplemento saúde 1998 e 2003

Elaboração: Ipea/Disoc e Unifem.

Obs: * A população negra é composta de pardos e pretos.

** Exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

A cobertura proporcionalmente maior de brancos pelos planos de saúde não significa que sejam mais bem atendidos do que a maior parte da população negra que procura o SUS. Há, certamente, uma maior rapidez no atendimento na rede privada de saúde, o que não necessariamente significa um serviço de melhor qualidade do que aquele prestado no sistema público de saúde.

No entanto, ainda que haja uma forte relação positiva entre cobertura de plano de saúde e rendimento familiar *per capita* – tanto para a população negra quanto para a branca, quanto maior é a renda *per capita*, maior é a cobertura por planos de saúde – nota-se que para uma mesma faixa de remuneração, a cobertura da população branca é sempre superior à da população negra. Outrossim, a diferença de cobertura aumenta à medida que se eleva a faixa de remuneração dos indivíduos. Isso é um indicativo de que não é apenas a renda que explica a probabilidade de cobertura por plano de saúde. De fato, tal diferencial dentro de uma mesma faixa de renda é merecedor de investigação mais longa e aprofundada que busque identificar os determinantes da cobertura populacional por planos de saúde, o que foge do escopo e das possibilidades dessa seção do capítulo de igualdade racial.

Analisando com mais detalhes o atendimento prestado no SUS, observa-se que o acesso aos serviços básicos de saúde é garantido para a quase totalidade da população, mas para uma série de exames mais específicos a participação dos negros é significativamente

inferior à dos brancos. Para tal análise, focaremos no exame clínico de mamas, na mamografia e no exame de colo de útero, por serem os únicos dados relativos a acesso a exames disponibilizados pelo suplemento da Pnad 2003. A menor proporção de mulheres negras com acesso a tais exames pode ser um indicativo relevante de diferenças no atendimento. O que ocorre é que praticamente todos têm garantida a entrada no sistema básico de saúde, mas a integralidade do atendimento, ou seja, a continuação na busca de um diagnóstico mais exato, se dá de forma diferente para negros e brancos. Os indicadores apresentados abaixo mostram o diferencial no acesso a alguns exames mais específicos quando se faz o recorte racial.

De acordo com os dados da tabela 4, há uma diferença significativa entre as mulheres brancas e negras no acesso ao procedimento de exame clínico de mamas. Segundo o Consenso para o Controle do Câncer de Mama de 2004, do Instituto Nacional do Câncer (Inca), mulheres com 40 anos ou mais deveriam fazer o referido exame uma vez ao ano. O fato é que, entre as negras, 44,5% jamais fizeram esse exame (contra 27,3% das brancas); entre as que fizeram, mais de 46% o fizeram há mais de três anos (contra menos de 40% das mulheres brancas). Em regiões como o Norte e o Nordeste, a proporção de mulheres negras que nunca se submeteram ao exame das mamas chega a 56%.

TABELA 4

Proporção de mulheres de 40 anos ou mais de idade que realizaram exame clínico de mamas, mamografia e preventivo de colo de útero, segundo cor/raça – 2003¹

| Brasil e cor/raça | Já fez exame clínico de mamas ² | | | | Nunca fez o exame |
|-------------------|--|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | Total | Há menos de 3 anos | De 3 anos a 5 anos | Há 6 anos ou mais | |
| Brasil | 65,6 | 57,4 | 31,2 | 11,4 | 34,4 |
| Branca | 72,7 | 59,4 | 29,9 | 10,7 | 27,3 |
| Negra | 55,5 | 53,8 | 33,6 | 12,6 | 44,5 |

| Brasil e cor/raça | Já fez mamografia ² | | | Nunca fez o exame |
|-------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | Total | Há menos de 3 anos | Há 6 anos ou mais | |
| Brasil | 52,7 | 58,3 | 14,9 | 47,3 |
| Branca | 59,6 | 59,9 | 14,3 | 40,4 |
| Negra | 42,7 | 55,2 | 16,0 | 57,3 |

| Brasil e cor/raça | Já fez exame de colo de útero ² | | | Nunca fez o exame |
|-------------------|--|--------------------|-------------------|-------------------|
| | Total | Há menos de 3 anos | Há 6 anos ou mais | |
| Brasil | 78,0 | 82,7 | 7,5 | 22,0 |
| Branca | 81,7 | 83,1 | 7,4 | 18,3 |
| Negra | 72,9 | 82,3 | 7,6 | 27,1 |

Fonte: IBGE/Pnad microdados - 2003

Elaboração: Ipea/Disoc e Unifem.

Nota: ¹ Estes exames só foram pesquisados em 2003.

² Distribuição das mulheres que já realizaram exame clínico de mamas, mamografia e exame de colo de útero segundo data do último exame realizado.

Obs: * A população negra é composta de pardos e pretos.

** Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

O mesmo pode ser observado nos dados de acesso a outros exames importantes, como a mamografia, essencial para a prevenção do câncer de mama, e o exame de colo do útero, de suma importância para a detecção precoce do câncer de útero. Também nesses casos se observa grande diferença entre mulheres negras e brancas no acesso. Assim, enquanto 60% das mulheres brancas já se submeteram ao exame de mamografia pelo menos uma vez na vida, tal proporção cai para pouco menos de 43% entre as negras.

No que diz respeito ao exame de colo de útero (ou papanicolau), diferentemente dos casos anteriores, a grande maioria das mulheres brasileiras (78%) já o realizou ao menos uma vez. Ainda assim, existe uma diferença importante, ainda que menor do que nos outros exames, na proporção das brancas e negras que realizaram esse exame. Enquanto para as primeiras o percentual chega a quase 82%, para as negras o percentual é de aproximadamente 73%.

Os números apresentados na tabela 4 apontam para a maior dificuldade no acesso a alguns dos principais exames preventivos por parte das mulheres negras. Para explicar a diferença na proporção de mulheres brancas e negras que realizaram tais exames, várias hipóteses podem ser levantadas, como, por exemplo, as desigualdades de escolaridade ou de renda. Com o objetivo de isolar ao máximo a fração da diferença devida à questão racial, foi rodado um modelo *logit*¹⁴⁴ bastante simples, com controles para escolaridade, idade, rendimento e região geográfica. Isso significa que as diferenças ainda persistentes após os controles, não poderão ser explicadas por qualquer um dos itens acima mencionados, sendo, provavelmente, explicadas pelo processo de discriminação racial.

A utilização de variáveis de controle busca mostrar qual a diferença na proporção de realização dos exames entre brancas e negras de mesma idade, escolaridade, rendimento e que morem na mesma região. Os resultados obtidos a partir do *logit* mostram que as variáveis de controle explicam considerável percentual da diferença observada entre as proporções de brancas e negras que realizaram tais exames (ver tabela 5).

TABELA 5

Diferenças observadas e controladas nas proporções entre brancas e negras que realizaram exames de mamografia, colo de útero e clínico de mamas

(Em pontos percentuais)

| Diferencial/exames | Mamografia | Exame de Colo de Útero | Exame Clínico de Mamas |
|--------------------|------------|------------------------|------------------------|
| Observado | 16,9 | 8,8 | 17,2 |
| Controlado | 8,7 | 6,2 | 8,6 |

Fonte: IBGE/Pnad microdados – 2003

Elaboração: Ipea/Disoc.

Entretanto, mesmo após o uso de controles, continua sendo observado um significativo diferencial entre o percentual de mulheres brancas e negras que realizaram esses exames. Se essa diferença já não pode ser atribuída à escolaridade, renda, idade ou região, há, aqui, um indicativo da existência de discriminação contra as negras dentro do sistema de saúde.

O fato a ser salientado é que existe um mecanismo dentro do sistema de saúde que faz com que, por um lado, haja acesso a serviços básicos quase universalizado, mas, por outro, não se assegura um acesso integral aos serviços de média e alta complexidade, mais intensamente para negros do que para brancos, o que pode ser percebido pelo acesso diferenciado por raça aos exames aqui apresentados. Tais desigualdades resultam de inúmeros fatores, dentre os quais destacam-se as diferenças de renda, de escolaridade, de região e a mais pura discriminação racial. A determinação do peso de cada um desses fatores na construção das diferenças é algo que merece estudos futuros mais aprofundados, de modo a orientar a elaboração de políticas que procurem garantir o acesso igualitário de brancos e negros a todos os serviços de saúde.

4.2 Programas e ações em saúde da população negra

Desde meados da década de 1990, o Ministério da Saúde tem convidado diferentes setores da sociedade civil para trabalharem conjuntamente na formulação de políticas relativas à saúde da população negra. Em 1996, integrantes do movimento de mulheres

144. Os modelos *logit* têm como objetivo estimar a probabilidade de ocorrência de um determinado evento (no caso, a realização de exames), isolando-se os efeitos de uma série de variáveis, como, por exemplo, idade, região, escolaridade e nível de renda. Neste caso, a variável dependente (ou seja, a ser explicada) é uma variável binária, que pode assumir um de dois valores possíveis; na nossa análise, ter feito ou não alguns exames específicos.

negras colaboraram ativamente na elaboração da Resolução nº 196/1996 que estabelecia as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, e incluiu o quesito cor.¹⁴⁵ Também foram convidadas, nesse ano, para trabalhar na elaboração do Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde.¹⁴⁶

Desde então, a parceria Estado e sociedade foi sendo incrementada, até alcançar seu ponto culminante no ano de 2004 quando foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra¹⁴⁷ e lançada a Política de Saúde da População Negra, ambos fruto da parceria entre o Ministério da Saúde e a Seppir. Durante o primeiro semestre de 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, integrado por representantes de diversos setores do Ministério da Saúde, da Seppir e da sociedade civil, foi criando as bases para inserir o tema da saúde da população negra, de maneira definitiva, no trabalho cotidiano do ministério. Durante esse tempo identificaram as várias ações existentes, principalmente, no campo das hemoglobinopatias, e propuseram unificá-las.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) – Um Pacto pela Saúde no Brasil¹⁴⁸ que pauta o trabalho dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS) e de todo o Sistema Único de Saúde nas suas três esferas federativas, estabelece entre suas diretrizes, a Promoção da Equidade na Atenção à Saúde da População Negra. Para tal, o MS convidou a Seppir, no marco da sua Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), para colaborar na definição “das iniciativas de curto, médio e longo prazo, além do atendimento das demandas mais imediatas, mediante principalmente o estabelecimento de ações afirmativas em saúde. Nesse particular, especial atenção será dada às mulheres e à juventude negras, garantindo o acesso e a permanência destes públicos na área de saúde”.¹⁴⁹

O plano estabelece também que, para que a equidade na atenção à saúde seja alcançada, é necessária “a capacitação dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado, tendo em conta as doenças e agravos que são decorrentes das condições desfavoráveis vivenciadas pela população negra ou que sobre ela incidem com maior severidade. Nesse contexto destacam-se a anemia falciforme, cujo programa será revisto, visando ao seu fortalecimento e implementação em todos os serviços do SUS, contemplando também a vacinação contra o *Haemophilus Influenza* tipo B”,¹⁵⁰ causador de infecções bacterianas bastante sérias, tais como meningite, pneumonia, e infecções na garganta (epiglotite). Finalmente, as diretrizes tocam em assuntos tais como a participação de representantes das populações quilombolas e de organizações não governamentais anti-racistas no planejamento e monitoramento dessas ações e a promoção de estudos que dêem respostas às questões relacionadas com o tema, assim como a inserção do quesito cor nos instrumentos de coleta de informações e na análise dos dados em saúde.

145. OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da População Negra*. Brasil ano 2001. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

146. *Ibidem*.

147. Criado pela Portaria nº 152 de 4 de fevereiro de 2004 e reformulado pela Portaria nº 1.678 de 13 de agosto de 2004. Sobre o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, ver: capítulo sobre Igualdade Racial no boletim nº 9.

148. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004.

149. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde*. Um Pacto pela Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 64.

150. *Ibidem*.

No plano se definiram três metas principais a serem alcançadas no período 2004-2007: *i*) capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais da saúde no atendimento adequado da população negra; *ii*) implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias; e *iii*) implantar o programa de anemia falciforme nas 27 unidades federadas.¹⁵¹ Por conta do atual estágio de formação dos profissionais de saúde e das condições materiais de atendimento, as metas não puderam ultrapassar, neste primeiro momento, os 50% acima mencionados. Espera-se que com a disseminação do conhecimento sobre o tratamento adequado a ser dado à população negra e dos serviços aptos a tratar as hemoglobinopatias, esse percentual possa ser elevado nas revisões futuras do Plano Nacional de Saúde

Praticamente todas as secretarias do Ministério da Saúde estão executando programas e ações relativas à Política de Saúde da População Negra. Até novembro de 2005 podiam se contabilizar cerca de 70 iniciativas governamentais na área. Uma das ações que merece destaque e que surge como consequência da orientação do MS de ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social é o que se chamou Incentivo à Equidade em Saúde. Pela portaria do MS nº 1.434/2004, estabeleceu-se um aumento de 50% no valor, de julho de 2004, dos incentivos para o Saúde da Família e o Saúde Bucal nos municípios em situação de maior vulnerabilidade social, dentre os quais, aqueles com população remanescente de quilombos.¹⁵²

Ante a impossibilidade de tratar de todas as iniciativas governamentais, optou-se pela definição de quatro áreas temáticas, para as quais foram selecionados alguns programas ou ações bastante representativos. São elas: *i*) Saúde da Mulher Negra; *ii*) Aids; *iii*) Hemoglobinopatias; e *iv*) Vigilância epidemiológica e produção de conhecimento.

4.2.1 Saúde da mulher negra

A razão de mortalidade materna da mulher negra é quase três vezes superior à da mulher branca.¹⁵³ A hipertensão arterial, mais freqüente e grave entre os negros, aumenta sua incidência no momento do parto e constitui-se na principal causa de morte materna, sendo responsável por um terço das mesmas. A diabetes tipo II (não insulino-dependente) afeta a população negra numa proporção 50% maior do que a branca e duplica as possibilidades de desenvolver a hipertensão, visto que a gravidez das diabé-

151. *Ibidem*, p. 65.

152. Os outros casos incluem municípios com IDH menor ou igual a 0,7; da Amazônia Legal com população abaixo de 50 mil habitantes; com população inferior a 30 mil habitantes; integrantes do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde que não estejam enquadrados nos casos anteriores; e assentamentos rurais.

153. A informação de cor ou raça nas declarações de óbito é preenchida por terceiros (médicos, oficiais de cartórios, legista do Instituto Médico Legal e outros – a depender da situação e local onde o óbito aconteceu). Isso, em si, já diferencia essa informação daquela presente nas pesquisas domiciliares, nas quais a cor ou raça é autodeclaratória. Devido à elevada proporção de não-informação sobre raça/cor nas declarações de óbitos, qualquer análise com esse recorte fica comprometida. Contudo, ao longo do tempo, vem diminuindo o número de declarações sem registro de raça/cor e melhorando a cobertura e qualidade da informação prestada. No caso dos dados de óbitos por homicídios, que fundamentam a demanda expressa nas marchas pela garantia do direito à vida, as taxas de mortalidade são calculadas diretamente a partir das informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Já para o cálculo da razão de mortalidade materna e da taxa de mortalidade infantil, normalmente, são combinadas diferentes fontes de informações com qualidades e coberturas diferenciadas. Combinam-se informações do SIM, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), dados censitários, projeções populacionais e pesquisas domiciliares. Em poucos casos é feito um cálculo direto por meio das informações do SIM/Sinasc. Em geral, o cálculo é feito por estimativas indiretas. Ainda no caso da mortalidade materna, o cálculo da razão muitas vezes exige a aplicação de um fator de correção que só é possível obter com pesquisas específicas, formuladas para corrigir a subnumeração dos óbitos maternos. Isso tudo para cálculo das informações globais. Normalmente as estimativas indiretas não trazem o recorte de cor ou raça.

ticas é de alto risco.¹⁵⁴ A análise de diversos dados socioeconômicos, porém, permite demonstrar que a pobreza, a baixa escolaridade, a insuficiência de renda, a falta de saneamento básico, a deficiente atenção médica, e especificamente pré-natal, atingem fundamentalmente a população negra,¹⁵⁵ o que indica que as predisposições genéticas não incidem de maneira tão determinante na saúde e na qualidade de vida de uma população quanto a situação social a que essas pessoas estão submetidas em uma sociedade determinada.

No sentido de contribuir para redução desse estado de vulnerabilidade, o MS aprovou um conjunto de programas e ações inter-relacionados para as mulheres negras. Assim, nas Diretrizes e no Plano de Ação 2004-2007 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi incluído um capítulo dedicado à saúde da mulher negra.

Por outro lado, no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi incluído, em 2005, o recorte étnico racial na atenção obstétrica e neonatal. Para ajudar o cumprimento das ações, foi elaborado e distribuído nos municípios um documento em que, entre outras considerações, alerta-se sobre a necessidade de oferecer atenção especializada às mulheres e crianças recém-nascidas, levando em consideração as características culturais da população negra e indígena e seus perfis de morbimortalidade.¹⁵⁶

Dentre as ações que impactam a vida das mulheres negras, destacam-se o apoio técnico e financeiro aos seminários de capacitação de parteiras tradicionais, que foram realizados em sete estados do país, em parceria com a ONG Grupo Curumim. Ainda que o programa tenha um caráter universalista, as populações negra e indígena beneficiar-se-ão grandemente com o mesmo,¹⁵⁷ uma vez que fatores históricos, culturais e geográficos fizeram com que as parteiras tradicionais fossem fundamentalmente indígenas e quilombolas.

A profissão de parteira não é reconhecida oficialmente, mas elas desempenham um papel fundamental em determinadas regiões do país, sendo importante capacitá-las e transmitir-lhes conhecimentos que auxiliem na prevenção da mortalidade materna. Esses seminários são organizados nos estados que possuem estrutura adequada para dar continuidade à capacitação. O trabalho visa a inclusão das parteiras no SUS e determina as responsabilidades dos estados e municípios no cadastramento das parteiras, no fornecimento e controle dos kits de atendimento e na garantia da atenção dos partos, incluindo ainda a destinação de transporte marítimo, aéreo ou fluvial se preciso. Ainda não é possível estimar o número de pessoas a serem beneficiadas nem o impacto final dessa ação na diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil nessas regiões, mas espera-se que o resultado final seja considerável.

154. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. atenção à saúde das mulheres negras. Brasília, 2005. p. 10.

155. Informações da pesquisa *Retratos da Desigualdade* (Ipea/Unifem), a partir de dados das Pnads do IBGE.

156. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Perspectiva da equidade no Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. atenção à saúde das mulheres negras. Brasília, 2005.

157. Segundo dados do MS, até dezembro de 2004, foram capacitadas 904 parteiras tradicionais e 549 profissionais de saúde. Estavam envolvidos com o programa os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraíba e Roraima e aproximadamente 100 municípios.

4.2.2 Aids/população negra

Dados destacados pelo Ministério da Saúde¹⁵⁸ mostram que, embora haja uma tendência à estabilização nacional (em algumas regiões do país o quadro ainda é de crescimento), os casos de aids têm crescido mais intensamente entre a população pobre, na qual os negros constituem maioria, e entre as mulheres. Entre 2000 e 2004, a proporção de homens infectados que se declaram brancos caiu de 65,5% para 62% e entre mulheres brancas, de 63,9% para 56,7%. Já entre os negros, a tendência foi oposta: a porcentagem de homens negros com aids aumentou de 33,4% para 37,2% e de mulheres negras, de 35,6% para 42,4%. A população branca, porém, ainda possui a mais alta incidência de aids no país: em 2003, aproximadamente 62% dos casos notificados de aids com declaração de cor¹⁵⁹ eram de pessoas brancas, enquanto 37,3% eram de indivíduos negros. Da mesma forma, o risco de se contrair aids, medido pela taxa de incidência, é também maior entre brancos do que negros. No entanto, ao se separar negros em pretos e pardos, encontra-se que o risco de ter a doença é 74% maior entre pretos do que entre brancos e chega a ser duas vezes maior quando se consideram apenas as mulheres.

Os dados indicam que a população negra encontra-se, atualmente, em uma situação de alta vulnerabilidade frente à infecção por HIV. O crescimento da doença entre negros e, especialmente, entre as mulheres desse grupo, está relacionado às suas condições de vida, visto que não existe nenhuma evidência científica de que este grupo populacional seja mais suscetível ao HIV. Os dados socioeconômicos revelam o diferente grau de acesso à educação, à informação e às ações e serviços de saúde entre ambas parcelas da população, o que faz com que alguns grupos sejam mais suscetíveis a contraírem a doença, pois, afinal, a aids, como outras doenças sexualmente transmissíveis, é evitável.

O Programa Nacional de DST-Aids do Ministério da Saúde criou em 2005, em parceria com a Seppir, um plano estratégico que visa incluir o recorte racial nas ações de pesquisa, prevenção e enfrentamento dessa epidemia. Tal como expresso em seus objetivos, esse plano “parte da perspectiva de que o racismo, assim como o sexismo e a homofobia, são fatores de produção de vulnerabilidade ao HIV/aids para pessoas e comunidades da população negra”. O mesmo focalizará suas ações nas áreas de informação (disseminação de informação e conhecimento, vigilância epidemiológica, pesquisa, advocacy, comunicação e educação) e acesso (inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais, bem como a facilitação do acesso da população negra em todos os níveis do SUS). Para levar adiante seus propósitos, o plano estabelece como objetivos específicos: *i*) implementação de políticas públicas; *ii*) promoção de parcerias diversas; *iii*) produção de conhecimento; e *iv*) capacitação e comunicação.¹⁶⁰ As diversas secretarias do Ministério da Saúde estarão implementando, até meados de 2006, mais de trinta ações que respondem a esses

158. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids. Brasília, agosto de 2005, p. 8. Marília Juste. *SUS vai combater aids entre negros*. Em: www.pnud.org.br.

159. Em 2003, cerca de 20% dos casos de aids notificados, não tinham informação sobre raça/cor.

160. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids. Ministério da Saúde: Brasília, 2005, p. 9-11.

objetivos.¹⁶¹ Cabe ressaltar que muitas dessas ações são recentes e seus resultados concretos só poderão ser analisados no final do ano 2006.

Por outro lado, foi relevante a realização de uma vigorosa campanha informativa e educativa sobre a prevalência da aids na população negra, promovida pelo MS e Seppir, que contou, inclusive, com a participação direta dos titulares das respectivas pastas. A campanha se iniciou em dezembro de 2005 e terá continuidade durante o ano de 2006.

4.2.3 Hemoglobinopatias

No caso das hemoglobinopatias, cabe destacar a anemia falciforme, não só pela elevada prevalência na população negra, mas também pelo alto grau de mortalidade e pelos cruéis sintomas que apresenta. Acredita-se que, no Brasil, existam milhões de pessoas que sofrem com a anemia falciforme, entre portadores e doentes, e esses são basicamente negros. Segundo dados da OMS, no Brasil nascem, a cada ano, cerca de 2.500 crianças falcêmicas e existem trinta falcêmicos para cada mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade por anemia falciforme em crianças de 0 a 5 anos de idade sem atenção médica especializada é de 25% (no continente africano chega a 80%).¹⁶²

Para enfrentar essa doença, em 1º de julho de 2005, durante a celebração da 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Conapir), o ministro da Saúde assinou a Portaria nº 1.018/2005, que instituía no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, que já vinha sendo testado desde dezembro de 2004 como um projeto-piloto.¹⁶³ No âmbito das medidas tomadas pelo novo ministro da Saúde para análise dos impactos orçamentários e financeiros dos programas em 2005 e 2006, a portaria ficou suspensa durante pouco mais de um mês. Passado o período de análise, foi assinada em 16 de agosto de 2005 a Portaria nº 1.391/GM que institui as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

A nova portaria, segundo a visão de alguns gestores, facilita a qualidade da execução do programa, pois enfatiza a articulação de todas as ações encaminhadas à promoção, à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à reabilitação, articulando as áreas técnicas com o atendimento hematológico e hemoterápico.

O programa enfatiza a importância da atenção pré-natal e o cuidado com as crianças falcêmicas recém-nascidas. Inclui também a orientação aos portadores do traço falcêmico e a divulgação das características dessa doença. Entre as ações interdisciplinares estipuladas está a realização de testes na população de risco para detectar a existência da doença. A presença do quesito raça/cor em todas as instâncias de aten-

161. Destacam-se: a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação, nas pesquisas e nas análises epidemiológicas; a realização, até março de 2006, de 13 oficinas de planejamento estratégico para a formatação de projetos direcionados aos quilombolas em 13 estados e implementação e financiamento desses projetos; o apoio, financiamento, monitoramento e divulgação dos projetos do programa Afroatitude nas dez universidades participantes; a capacitação, até dezembro de 2006, de 50% dos técnicos que serão multiplicadores do programa de combate à aids entre a população negra nos estados e municípios.

162. No Rio de Janeiro, onde existem mais de 400 crianças falcêmicas de 0 a 5 anos de idade cadastradas e atendidas no Hemo-Rio, a taxa de mortalidade entre elas é de 2,8%. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Perspectivas da equidade na atenção às diferenças no Pacto Nacional Pela Redução Da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, agosto de 2005.

163. Portaria nº 2.695/GM, de 23 de dezembro de 2004, que "institui o Projeto-Piloto do Programa Nacional de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias".

dimento da saúde é de notável importância para o trabalho de detecção e tratamento dos falcêmicos.

O Ministério da Saúde vinha trabalhando com a meta de atender 13.500 casos de pessoas afetadas pela anemia falciforme em 2005, mas as metas tiveram que ser revistas na segunda metade do ano, após a constatação de que os dados existentes sobre falcêmicos estavam incompletos. Atualmente se trabalha na identificação dos doentes e portadores, bem como na criação de uma rede de informação que abarque todos os falcêmicos e permita, assim, determinar as necessidades reais de atendimento.

Uma importante ação para a detecção da anemia falciforme e outras hemoglobinopatias é a realização da triagem neonatal, que permite a detecção precoce da doença, e possibilita a realização de tratamento adequado e redução das altas taxas de mortalidade. A execução da triagem fica sob responsabilidade dos estados e municípios, embora o MS pague o que se deve fazer e repasse recursos. Estes vão, de forma prioritária, aos estados que têm avançado mais na realização das triagens e tenham criado as estruturas necessárias para sustentar o projeto. Atualmente, os estados priorizados são Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Maranhão, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Mato Grosso do Sul. Também Paraná e Santa Catarina têm avançado no desenvolvimento de seus programas, ainda que tenham proporção reduzida de negros na população.¹⁶⁴

4.2.4 Imunização e vigilância epidemiológica

Entre as metas mais ambiciosas para a área de imunização e vigilância epidemiológica estava a de alcançar 95% de cobertura vacinal nas áreas de quilombos. No entanto, tal meta foi considerada inviável de ser alcançada, uma vez que os registros não incluíam a variável raça/cor, o que tornava os dados sobre a quantidade de população a ser vacinada não fidedignos. A alternativa encontrada pelo Ministério da Saúde, além de incluir a variável raça/cor nos registros, foi priorizar o atendimento de áreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família e as comunidades quilombolas que tenham esse tipo de atendimento.

Na Secretaria de Vigilância Epidemiológica, encarregada da organização e análise dos dados que subsidiam programas e ações do MS, foi realizada, ao longo dos últimos anos, uma série de estudos importantes para a orientação da política de saúde com recorte de gênero e raça. Assim, além do lançamento do livro *Saúde Brasil 2005*, que apresenta uma análise da situação de saúde com recorte racial, foram desenvolvidas pesquisas sobre a gravidez na adolescência e mortalidade materna, sempre com recorte racial. As dificuldades encontradas pelas diferentes secretarias do MS na aplicação dos programas e ações quase sempre dizem respeito à falta de dados com recorte de raça/cor. A insuficiência dos registros existentes fez com que algumas metas e planos estabelecidos tivessem que ser alterados, com a conseqüente perda de tempo e de recursos equivalente. A pesquisa e a informação são elementos básicos no sucesso das políticas públicas e,

164. Os estados estão em diferentes fases de implantação do programa. Em Minas Gerais criou-se uma rede que garante quase 100% de cobertura para triagem e implantou-se, com ajuda do governo federal, um Centro de Educação, Informação e Apoio ao Doente Falciforme que atende os 853 municípios do estado; Pernambuco conta com um programa na cidade de Recife e possui também uma rede informatizada para interface com o Hemovida Ambulatorial; o Pará tem ambulatórios e leitos de assistência aos pacientes com hemoglobinopatias; e o Rio Grande do Sul tem organizado sua rede de assistência na capital.

especialmente, nas que focalizam os problemas da população negra, ainda tão carente de informações básicas.

Conclusão

O Ministério da Saúde (MS) ao desenvolver o Programa Saúde da População Negra conseguiu envolver praticamente todas as suas secretarias internas, constituindo o início de uma rede capaz de dar conta das necessidades de saúde da população negra. A base do sistema está criada. As diretrizes e a infra-estrutura esboçada estão em condições de ampliar-se e assimilar novos programas e ações segundo as necessidades que venham a ser colocadas. Fator decisivo na implementação de políticas que focalizem na população negra, em um país onde predomina a ideologia da democracia racial, é a conscientização dos gestores e dos técnicos responsáveis por tocar os programas e ações para fazê-los avançar.

É preciso destacar, porém, que o MS ainda precisa avançar bastante no sentido de estabelecer mecanismos de comunicação e atendimento mais eficazes com as secretarias estaduais e municipais, bem como outras instâncias políticas dessas esferas, de modo a garantir a assessoria técnica eficiente para uma rápida implementação desse tipo de programa nas instâncias subnacionais.

O impulso inicial e a definição de algumas das áreas de trabalho do programa foram decididos em estreita colaboração com entidades do movimento negro e com a Seppir. Existe colaboração entre ambos os órgãos em nível federal, mas precisa-se incrementar e estimular as parcerias entre as secretarias de saúde de um lado e as coordenadorias de assuntos da população negra e as entidades da sociedade civil especializadas nos estados e municípios, pelo outro. A Seppir, pela sua vez, está orientando os órgãos estaduais e municipais pertencentes ao Fipir,¹⁶⁵ a colaborar com as secretarias de saúde. Em 2006 as atividades fundamentais desse Fórum serão dedicadas ao tema da participação nos programas de Promoção da Saúde Negra.

O que ainda chama atenção é que ao se analisarem os dados de acesso da população negra aos serviços de saúde, como os que foram aqui apresentados, fica claro que há ainda uma expressiva distância entre o SUS da forma como ele foi pensado e o SUS que existe hoje na prática. O que os dados permitem mostrar é que o acesso aos serviços públicos de saúde (especialmente os de média e alta complexidade) e a garantia de integralidade no atendimento não é a mesma para todos os grupos étnicos, o que é um indicativo da existência de comportamentos discriminatórios no sistema.

O Programa de Saúde da População Negra, do MS, porém, é focado na garantia de atendimento à população negra afetada por aquelas doenças cuja maior incidência se dá nesse grupo racial. É claro que essa atuação é fundamental. No entanto, como já se disse anteriormente, muitas das doenças que afetam a população negra não têm qualquer relação com sua genética, mas com diferentes níveis de vulnerabilidade socioeconômicas que se manifestam na maior dificuldade de acesso ao sistema público de saúde para os negros. É importante que o MS conjugue, à sua atuação em campos específicos, como a anemia falciforme e a hipertensão, a garantia do atendimento integral e de qualidade a essa população, reduzindo as desigualdades de acesso ao sistema.

165. Fórum Intergovernamental de Promoção da Igualdade Racial. Até dezembro de 2005 incluía 23 estados e 344 municípios. Sendo que 108 deles têm constituído algum tipo de órgão executivo para promover a igualdade racial.