

Racismo institucional e o direito humano à saúde

A Constituição Federal de 1988 conferiu à saúde o estatuto de direito fundamental, obrigando o Estado a prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Com base na lei, as políticas sociais e econômicas devem promover a redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e equânime às ações e aos serviços, além de cuidado e assistência integrais (Brasil, 1988).

O caráter universal, indivisível, indissociável e interdependente dos direitos humanos atrela a promoção e a efetivação do direito à saúde ao direito de não ser discriminado; de ter acesso a uma educação de boa qualidade; ao trabalho e ao emprego decentes – adequadamente remunerados, exercidos em condições de liberdade, equidade e segurança, capazes de garantir uma vida digna a todas as pessoas que deles dependem; à segurança nutricional; à alimentação e ao meio ambiente saudáveis; à moradia digna; ao desenvolvimento; ao lazer; à cultura; à livre orientação e expressão sexuais; à segurança etc. É em função disso que se reconhece a saúde como um conjunto de condições integrais, individuais e coletivas, influenciado por fatores sociais, econômicos, políticos, ideológicos, ambientais e culturais.

1 Agradecimentos: à Luiza Bairros, assessora do Pnud para o PCRI; Mônica Oliveira, consultora do PCRI em Recife; aos(as) integrantes do comitê consultivo do PCRI-Saúde; aos coordenadores, coordenadoras e membros das equipes-base do PCRI nas prefeituras de Recife e Salvador e do GT-Racismo no MPPE; às organizações e redes da sociedade civil e demais parceiros e parceiras.

NAL

As vias pelas quais esses fatores influenciam o processo saúde-doença são múltiplas, assimétricas e diferenciadas. Dependem das condições e características das pessoas e, por consequência, dos grupos populacionais; das condições, características e dinâmicas presentes no território onde elas vivem e da forma como elas se vêem e são vistas nesse mesmo território. Portanto, a promoção e a efetivação do direito humano à saúde prescinde, entre outros fatores, do não-isolamento dos sujeitos uns dos outros, do seu ambiente e do seu observador (seja aquele e aquela que estuda ou pesquisa, toma as decisões, planeja as ações, gerencia os serviços ou é responsável direto pela educação preventiva, o cuidado e a assistência).

Considerando que no Brasil, e em outros países da América Latina, os espaços sociais e econômicos são definidos e demarcados tendo por base a origem geográfica, a história familiar, as trajetórias individuais, os traços e os valores culturais; a educação formal, a ocupação, a renda, o local, o tipo ou a condição de moradia; a idade, a orientação sexual, a identidade e a expressão de gênero, mas, sobretudo, o sexo e a cor da pele dos sujeitos, é essencial compreender que a promoção e a efetivação do direito humano à saúde depende, dentre outras questões, do reconhecimento e do enfrentamento dos preconceitos e dos estereótipos, das fobias (homofobia, lesbofobia, transfobia e xenofobia), das intolerâncias e da discriminação direta ou indireta; da redução das desigualdades socioeconômicas e, principalmente, do combate ao racismo e ao sexismo.

Sobre aparências e enganos

O racismo não é uma escolha, uma vontade ou uma opinião pessoal. Mais que um reflexo, é a justificção, um projeto, uma programação social, uma ideologia. Como fenômeno ideológico, o racismo submete a todos e a todas, sem distinção, revitaliza e mantém sua dinâmica com a evolução da sociedade, das

conjunturas históricas e dos interesses dos grupos dominantes. Autoriza e naturaliza o tratamento diferencial e desigual de um grupo sobre o outro.

O racismo é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a qualidade de vida e de saúde da população negra nas diferentes fases do ciclo da vida, pertencente a todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural de qualquer uma das macrorregiões do país. Reafirma-se no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura; influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas.

Os pensamentos e os comportamentos individuais se inserem dentro de um contexto mais amplo. Logo, todas as construções individuais e coletivas são dependentes da linguagem, dos valores que ela comunica, determina, reforça e mantém (Habermas, 1997). Nesse sentido, é nítido que a comunicação deva ser assumida como um instrumento estratégico para subsidiar o processo de empoderamento da sociedade civil, em especial daqueles e daquelas que estão em situação de vulnerabilidade social e que experimentam as desvantagens de acesso aos benefícios da ação governamental. Um dos desafios no processo de apropriação da comunicação é, para além de utilizá-la como instrumento de mobilização e ampliação da participação social, adotá-la como estratégica para influenciar tomadores de decisão (e doadores) na formulação, implementação/execução de políticas pró-desenvolvimento com equidade.

Do ponto de vista institucional – que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais –, deve-se considerar que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, da cor da sua pele ou cultura. Esse comprometimento é resultante do racismo institucional.

Desigualdades de gênero e raça

- **Saneamento** – Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2004, 90,4% dos domicílios particulares urbanos tinham abastecimento de água. Desses, a maioria era chefiada por pessoas de cor branca (90% dos domicílios chefiados por homens e 91,3% dos chefiados por mulheres). Entre os domicílios chefiados por mulheres negras, a proporção caía para 87,1%; para os chefiados por homens negros, para 85,2% (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006).
- **Educação** – Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)/IBGE revelam que, em 2004, a taxa de analfabetismo entre os brasileiros e as brasileiras de 15 anos ou mais era de 11,4%. Para negros e negras, a taxa era de 16,2%; para brancos e brancas, de 7,2%. Naquele ano, a população branca de 15 anos ou mais estudava, em média, 7,7 anos e a negra, 5,8 anos. Quando a análise da média de anos de estudo foi feita por sexo e cor, observou-se que as mulheres, em geral, estudam mais que os homens. Para as mulheres brancas, a média era de 7,8 anos e para as negras, 6 anos; para os homens negros, 5,6 anos, e para os brancos, 7,6 anos. Quando se observa os dados relacionados ao ensino superior, as desigualdades são ainda mais nítidas. Em 2004, 35,6% da população brasileira de 18 a 24 anos estava matriculada em uma instituição de nível superior. Entre pessoas brancas, a proporção era de 37,3%; entre pessoas negras, era de 4,9%. Em ambos os grupos populacionais, a percentagem de mulheres era maior que a de homens (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006).
- **Trabalho, renda e pobreza** – Os diferenciais de remuneração entre homens e mulheres e entre a população branca e negra é uma das formas mais persistentes das desigualdades de gênero e de raça. Em 2004, a média de rendimento mensal para a população brasileira era de R\$ 586,60. Para os homens, a média era de R\$ 692; para as mulheres, R\$ 440,5 (cerca de dois terços do salário masculino). Para os negros, a média era de R\$ 385,90 por mês contra R\$ 760,90 dos brancos. Os dados evidenciam a dupla discriminação experimentada pelas mulheres negras. Enquanto as mulheres brancas recebiam, em média, 61,5% do salário dos homens brancos (R\$ 561,70 contra R\$ 913), as mulheres negras ganhavam 64,5% do salário dos homens negros (R\$ 290,50 contra R\$ 450,10) e apenas 32% do rendimento médio dos homens brancos (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006).

Com base nos dados descritos pela mesma fonte de informação e seguindo os critérios do IBGE – que considera pobre a pessoa cuja renda domicili-

ar per capita seja de até meio salário mínimo mensal –, em 2004, 30,2% da população brasileira situava-se abaixo da linha da pobreza. Entre os(as) brancos(as), essa taxa era de 19,5%, enquanto mais que o dobro (41,7%) dos(as) negros(as) encontrava-se na mesma situação. As diferenças se agravam no caso de indigência ou de extrema pobreza: enquanto 6,4% da população branca recebia mensalmente menos que um quarto do salário mínimo per capita, esse percentual saltava para 16,8% da população negra. Em 2004, entre os 10% mais pobres da população, 71% eram pessoas negras, índice que cai drasticamente para 18,6% no grupo dos 10% mais ricos. Entre aqueles(as) que se encontravam no grupo do 1% mais rico da população, 11,3% eram negros e negras e 86,8% brancos e brancas (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006).

- **Saúde** – De acordo com as estatísticas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em 2003, o risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias era 60% maior para as crianças negras com menos de 5 anos quando comparadas às brancas (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006). O Ministério da Saúde também verificou que, em 2004, 127.470 (12,5%) dos óbitos no Brasil ocorreram em decorrência de causas externas. Aproximadamente 40% desses óbitos tiveram como causa a agressão. A distribuição de óbitos por agressão segundo a raça/cor foi de 17.590 para pessoas brancas (38%); 24.325 para pessoas pardas (52,4%); 4.261 (9,1%) para pessoas negras e 219 (0,5%) para outros grupos. Cabe ressaltar que, em 2004, 72% das agressões ocorreram por uso de arma de fogo.

Sobre o acesso às ações e serviços de saúde, os dados da Pnad/IBGE revelam que, em 2004, 36,4% das mulheres brasileiras com 25 anos ou mais nunca haviam sido submetidas ao exame clínico de mamas. Ao desagregar os dados por raça/cor, observou-se que a situação das mulheres negras era um pouco pior. Nesse grupo, 46,3% nunca haviam feito o exame. Entre as brancas, a proporção caiu para 28,7%. Com relação ao exame de colo de útero a realidade não é muito diferente. Em geral, 20,8% das mulheres nunca fizeram o exame. Entre as mulheres brancas, a proporção foi de 17,3%; entre as negras, de 25,5% (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006).

Embora haja um consenso de que as condições e circunstâncias socioeconômicas adversas contribuam para um pior quadro de saúde de grupos étnico-raciais não-brancos (Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 2001), é certo que esse quadro seja influenciado pelos efeitos mais diretos do racismo e das experiências subjetivas de discriminação racial (Ver Batista, 2004; Faerstein, 2005; Chor e Lima, 2005; Lopes, 2005; Ayres, 2007).

Em todas as partes do mundo, a eficiência e a eficácia do cuidado em saúde variam de acordo com as condições socioeconômicas do sujeito, o lugar onde vive, a qualidade dos equipamentos sociais que tem acesso, a sensibilidade, a humanização e o compromisso ético da equipe de profissionais pela qual é atendido (Lopes, 2005).

Se assumimos que as práticas de saúde estão inseridas num contexto sociohistórico, cultural e político, e são respaldadas pela ideologia que perpassa esse contexto, devemos assumir que o cuidado, como qualquer outra atividade humana, tende a ceder espaço para atitudes negativas e inadequadas (cruéis em sua concepção e execução).

Ainda que não haja a intenção, práticas discriminatórias, indesejáveis e antiéticas fazem parte da rotina das instituições e das pessoas que nelas atuam. Como descrito na literatura, muitos(as) profissionais, adeptos(as) da justiça e da equidade, contribuem, contraditoriamente, para violações sistemáticas de direitos (Van Ryn e Fu, 2003). Para facilitar a compreensão e reflexão do público leitor, resgatamos alguns relatos de usuários e usuárias dos serviços de saúde (públicos e privados):

Não volto naquele médico. Ele perguntou várias vezes se eu tinha tomado banho, parecia que estava com nojo de colocar a mão em mim (MJ, 25 anos, negra, após ter sido atendida num serviço público da rede do Sistema Único de Saúde – SUS).

Um dia, JC (engenheiro de 52 anos) começou a ter dores horríveis no abdômen e nas costas e procurou uma unidade conveniada ao seu plano de saúde suplementar. A primeira pergunta feita pelo médico que o atendeu foi: ‘O que você bebeu hoje?’ Segundo sua esposa (psicóloga, trabalhadora da saúde, membro do primeiro escalão), ele estava transtornado de dor e o médico achou que estava bêbado. Como JC não bebia, o casal foi procurar um médico conhecido. O profissional amigo mandou internar imediatamente, diagnosticou e tratou o cálculo renal.

A discriminação direta ou indireta se opõe à solidariedade, ao acolhimento, à humanização, à escuta e à prática educativa.

Perpetua e legítima as assimetrias das relações de poder, pois aqueles(as) que detêm o poder e têm interesse em manter o seu *status quo* justificam as ações e os procedimentos discriminatórios como a única possibilidade “racional” para responderem o interesse do coletivo ao qual pertencem.

Os atos de racismo e a discriminação racial existem independentemente da aceitabilidade do termo raça (neo-racismo). Nesses casos, de acordo com Kabenguele Munanga (1996), Jean Rahier (2001), Marcelo Paixão e Fernanda Lopes (2007), a linguagem das vítimas de racismo é utilizada para confundir e esvaziar o conteúdo de suas reivindicações e para manter os padrões de hierarquização social.

Nesse sentido, um dos desafios que a nós se apresenta é incentivar o setor público brasileiro, as organizações multilaterais e as instituições financeiras internacionais a reconhecerem o racismo e o racismo institucional como fortes determinantes das desigualdades, das vulnerabilidades, da exclusão e/ou da inclusão social desqualificada, da concentração de renda e do recrudescimento da pobreza. Essas são algumas das questões decisivas a serem consideradas em busca do desenvolvimento com equidade.

Outro desafio é o de avaliar se há efetividade na oferta de um serviço comum para todos (que inclui tratamento igual para mulheres e homens, negros e não-negros, nas várias fases do ciclo da vida). Isso requer maior clareza quanto ao princípio da equidade e maior confiança no desenvolvimento de ações diferenciadas e/ou específicas, mais importantes que uma excessiva preocupação com o fato de

Se assumimos que as práticas de saúde estão inseridas num contexto sociohistórico, cultural e político, devemos assumir que o cuidado, como qualquer outra atividade humana, tende a ceder espaço para atitudes negativas e inadequadas

que isso possa significar tratamento especial para negros e negras ou outros grupos historicamente discriminados.

O caso brasileiro

A idéia de se formular e implementar o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) nasceu durante a fase preparatória para a III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e todas as Formas Correlatas de Intolerâncias, realizada em 2001, na cidade de Durban, África do Sul.

Naquela oportunidade, a significativa mobilização e participação da sociedade civil ampliou o debate público sobre a questão racial e intensificou as discussões sobre como o setor público poderia estabelecer compromissos mais efetivos e continuados de prevenção e combate ao racismo e às desigualdades sociorraciais.

Nesse sentido, o PCRI buscou contribuir para a mudança dessa realidade, apoiando o setor público na identificação, no combate e na prevenção do racismo institucional. Também apoiou as organizações da sociedade civil (grupos, movimentos e outros) a aumentar sua participação na formulação e no monitoramento das políticas públicas, em busca da equidade.

As principais ações desenvolvidas pelo PCRI precederam de sensibilização de dirigentes e gestores – por meio de encontros técnicos, oficinas, seminários e reuniões de trabalho – para a percepção e análise das práticas institucionalizadas de racismo.

Com a finalidade de desenvolver habilidades para identificar e subsidiar os(as) trabalhadores(as) na abordagem, na prevenção e no combate ao racismo institucional no setor público, foram definidas duas dimensões interdependentes e correlacionadas de análise: a das relações interpessoais e a político-programática. A primeira diz respeito às relações que se estabelecem entre dirigentes e trabalhadores(as), entre os(as) próprios(as) trabalhadores(as) e entre esses(as) e os(as) usuários(as) dos serviços.

A segunda dimensão – a político-programática – pode ser caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no

Glossário

- **Eqüidade** – Uma operação da justiça, é o princípio jurídico e político de conceder benefícios, no âmbito de uma política ou de uma prestação de serviços, a cada pessoa segundo suas necessidades – considerando que as necessidades podem ser, e geralmente são, diferentes – e canalizando mais atenção para aqueles e aquelas que mais necessitam. O mesmo que tratar diferentemente os desiguais.
- **Racismo institucional** – É o fracasso das instituições e das organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa da sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou da incorporação e da naturalização de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre impõe a pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado, por instituições e organizações públicas e privadas.

processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, combate e prevenção do racismo e de intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e a capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e a implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional, 2005).

A apreensão dessas dimensões e do conceito de racismo institucional possibilitam entender como, mesmo diante da negação da existência do racismo, o Brasil alimentou (e alimenta) tamanhas desigualdades entre brancos, brancas, negros e negras como atestam as estatísticas oficiais, os estudos e as pesquisas

(Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional, 2005).

O PCRI organizou-se em dois componentes inter-relacionados: saúde e municipal. O componente municipal apoiou a integração de ações de enfrentamento ao racismo institucional, com base em experiências municipais de Salvador e de Recife, desenvolvidas em diferentes setores, tais como educação, saúde, cultura, igualdade de gênero, legislativo e justiça.

O componente saúde constituiu-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado setorialmente, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e seus desdobramentos nos estados e municípios. O propósito desse componente foi contribuir para a redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nacionalmente, o PCRI se consolidou como resultado de uma parceria estabelecida entre a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), o Ministério Público Federal (MPF), o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e diversas organizações da sociedade civil.

Na esfera municipal, o PCRI contou com as prefeituras de Recife e de Salvador e com o Ministério Público de Pernambuco (MPPE) no papel de agências implementadoras. Com elas, desenvolveu uma metodologia de identificação, combate e prevenção do racismo institucional nas suas diversas formas de manifestação: nas relações entre trabalhadores e trabalhadoras, no atendimento ao usuário e à usuária e na ação político-programática.

A relação do PCRI com as organizações da sociedade civil teve início já em 2001, quando ocorreu a consulta e a elaboração da proposta do programa. Durante sua implementação, a sociedade civil tomou parte do PCRI de três formas: como membro de comitês consultivos, atuando no monitoramento do programa e, ao mesmo tempo, oferecendo suporte político para a sua con-

tinuidade; como consultora, incorporando suas experiências de enfrentamento do racismo e do sexismo ao repertório de boas práticas das agências implementadoras e das instituições parceiras; como protagonista das ações que visam fortalecer o debate sobre as políticas públicas.

RESULTADOS DO PROGRAMA

Componente Saúde

• Governo federal

Dentre os organismos do governo federal, o Ministério da Saúde foi o que mais avançou rumo à promoção da igualdade racial. Com a realização da XII Conferência Nacional de Saúde, o MS deflagrou um processo de formulação e implementação de ações afirmativas em busca da equidade em saúde. Em 2004, esse ministério instalou o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) e realizou o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Em 2005, incluiu no Plano Nacional de Saúde a perspectiva da equidade étnico-racial. Em todos esses momentos decisivos, o PCRI participou ativamente, viabilizando a mobilização social e a presença de ativistas e especialistas em saúde da população negra em espaços decisórios, dando assessoria técnica ou contratando consultores para isso.

O compromisso de defender a vida e o SUS levou o médico Agenor Álvares, então ministro da Saúde, a reconhecer publicamente a existência do racismo e da discriminação racial nos serviços que compõem a rede SUS. Isso foi em outubro de 2006, durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

O componente saúde constituiu-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado setorialmente, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e seus desdobramentos nos estados e municípios

O processo de reconhecimento do racismo, das desigualdades sociorraciais e do racismo institucional como determinantes das condições de saúde, e de assumir seu combate e prevenção como desafios contemporâneos do SUS, culminou com a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2006.

- **Governos estaduais, municipais e serviços da rede SUS**

Mesmo não tendo como objetivo principal a intervenção nas esferas estaduais e municipais, o PCRI construiu uma relação bastante estreita com algumas secretarias de saúde e outros órgãos, para desenhar estratégias comuns de combate ao racismo institucional nessa área. Três bons exemplos ocorreram nas Secretarias de Estado de Saúde de São Paulo

e do Rio de Janeiro e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do Ministério da Saúde, localizado no município de Porto Alegre.

Em São Paulo, o PCRI deu apoio técnico para a realização do I e do II Seminário Estadual de Saúde da População Negra e cooperou na formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN-SP). Instituído em março de 2006, o CTSPN-SP tem como atribuições acolher, analisar, avaliar e orientar a Secretaria de Estado da Saúde acerca das propostas advindas da sociedade civil, de ins-

stituições não-governamentais ou de outros órgãos e setores do governo que tenham como objetivo a promoção da equidade étnico-racial na atenção integral à saúde.

No Rio de Janeiro, o PCRI contribuiu, prioritariamente, com o desenho e a execução de oficinas de sensibilização de profissionais

de saúde para a coleta e o registro do quesito cor. Essas oficinas visavam capacitar os profissionais de saúde para o cumprimento da Resolução 2.879, de 2005, que determina a inclusão e o preenchimento do campo denominado raça/cor nos sistemas de informação em saúde.

A parceria estabelecida entre o PCRI e o GHC/MS em Porto Alegre teve como principal objetivo ampliar o debate e dar visibilidade aos impactos do racismo institucional na organização e na oferta de ações e serviços. Nesse sentido, o GHC/MS tem investido na sensibilização e na capacitação de gestores e profissionais de saúde para a identificação e a abordagem do racismo institucional e para a utilização do quesito cor como instrumento de planejamento e de gestão.

- **Sociedade civil**

Além de assessorar o setor público no desenho e na execução de políticas de combate ao racismo e na promoção da equidade racial, o PCRI estabeleceu uma relação bastante próxima com algumas redes e organizações da sociedade civil, no sentido de estimulá-las e apoiá-las no exercício do controle social (monitoramento e avaliação de políticas públicas e programas de governo).

O PCRI apoiou a Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde na realização de seminários nacionais, encontros regionais e locais, bem como no desenvolvimento de outros mecanismos de aproximação de sacerdotes, sacerdotisas e membros das diferentes comunidades religiosas de matrizes africanas com pesquisadores(as), trabalhadores(as) e gestores(as) da saúde e de outros setores, com o objetivo de definir estratégias conjuntas e solidárias para a promoção da integralidade e da equidade na saúde, a defesa da vida e a qualificação do SUS. Além disso, o trabalho é realizado para que haja respeito e valorização das práticas e dos saberes tradicionais preservados nesses espaços religiosos. Desse investimento também participaram o Instituto Ori Apere (Rio de Janeiro) e o Grupo de Valorização do Trabalho em Rede (São Paulo).

A organização carioca de mulheres negras Criola, com o apoio do Ministério da Saúde e do PCRI, e em parceria com a Articulação Brasileira de ONGs de Mulheres Negras, Rede Lai Lai Apejo e Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde, capacitou lideranças de todo o país para o exercício do controle social, com ênfase na promoção da saúde integral da

O PCRI estabeleceu uma relação bastante próxima com algumas redes e organizações da sociedade civil, no sentido de estimulá-las e apoiá-las no exercício do controle social

população negra e no combate à intolerância religiosa. Com o objetivo de ampliar o debate sobre a importância do combate ao racismo na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos, Criola, em parceria com outras instituições, promoveu o Dia de Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra, em 2006 (a data eleita foi o dia 27 de outubro). Essa mobilização alastrou-se por 20 estados brasileiros. Participaram das ações e atividades centenas de pessoas, dezenas de organizações, entidades de movimento social e sindical e organismos de governo de diversos setores.

Outro parceiro importante do PCRI foi o Instituto Amma Psique e Negritude, de São Paulo, sobretudo no desenvolvimento de uma metodologia de sensibilização e na formação de trabalhadores(as) e gestores(as) públicos da saúde e outros setores, para a identificação, a abordagem, o combate e a prevenção do racismo institucional. A metodologia foi testada e validada durante o ciclo de implementação do programa nas prefeituras de Recife e de Salvador, no Ministério Público de Pernambuco e em outras organizações governamentais sediadas em outros estados da federação.

Também cabe destacar as ações de promoção do direito humano à saúde para a população negra apoiadas pelo PCRI e protagonizadas por: Grupo Mulheres Negras em União, de Minas Gerais; Koinonia Presença Ecumênica e Serviço, do Espírito Santo; Instituto Cultural Beneficente Stevie Biko, da Bahia; Associação Civil de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Pernambuco; Instituto de Mulheres Negras do Amapá.

Componente municipal

A formalização do PCRI nas agências implementadoras se deu em cinco etapas: apresentação do programa para a administração superior e expressão de interesse dessa em aderir; definição do setor responsável pela execução; assinatura de uma carta de intenções ou memorando de entendimento; formação do grupo intersetorial e da equipe base; e elaboração, execução, monitoramento e avaliação de um plano de trabalho.

A partir de 2004, com a assinatura dos memorandos de entendimento e/ou termos de cooperação técnica entre Pnud e DFID, teve início o primeiro ciclo de implementação do programa.

Nas prefeituras de Salvador e de Recife formaram-se grupos intersetoriais (GI), compostos por representantes de todas as secretarias, empresas e/ou autarquias da gestão municipal. Esses grupos foram responsáveis pela implementação do PCRI nessas prefeituras. No Ministério Público de Pernambuco, a institucionalização do programa se deu mediante a formação do Grupo de Trabalho contra a Discriminação Racial (GT Racismo).

• Prefeitura de Recife

A implementação do PCRI no município de Recife teve início, em 2004, com a assinatura do memorando de entendimento com o Pnud e o DFID. Em novembro de 2005, o programa passou a ser coordenado pela Diretoria da Igualdade Racial (DIR), da Secretaria de Direitos Humanos e Segurança Cidadã, e realizou ações de sensibilização nas diversas secretarias e empresas públicas municipais, prioritariamente nas áreas de educação, saúde, trabalho, cultura, legislativo e justiça.

No setor saúde, o Grupo de Trabalho em Anemia Falciforme (instituído na Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, e em funcionamento desde 2002), foi convertido, em 2005, em Grupo de Trabalho da Saúde da População Negra. Em 2006, foi criada a Gerência Operacional de Atenção à População Negra, cuja primeira ação foi a formulação da Política Municipal de Saúde da População Negra, aprovada no Conselho Municipal de Saúde, em outubro daquele ano. Seguindo as diretrizes descritas no Plano Nacional de Saúde, a Secretaria Municipal de Recife trabalha no aprimoramento da coleta e do registro do quesito cor, na

Outro parceiro importante do PCRI foi o Instituto Amma Psique e Negritude, de São Paulo, sobretudo no desenvolvimento de uma metodologia de sensibilização e na formação de trabalhadores(as) e gestores(as) públicos da saúde e outros setores

* **Fernanda Lopes**

Coordenadora das ações de saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional e representante da Articulação Brasileira de ONGs de Mulheres Negras no Conselho Nacional de Saúde

** **Rachel Quintiliano**

Assessora de comunicação do Programa de Combate ao Racismo Institucional e integrante da Rede de Mulheres no Rádio

produção de estatísticas oficiais, no planejamento das ações e na organização dos serviços a partir dos dados desagregados por raça/cor.

• **Prefeitura de Salvador**

O PCRI foi implementado na Prefeitura Municipal de Salvador em abril de 2005, após a assinatura do memorando de entendimento com o Pnud, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Reparação (Semur).

Em Salvador, as ações foram desenvolvidas nas áreas de educação, saúde, igualdade de gênero e assuntos jurídicos, principalmente

nos marcos normativos e legais do exercício do poder público municipal, e gestão pública. Na área de gestão pública, as principais ações foram as de sensibilização de dirigentes e gestores(as) para a percepção de práticas institucionalizadas de racismo.

Na saúde, cerca de 700 profissionais foram capacitados para identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional e para a coleta e o registro do queixo cor. Nesse município também se destaca a iniciativa de inclusão da temática racial nas ações de prevenção à violência durante o carnaval de 2006 e de 2007. ■

REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo C. M. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública* – Publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 15 mar. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- _____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. *Caderno de Textos Básicos. I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues *A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001*. *Revista Saúde Pública* – Publicação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.38, n.5, p. 630-636, out. 2004.
- CHOR, Dora; LIMA, Cláudia Riso Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* – Publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1586-1594, set./out. 2005.
- COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL (CRI); MINISTÉRIO DO GOVERNO BRITÂNICO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL (Dfid); COMBATE AO RACISMO. Brasília: CRI/Dfid, 2007. Disponível em: <http://www.combateaoracismoinstitucional.com/index.php?option=com_registration&task=register>. Acesso em: 15 mar. 2007.
- FAERSTEIN, Eduardo. Fórum: raça, racismo e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* – Publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1584-1585, set./out. 2005.
- FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AS MULHERES (Unifem); INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (Ipea). *Retratos das Desigualdades*. 2. edição. Brasília, DF: Unifem/Ipea/DFID, 2006. CD-ROM.
- HABERMAS, Jürgen. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. v. 1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997, p. 113-139.
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista Saúde Pública* – Publicação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.39, n. 1, p.100-107, 2005.
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública* – Publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, set./out. 2005.
- _____. “Experiências desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil”. In: LOPES, Fernanda (Org.). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília, DF: Funasa/Ministério da Saúde, 2005, p. 9-48.
- MUNANGA, Kabengele. *Estratégias e políticas de combate à discriminação racial*. São Paulo: Edusp/Estação Ciência, 1996.
- PAIXÃO, Marcelo; LOPES, Fernanda. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública* – Publicação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2007.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Pnud); MINISTÉRIO DO GOVERNO BRITÂNICO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL (DFID). Programa de Combate ao Racismo Institucional. Relatório revisão anual. Brasília, DF: Pnud/DFID, 2005. Disponível em: <http://www.combateaoracismoinstitucional.com/index.php?option=com_registration&task=register>. Acesso em: 15 mar. 2007.
- PNUD et al. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília: Pnud/Opas/Dfid/UNFPA/Unicef/Unesco/UNDCP/Unids/Unifem.
- RAHIER, Jean. ‘Mãe, o que será que o negro quer?’ Representações racistas na *Revista Vistazo*, 1957-1991. *Revista Estudos Afro-Asiáticos* – Publicação do Centro de Estudos Afro-Asiáticos da Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, ano 23, n. 1, p. 5-28, 2001.
- VAN RYN M., FU SS. *Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health?* *American Journal of Public Health* 2003; 93(2): 248-255.

As saídas para o Semi-Árido não estão no êxodo. ASA - Articulação no Semi-Árido Brasileiro. 750 instituições atuando em mais de 900 municípios. Trabalho que valoriza o campo e sua gente. Ações para tornar possível a convivência com a região. Programas capazes de gerar um milhão de cisternas. Aproveitamento da chuva para o plantio de alimentos adequados ao lugar. Uso racional da água. Capacitação para que todos possam produzir de forma consciente e solidária, observando o saber do próprio povo. Porque, mesmo que a palavra Semi-Árido signifique árido pela metade, a região pode ser sustentável por inteiro.



ASA

ARTICULAÇÃO NO SEMI-ÁRIDO BRASILEIRO

www.asabrasil.org.br

Apoio:



Oxfam

ASA - Articulação no Semi-Árido Brasileiro,
para o desenvolvimento sustentável da região.

**Alternativas que fazem
do clima do Semi-Árido,
clima de otimismo.**

