

MÓDULO
Saúde Integral da População Negra

UNIDADE 01

Contextualizando a Saúde da População Negra

OBJETIVO

Identificar a PNSIPN enquanto estratégia de aumento do acesso ao SUS e melhor qualidade do cuidado na sua Unidade de Saúde.



Nea Onnim No Sua A, Ohu
"Quem não sabe pode saber aprendendo"

MÓDULO

Saúde Integral da População Negra

UNIDADE 01

Contextualizando a Saúde da População Negra

ATIVIDADE 1

Cultura Negra, Saúde e Bem-Estar

OBJETIVO

Correlacionar a influência da cultura, da família, da história, da resiliência e da genética da população negra brasileira com a saúde-doença e bem-estar.



Nea Onnim No Sua A, Ohu
"Quem não sabe pode saber aprendendo"

AS CULTURAS NEGRAS NO CONTEXTO DO CUIDADO DE SAÚDE

Autoras: Isabel Cristina Fonseca da Cruz & Maria do Carmo Sales Monteiro

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN tem uma finalidade: a desconstrução do racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) e a inclusão das práticas de cura de matriz afrobrasileira no SUS.

Para sua implementação, é indispensável que cada profissional de saúde examine suas próprias crenças quanto à população negra e sua cultura de matriz afro-brasileira.

É a consciência crítica de suas crenças e, especialmente, de suas atitudes a condição que lhe assegura a prestação de um cuidado de saúde centrado na pessoa, no ser humano, isento de discriminação étnico-racial, correlacionando a influência da cultura, da família, da história, da resiliência e da genética da população negra brasileira com a saúde-doença e bem-estar.

Cultura negra, saúde e bem estar

As relações sociais são influenciadas pelas normas culturais e, neste sentido, como as normas culturais avançam ou regridem ao longo do tempo, podemos afirmar que a identidade social das pessoas é história (MORAIS, 2003).

Além de ser história, a identidade social da pessoa é constituída por um mosaico de várias identidades culturais resultantes das relações e trocas com outras pessoas, assim como por valores de outras culturas.

Por exemplo, você, profissional de saúde, possui uma identidade civil, étnica-racial, de gênero, local, regional, nacional, entre outras. No contexto do SUS, você possui uma identidade profissional. Muitas informações sobre sua cultura do ambiente de trabalho e dos valores institucionais e profissionais são veiculadas por diferentes meios de comunicação, modelando tanto a sua identidade quanto as interações sociais de forma positiva quanto negativa.

Por outro lado, @ usuário do SUS também possui uma identidade civil, de gênero, local, regional, nacional, entre outras.

E, quanto à identidade étnica-racial, dentre @s usuários do SUS, 70% são pretos e pardos (SEPPPIR, 2011).

Mas, sendo a maioria da clientela do SUS é negra:

- O quanto você conhece sobre est@ cliente-padrão e suas necessidades de saúde e bem-estar?

Seja a sua resposta “muito”, “pouco” ou “nada”, valerá verificar ao longo deste curso qual a distância entre você e @ cliente negr@, assim como entre você e a cultura

afro-brasileira, incluindo duas práticas de saúde.

Estar próximo ou distante do cliente se deve muito provavelmente ao fato de que muitas informações sobre a cultura negra brasileira e os seus valores de matriz africana são veiculados por diferentes meios de comunicação (SOUSA, 2013), modelando tanto a identidade quanto as interações sociais de forma positiva ou de forma negativa.

Assim, como a cultura étnico-racial influencia a identidade e as relações, isto reflete no processo de saúde-doença e bem-estar da pessoa, família e comunidade, conseqüentemente a cultura étnico-racial também influencia as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS.

E como a formação da identidade étnico-racial das pessoas também depende da história, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra -PNSIPN identifica na linha do tempo:

1. O período colonial brasileiro no qual aconteceu intensamente o processo de objetificação, por meio da ideologia do racismo, dos milhões de negros e negras escravizados (pessoas transformadas em escravos nas Américas), trazidos do continente africano nos porões dos navios negreiros para as fazendas de cana-de-açúcar em condições de vida e trabalho adversas. Vale observar, que paralelamente se desenvolvia o processo de “branquidade” no grupo escravizador.
2. Os episódios de resistência e luta nos quais negros e negras lutam democraticamente contra o racismo, entre outras formas de discriminação, e se constituem como sujeitos de sua própria história.
3. Na atualidade, o racismo estrutural se mantém e condiciona de forma adversa os determinantes sociais da saúde/doença da população negra e por meio de diversos recursos de mídia re-elabora e re-força os preconceitos, os estereótipos étnico-raciais, legitimando a invisibilidade, a inferiorização e a estigmatização da população negra.

História, cultura, racismo e enfrentamento são partes da construção contínua da identidade étnico-racial da população brasileira como um todo e têm impacto sobre a saúde e sobre as interações profissional-usuário do SUS.

No sentido de garantir a equidade e a diversidade étnico-racial no SUS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN estabelece as diretrizes para interação profissional-usuário isenta de discriminação étnico-racial, assim como para a integração da cultura de matriz afrobrasileira no processo de cuidar em saúde.

A cultura negra brasileira no contexto do cuidado de saúde

As pesquisas (MEIRA, 2004; CAPRARA et al, 2004) sobre bioética e vulnerabilidade ressaltam que as pessoas têm seus próprios valores e seus padrões sobre a saúde

pertencentes à cultura, nem sempre enquadrados nos conhecimentos técnicos e científicos hegemônicos. Todavia, esses padrões e valores culturais sobre a saúde são reconhecidos pelas pessoas como corretos e válidos, orientando a ação que leva ao início do contato profissional de saúde-cliente.

Além disso, se o conceito de saúde difere entre profissional de saúde e cliente, igualmente difere o conceito de doença. A compreensão da doença por parte do cliente não corresponde à do profissional de saúde e pela simples razão de que a compreensão de ambas depender de uma constelação de informações: biológicas, psicológicas, educacionais, econômicas, sociais e culturais.

MEIRA (2004) destaca ainda que a decisão da pessoa em acessar o Sistema de Saúde não é simples, pois implica em reconhecer ter sua saúde abalada, como também ter a rotina de vida diária alterada e a preocupação que esse fato causa. Todavia, qualquer que seja a percepção da condição de saudável ou de doente, normalmente é a pessoa, futuro paciente, que faz o primeiro diagnóstico e então decide qual a solução para seu problema. Essa solução pode ser (ou não) o acesso ao Sistema de Saúde, estabelecendo uma relação profissional de saúde-paciente fundada em suas culturas:

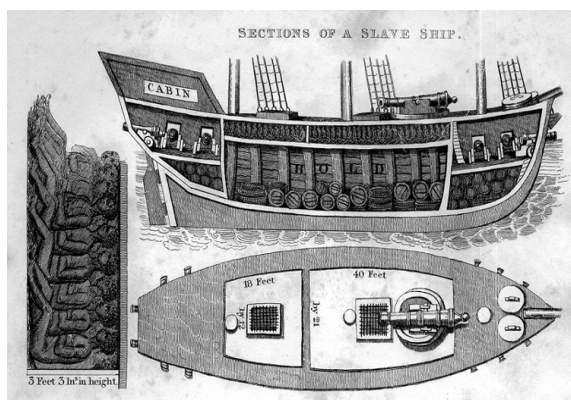
1. A cultura do paciente;
2. A cultura do profissional de saúde.

CULTURA NEGRA BRASILEIRA

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

O reconhecimento da descendência dessa África e, principalmente, do orgulho de nossa africanidade na composição da identidade brasileira, exige perceber o quanto de África existe dentro de cada um@ de nós (A COR DA CULTURA, 2006).

História dos africanos no Brasil e identidade brasileira



Muito além da negação dessa História para maior dominação ideológica e do “desejo de branqueamento” de nossa sociedade, uma breve revisão da linha do tempo nos mostra que a ideia de “negro” não existia entre os 4 milhões de pessoas “africanas” trazidas, ao longo de 350 anos, por sequestro e cativas do continente, antes do século XIX.

Identidades negras

A ideia de uma África como terra de todos, e de uma identidade africana, foi surgindo articulada às formas de reinvenção de identidades (angola, congo, monjolo, fula, umbundo, cabinda, quiloa, mina, jeje, nagô, haussá, etc), característica dos anos 1800, na relação com a sociedade dominante (A COR DA CULTURA, 2006, p.44). Em outros termos, com o tráfico transatlântico de escravos iniciou-se um poderoso processo de racialização dos “africanos” em “negros” nas Américas (A COR DA CULTURA, 2010, p 29).

Com ou sem consciência, tod@s temos e compartilhamos entre nós os dramas e a dor dos milhões de negr@s que foram trazidos para cá contra a sua vontade, sequestrados e separados de sua família, comunidade, terra natal, passando a viver sob tortura e trabalho forçado longe de sua terra e de sua gente.

Mas, também tod@s temos e compartilhamos conscientemente ou não o impulso de vida, o brilho de seu espírito, a história que trouxeram com el@s, sua cultura, sua transcendência, seus saberes e conhecimentos técnicos que compõem nossos valores civilizatórios.

African@s escravizad@s e descendência, a partir de suas diversas habilidades e competências, foram escultor@s (Aleijadinho), engenheir@s (André Rebouças), maestros (Pixinguinha) e maestrinas (Chiquinha Gonzaga), cirurgiões-barbeiros, Maria Firmina dos Reis, escritora (Úrsula, 1859); Laudelina de Campos, liderança sindical; Antonieta de Barros, primeira deputada negra, entre outras.



Cirurgião Negro Colocando Ventosas, 1826

Foram agricultor@s que trouxeram plantas novas, que serviram e servem como alimento (inhame) e remédio (Cola acuminata ou obi, de propriedades estimulantes), e também introduziram diferentes técnicas de cultivo.

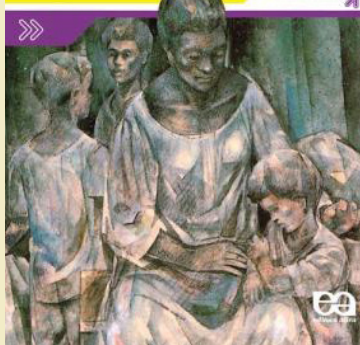
E suas línguas modificaram o português, fizeram dele a língua nacional e com ele, poesia (Cruz & Souza) literatura (Carolina de Jesus). E também trouxeram novas maneiras de se comportar nas relações familiares, de se relacionar com o sagrado, novos modos de celebrar e de se ligar aos antepassados, ou seja, atitudes diante da vida e da morte.

Quarto de despejo

Diário de uma favelada

CAROLINA MARIA DE JESUS

sinal aberto



Aprendendo com arte

Quarto de despejo – *diário de uma favelada*, de Carolina Maria de Jesus. Não dá para explicar. É preciso ler. E enquanto não encontra o livro, conheça esta mulher negra catadora de lixo que se tornou uma escritora admirada no mundo inteiro e dá nome à biblioteca do Museu AfroBrasil. Mini-biografia em:

<http://www.acordacultura.org.br/herois/heroi/carolinamariadejesus>

A FAMÍLIA NEGRA

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Em que pese, segundo AMARAL (2011), as comunidades negras no Brasil terem sido formadas em meio à desagregação familiar resultante do tráfico e às adversidades da vida escrava, segundo AMARAL (2011) não existe cultura negra, cultura afro-brasileira individualmente, na solidão, mas no coletivo, na cooperação, e no com o outro.

Some-se a isto a idéia de ancestralidade com o passado, a História, a sabedoria e os olhos d@s mais velh@s, enfim, a dimensão ancestral carrega o mistério da vida, da transcendência (A Cor da Cultura, 2006).

E para que a cultura impacte positivamente sobre saúde e o bem-estar, é preciso implementar uma estratégia com potencial de demolição do racismo institucional na Unidade de Saúde, a saber: o levantamento de informações sobre raça/cor, etnicidade, religiosidade e práticas de saúde afro-brasileiras, por exemplo, visando neutralizar preconceitos e estereótipos sobre a população negra.

Uma ponte para o acesso à saúde pela população negra é o reconhecimento da sua ancestralidade.

Na perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN, a Secretaria Estadual de Saúde-RS instituiu a campanha:



Com o objetivo de qualificar o atendimento de saúde da população negra gaúcha no Sistema Único de Saúde (SUS) desconstruindo o racismo institucional. Ao tempo que correlaciona cultura e saúde, a campanha visa ainda qualificar a notificação do quesito raça/cor nos documentos e bancos de dados do SUS e conscientizar a sociedade gaúcha sobre a importância da autodeclaração no SUS (SECOM-RS, 2013).

Enquanto uma estratégia com potencial de demolição do racismo institucional na Unidade de Saúde, o mapeamento sobre a ancestralidade ajuda na identificação de eventos fundados em valores como cooperatividade & comunitarismo pelos quais se pode entender a extensão e o significado de uma família negra ou de toda uma



comunidade, uma vez que historicamente os vínculos aconteceram a partir do trabalho (escravo), da família (em constante risco de desagregação), dos grupos de convívio e da religião que garantiram (e ainda garantem na atualidade) a sobrevivência e a os valores e referências culturais.



Família de negros
escravizados



Família negra
monoparental



Família negra
em situação de
vulnerabilidade social



Família negra
heteroparental



Família negra
homoparental

O SUS elegeu a saúde da família como porta de entrada preferencial no sistema e a família de 70% dos usuários do SUS é a família negra, preservadora da cultura de matriz afrobrasileira. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN reitera que o cuidado de saúde do SUS é centrado na pessoa e família, não em estereótipos étnico-raciais.

Conseqüentemente, uma ponte para o acesso à saúde pela população negra é a abordagem da família isenta de vieses étnico-raciais, entre outros. RATTI et al (2005) reiteram esta estratégia quando enfatizam a necessidade de os profissionais de saúde da Atenção Básica considerarem a cultura no processo de assistir/cuidar, para que este seja congruente com as reais necessidades das famílias.

Uma estratégia com potencial de demolição do racismo institucional na Unidade de Saúde é a realização de uma pesquisa sobre **histórias familiares e a exposição destas histórias para a comunidade**, preparando um diagnóstico de saúde e bem-estar que reúna fontes que contêm dados sobre a vida de famílias negras na localidade ou na comunidade do território. São intervenções simples, mas efetivas, que agem sobre a auto-estima, a identidade das pessoas e estreitam vínculos na relação profissional-cliente.



POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS DE MATRIZES AFRICANAS

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Por definição, as comunidades tradicionais de matriz africana constituem espaços próprios de resistência e sobrevivência, que possibilitaram a preservação e recriação de valores civilizatórios, de conhecimentos e da cosmovisão trazidos pelo povo africano, quando transplantados para o Brasil. Caracterizam-se pelo respeito à tradição e aos bens naturais; o uso do espaço para a reprodução social, cultural e espiritual da comunidade; e a aplicação de saberes tradicionais transmitidos através da oralidade (SEPPPIR, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN dialoga, por exemplo, com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), instituída em 2007, para promover a saúde prestando um cuidado culturalmente seguro e eficaz. A intersectorialidade na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN é uma ponte para o acesso à saúde pela população negra uma que vez que vários setores da governança pública precisam ser mobilizados para que se possa abordar os determinantes sociais da saúde.

Quilombolas

Segundo a SEPPPIR (2013), as comunidades quilombolas são grupos com trajetória histórica própria, cuja origem se refere a diferentes situações, a exemplo de doações de terras realizadas a partir da desagregação de monoculturas; compra de terras pelos próprios sujeitos, com o fim do sistema escravista; terras obtidas em troca da prestação de serviços; ou áreas ocupadas no processo de resistência ao sistema escravista. Em todos os casos, o território é a base da reprodução física, social, econômica e cultural da coletividade.

Nos territórios quilombolas, MOTA et al (2012) identificaram um herbário com 57 espécies com fins medicinais e alertam que este o conhecimento de tradição de matriz africana é imprescindível para manutenção sociocultural dessa comunidade vulnerável e como forma de geração de trabalho e renda à luz do desenvolvimento sustentável local.

Até março de 2013, a Fundação Cultural Palmares certificou 2.040 comunidades quilombolas, presentes nas cinco regiões do país, com maior concentração nos Estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco.

No que se refere à saúde, GOMES et al (2013) verificaram em sua pesquisa que



os quilombolas apresentaram maior porcentual de referência a serviço de saúde de uso regular (74,4%) e de cobertura pelo PSF (82,8%), comparados com a população brasileira. Ressaltam que essa maior cobertura oferecida pelo PSF aos quilombolas pode ser explicada pela implantação do

— O plano *Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011* é uma ponte para o acesso ao SUS pela população negra porque garante um adicional de 50% nos recursos financeiros transferidos aos municípios com populações quilombolas, desde que o município amplie a Estratégia Saúde da Família até o(s) quilombo(s) e promover sua integração com os programas sociais.



Nea Onnim No Sua A, Ohu
"Quem não sabe pode saber aprendendo"

Sobre Quilombos

Mojubá – Quilombos:

<http://antigo.acordacultura.org.br/mojuba/programa/quilombos>

Vídeo da Fundação Palmares

Quilombos Luta & resistência:

<http://youtu.be/YJzln56mT3U>

(de 0 até 3'7" podem atender ao interesse desta atividade.)

Povos de Terreiros

Os povos compreendem as pessoas que expressam a religiosidade de matriz africana, como: a Umbanda, o Candomblé (com suas diversas nações), o Tambor de Mina, o Terecô, a Jurema, o Xambá, o Xangô, o Batuque e a Encantaria, dentre outros.

— Os Terreiros são, por sua vez, valorizados por serem também espaços de acolhimento e inclusão, assim como locais de trocas de saberes e conhecimentos.

Sobre os Terreiros e o Cuidado de Saúde

O Cuidar nos Terreiros: documentário filmado em São Luis, Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre sobre os modelos de cuidados nos terreiros, mostrando a pluralidade cultural das religiões de matriz africana e o importante legado cultural preservado pelos terreiros para a preservação da saúde. O vídeo foi produzido pela Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde em parceria com o Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e apresenta os terreiros como espaços promotores de saúde e importantes parceiros do SUS.

<http://youtu.be/H0677xQu00Q>



Irmandades

Segundo AMARAL (2011), iniciado à força no catolicismo na África ou no Brasil, o negro escravizado africano ou crioulo dotou a religião dos portugueses de ingredientes de tradições religiosas africanas, especialmente música e dança. Era um catolicismo cheio de festas, de muita comida e bebida, de intimidades com santos, tal qual a relação dos africanos com seus orixás, voduns e outras divindades. Para homenagear santos de sua devoção os negros e negras organizavam grandes festas nas suas irmandades. As irmandades negras surgiram em fins do século XVII com o objetivo principal de promover a ajuda mútua e socorrer os irmãos escravos e escravas em dificuldades e a compra da alforria, sendo também um sistema de previdência social e poupança.

As irmandades são atualmente instituições do universo religioso de matriz africana e constituem instituições com potencial de parceria para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN nas Unidades de Saúde.



Nea Onnim No Sua A, Ohu
"Quem não sabe pode saber aprendendo"

Sobre a BOA MORTE – Uma irmandade e uma tradição

Livro com lindas imagens e os depoimentos das irmãs da Irmandade da Boa Morte e com o parecer técnico que permitiu o registro oficial da Festa da Boa Morte como Patrimônio Cultural Imaterial da Bahia (e do mundo também!!!).

Baixe em:

http://www.cultura.ba.gov.br/wp-content/uploads/2010/publicacoes/2.boa_morte.pdf

Sobre a Irmandade de N. Sra. Do Rosário & São Benedito – RJ, uma das mais antigas do Brasil. Vídeo de 1min 56".

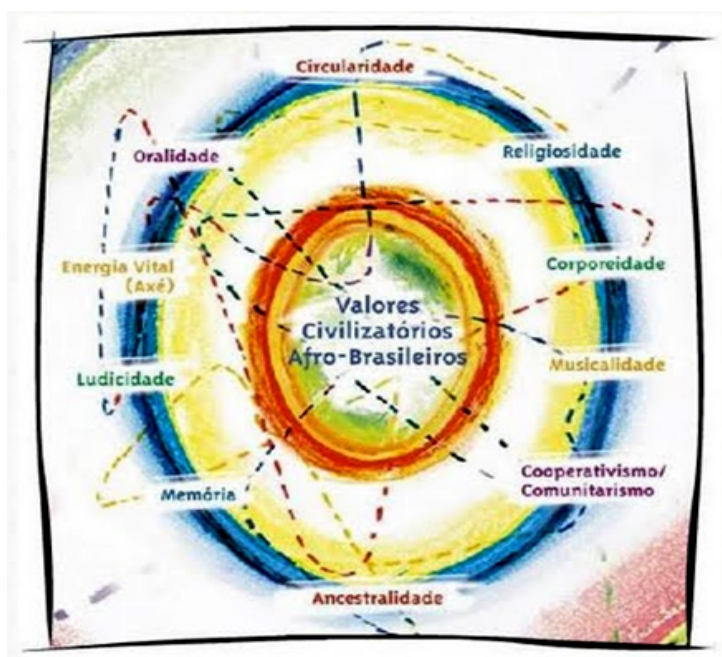
<http://youtu.be/VyPAEQ8A-yl>

VALORES CULTURAIS NEGROS

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Os valores culturais negros são constituintes da cultura brasileira e são compartilhados em maior ou menor grau por todos e todas, independente de raça/cor (A COR DA CULTURA, 2006), mas na dependência do orgulho quanto à dimensão africana nas nossas identidades.

A ilustração abaixo, extraída do livro Modos de Interagir (A COR DA CULTURA, 2006) compõe uma mandala com os valores culturais negros significando que se interpenetram, se hibridizam, criando fluxos e conexões.



Na perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN, para a desconstrução do racismo institucional e prestar o cuidado culturalmente seguro e eficaz é evocar...

A memória - reavivamento do orgulho da nossa memória afro-brasileira.

A ancestralidade - imediata relação com a história e com a memória na forma de ver/ouvir as pessoas idosas, mais vividas, as memórias da vivência afro-brasileira que elas trazem, carregam e compartilham.

A religiosidade - respeito à vida enquanto transcendência.

A oralidade - O oral não como negação da escrita, mas como afirmação de autonomia relacional, de comunicação.

A musicalidade - consciência de que nosso corpo produz som, melodias, potencializando a musicalidade como um valor.



O cooperativismo/comunitarismo - não existe cultura negra sem coletivo, em pessoas, em diversidade, em cooperação e comunidade.

A corporeidade - respeito ao corpo inteiro, corpo presente em ação, em diálogo e interação com outros corpos.

A ludicidade - o prazer, a alegria, a brincadeira a partir das músicas e das danças.

A circularidade - organizar uma roda e trabalhar em círculos, com diálogos e em redes.



O tempo é circular e para o pensador africano John Mbiti (citado por PRANDI, 2001), enquanto nas sociedades ocidentais o tempo pode ser concebido como algo a ser consumido, podendo ser vendido e comprado - tempo é dinheiro -, nas sociedades tradicionais de matriz africana o tempo tem que ser criado ou produzido, isto é, na etnia negra a pessoa não está apegada ao tempo, mas, em vez disso, ela faz tanto tempo quanto queira. Esta percepção do tempo pela pessoa tem implicações para o autocuidado dos problemas de saúde, inclusive.

A energia vital - axé, a força vital, como vontade de viver, de aprender.

Em síntese, os valores culturais de tradição afro-brasileira podem ser sintetizados na ética Ubuntu:

“Eu só existo porque nós existimos.”

MALOMALO (2010) afirma que essa forma de conceber o mundo, na sua complexidade, é um patrimônio de todos os povos tradicionais ou pré-modernos. Cada um expressa isso através de suas línguas, mitos, religiões, filosofias e manifestações artísticas. Além disso, essa mesma cosmovisão entende a “liderança coletiva” na gestão da política e da vida social.

Para MALOMALO, “ubuntu afro-brasileiro” é solidariedade e resistência, representado por quilombos, as religiões afro-brasileiras, as irmandades negras, os movimentos negros, as congadas, o moçambique, as imprensas negras, entre outras instituições.

Portanto, a saúde e o bem-estar, assim como o enfrentamento da doença, são a expressão da força ou do enfraquecimento destes valores éticos no nosso cotidiano.

Com base no exposto, uma barreira ao acesso à saúde & bem-estar pela população negra é a falta de informação ou de consciência sobre sua ascendência. Igualmente, o vazio de valores culturais étnico-raciais tem o potencial de gerar n@ cliente distúrbios de auto-imagem e de auto-estima, no mínimo.

Por conseguinte, uma estratégia com potencial de demolição do racismo institucional na Unidade de Saúde é a inclusão da música e da dança, como capoeira,



das danças afro-brasileiras, exemplos das várias práticas de saúde que demonstram a sensibilidade dos serviços para o desenvolvimento de ações educativas que sejam pautadas, originárias e recriadoras da cultura popular (ALBUQUERQUE et al, 2004). Além disso, por meio desta estratégia a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN dialoga com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS, 2013).

Resiliência - uma capacidade coletiva

MARTINS (2013) em sua pesquisa com mulheres negras cunhou a expressão “afroresilientes” tendo em vista que diante de todo o cenário de discriminação, preconceito e racismo que possam estar inseridas, essas pessoas demonstram uma reação positiva frente às adversidades. Para a autora, resiliência é um conjunto de competências e de habilidades, influenciado por características individuais, ambientais e socioculturais, que favorece a superação de fatalidades podendo contribuir para o fortalecimento individual e coletivo.

Cabe ressaltar que MARTINS identificou no seu estudo oito características constitutivas da resiliência, sendo elas: autocontrole; autoconfiança; leitura corporal; análise do contexto; otimismo para com a vida; empatia; conquistar e manter pessoas; e sentido de vida.

Uma ponte para o acesso à saúde pela população negra é a avaliação sistemática e sistematizada do grau de assimilação ou aculturação da pessoa, família e comunidade, assim como sobre as formas (saudáveis e culturais ou insalubres) de enfrentamento do estresse.

Uma outra ponte para acesso à saúde é a resiliência que, segundo SILVA et al (2005), no contexto do cuidado de saúde, precisa ser associada ao conceito de promoção da saúde, mais especificamente com famílias em situação de risco (violência, por ex), deslocando a ênfase na dimensão de negatividade da doença para as potencialidades das pessoas/famílias e da comunidade.

Além disso, para a sustentação do processo de resiliência em saúde, uma estratégia com potencial de demolição do racismo institucional é a articulação de ações intersetoriais (segurança pública, por ex) e interdisciplinares (educação, por ex) que compatibilizem políticas públicas saudáveis e a ampliem as medidas protetoras à saúde.



Aprendendo com arte

Bispo do Rosário usando o Manto

Arthur Bispo do Rosário é um dos artistas que, no nosso entendimento, melhor sintetiza o significado de resiliência para a etnia negra brasileira. Não deixe de conhecer um pouco da sua obra neste site e muito menos de assisti-lo no vídeo: <http://www.almanaquebrasil.com.br/personalidades-arte/9730-arthur-bispo-do-rosario.html>

TÓPICOS DE ECOLOGIA BIOCULTURAL NEGRA

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Ainda que os estudos de genética populacional reiterem a pequena diferença entre grupos populacionais e, assim, reafirmem que “raça” é uma invenção para justificar o racismo enquanto ideologia discriminatória, a expressão ecologia biocultural, extraída do modelo de Purnell de competência cultural (ALVAREZ, 2012), parece-nos mais adequada por incluir a genética juntamente com outros fenômenos como, por exemplo, o metabolismo de medicamentos e as doenças geográficas.

E, em termos de genética populacional, além da doença falciforme, há algumas doenças ou fatores de risco, como a hipertensão arterial, que são prevalentes na população negra.

Por exemplo, no que se refere à hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo LAGUARDIA (2005), a importância da genética na variação da pressão sanguínea da população está demonstrada nos achados de pesquisas que apontam que entre 30% e 40% do total de casos de hipertensão são determinados geneticamente. O estudo da contribuição genética na hipertensão arterial assume que a identificação dos determinantes genéticos pode fornecer as pistas que elucidarão os processos envolvidos na patogênese desse fenótipo e identificar os indivíduos com predisposição específica herdada. Recentemente, KIMURA (2010) realizou uma investigação extensiva e original sobre o componente genético da hipertensão essencial em uma população brasileira de quilombolas Vale do Ribeira – SP e os resultados obtidos reforçam a hipótese de um mecanismo poligênico de regulação da pressão arterial nesta população.

No caso do metabolismo de medicamentos, outro exemplo de ecologia biocultural negra, VALE et al (2003) alertam para o fato de que o procedimento anestésico, por exemplo, na população negra pode sofrer modificações em razão do efeito de drogas anestésicas e seus adjuvantes. Apontam especificamente a diminuição do efeito analgésico local do creme anestésico EMLA, o aumento do efeito hipnótico do propofol e da toxicidade do paracetamol, o menor efeito anti-hipertensivo das drogas que reduzem renina (IECA, bloqueadores beta2 e de AT1), a menor ação dos vasodilatadores beta2 e a menor fibrinólise do t-PA. Concluem que o fator demográfico raça deve ser valorizado na visita ou consulta pré-anestésica para assegurar a profilaxia de reações idiossincrásicas peri-operatórias e salvaguardar o êxito do ato anestésico-cirúrgico. E recomendam a individualização da conduta pré e pós-anestésica, sobretudo em pacientes negros hipertensos, renais, asmáticos ou com acidente vascular cerebral.



— Uma ponte para acesso à saúde & bem-estar pela população negra é, por parte d@ profissional de saúde, a atualização e a educação permanente quanto aos conhecimentos sobre os problemas da ecologia biocultural negra uma vez que estes são importantes para individualizar a intervenção, tanto nos estágios pré-clínicos (prevenção de complicações) quanto nos clínicos (diagnóstico e tratamento precoce), por meio de uma terapia moldada às tidas anormalidades subjacentes. Desta forma, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN dialoga com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2007).

Sites interessantes

Observatório da diversidade cultural:

<http://observatoriodadiversidade.org.br/>

Fundação Palmares:

<http://www.palmares.gov.br/>

Centro de Estudos Afro-Orientais (livros para download):

<http://www.ceao.ufba.br/2007/livrosvideos.php>

Centro de Estudos de Etnobotânica e Etnofarmacologia- UNIFESP

<http://www.cee.unifesp.br/etnofarmacologia.htm>

Comunidades tradicionais:

<http://www.caa.org.br/ypade/>

Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde:

<http://renafrosaude.com.br/>

CONCEITO DE SAÚDE (E BEM-ESTAR) DA POPULAÇÃO NEGRA

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Embora o conceito de saúde, segundo BATISTELLA (2008), compreenda diferentes dimensões, o que torna difícil uma definição, há formulações que têm servido de referência no debate desta questão: a saúde como ausência de doença; a saúde como bem-estar; e a saúde como um valor social, por exemplo.

Independente de conceitos mais gerais sobre saúde, podemos afirmar que a saúde da população negra refere-se, principalmente, a três elementos principais (CRIOLA, 2007, 2010):

- 1. Política:** o enfrentamento do racismo na sociedade como um todo, nas instituições (o racismo sistêmico) e no sistema de saúde.
- 2. Ciência & Tradição:** advocacia por respeito, diálogo com as formas de diagnóstico e cuidado oriundas da ciência hegemônica, e incorporação da tradição, ou seja, das formulações e práticas da cultura negra de alívio do sofrimento e cura das enfermidades às ações e políticas de saúde.
- 3. Vulnerabilidade diferenciada:** a atenção à ecologia biocultural da população negra, que inclui não apenas prevenção e assistência à saúde, mas fundamentalmente a defesa da implementação plena do Sistema Único de Saúde (SUS) para que se tenha garantido o direito constitucional ao acesso à saúde, assim como ao cuidado baseado em evidência e centrado na pessoa.



A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN E A SAÚDE E O BEM-ESTAR CULTURAIS

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Mais uma pesquisa (CUYPERS et al, 2012) confirmou a hipótese sobre o efeito da cultura e das atividades culturais na promoção da saúde, na satisfação com a vida, na redução da ansiedade e da depressão.

Então, por meio da implantação, monitoramento das iniquidades étnico-raciais nos resultados de saúde e da avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN podem ser criadas forças que geram saúde e bem-estar, opondo-se à patogênese e que se efetivam:

- Nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação e descentralização do SUS.

- Na ampliação do acesso e da atenção à saúde centrada na população negra (rural & urbana), com base em evidência científica.

- Na integração das práticas culturais de matriz afro-brasileira de saúde ao plano terapêutico.

Uma estratégia demolidora do racismo institucional é o monitoramento e correção das iniquidades e disparidades étnico-raciais em saúde, pois estas constituem estressores crônicos e fatores de risco para a saúde da população negra. Como o racismo institucional só é captado objetivamente na comparação dos dados de saúde ou doença entre as populações, para sua prevenção e o seu combate é imperativo o monitoramento contínuo das diferenças, iniquidades e disparidades étnico-raciais desde a Unidade.

Um padrão-ouro para desconstrução do racismo institucional em saúde é monitoramento regular e continuado das iniquidades étnico-raciais nos resultados terapêuticos da Unidade de Saúde, em particular, e do SUS, como um todo. Esta é uma condição básica para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN visando alcançar resultados terapêuticos equânimes entre a população negra (pretos e pardos) comparada aos demais grupos populacionais.



SÍNTESE SOBRE CULTURA NEGRA, SAÚDE E BEM ESTAR

Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz

A cultura negra, a saúde e o bem-estar são elementos dinâmicos, inter-relacionados e carregados de energia vital, que compõem uma mandala: a saúde da população negra. No continuum saúde-doença ou na perspectiva de saúde como direito constitucional, a saúde da população negra existe numa sociedade cidadã, isenta de racismo e qualquer outra forma de discriminação, com monitoramento ininterrupto das iniquidades e disparidades étnico-raciais no acesso ao SUS e na qualidade do cuidado de saúde centrado na pessoa e baseado tanto em evidência científica quanto em sabedoria (tradição).

GLOSSÁRIO

Axé – Segundo RIOS et al (2013), energia e linhagem são palavras que ajudam a entender o que é axé. Para ampliar a compreensão, os autores situam o axé em suas principais características. Assim, na crença africanista, existem qualidades de axé, que podem ser positivas e negativas para dada pessoa ou coletividade. O axé pode ser acumulado, transmitido e perdido. Por onde ele migra, ou flui, transmite traços de seus antigos depositários. Parece-nos que a noção de axé como linhagem vem dessa ideia de que, ao fluir, as energias, que possuem qualidades específicas, marcam as coletividades. No que se refere à pessoa, esta é concebida como recebendo uma quantidade e qualidade de axé para ganhar existência no aiê, mas, ao longo da vida, a quantidade pode mudar. A variação é apreendida por meio de sinais no corpo e nas relações sociais. A doença, o sofrimento, a fadiga se apresentam quando o axé diminui, ou se entra em contato com um axé com o qual não se é afim. Quando o axé é benfazejo e aumenta, o ser prospera em todas as áreas. Cabe à religião intervir, buscando reforçar o fluxo e acúmulo de axé positivo por meio de rituais que religam o mundo e o outro mundo.

Fonte: RIOS, Luis Felipe et al . Axé, práticas corporais e Aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200021&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200021>.

Caxixi – “Nos encontros de musicalização, foram utilizados todos os instrumentos presentes na Capoeira Angola: berimbaus, atabaque, reco-reco, agogó, pandeiro e caxixi (chocalho de origem africana), além de cantigas entoadas no ritual da roda. Nesses encontros, o intuito era provocar, a partir do aprendizado das cantigas e ritmos, movimentações grupais, além de uma coesão grupal e a autorresponsabilização dos participantes.

Fonte: MATOS, Natália Galdiano Vieira de; NEVES, Anamaria Silva. CAPS-POEIRA: um modo de intervenção no CAPS-ad. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 11, n. 2, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 fev. 2014.

Parente - era a palavra utilizada pelos africanos escravizados para definir os que pertenciam à mesma etnia. A expressão atravessou os séculos com o mesmo significado.

Branquidade – mecanismos retóricos, políticos, culturais e sociais pelos quais a identidade racial branca é inventada (falsa) e usada para mascarar seu poder e privilégio em relação aos “outros/as” (opressiva).

Cultura - “um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas. É justamente porque compartilham de parcelas importantes deste código (a cultura) que um conjunto de indivíduos com interesses e capacidades distintas e até mesmo opostas transformam-se num grupo e podem viver juntos, sentindo-se parte de uma totalidade”. Fonte: Boehs Astrid Eggert, Monticelli Marisa, Wosny Antônio de Miranda, Heidemann Ivonete B. S., Grisotti Márcia. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2010 June 19] ; 16(2): 307-314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072007000200014.

Cuidado cultural - aspectos do cuidado relacionados a grupos étnicos e na maioria das situações em que se pensa em valores, práticas e crenças dos clientes em situações do ciclo de vida como período grávido-puerperal ou doenças, sobretudo as crônicas, nas quais os hábitos têm um papel fundamental. Fonte: Boehs Astrid Eggert, Monticelli Marisa, Wosny Antônio de Miranda, Heidemann Ivonete B. S., Grisotti Márcia. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2010 June 19] ; 16(2): 307-314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072007000200014.



Nea Onnim No Sua A, Ohu

“Quem não sabe pode saber aprendendo”

Nea Onnim No Sua A, Ohu (“Quem não sabe pode saber aprendendo”) – símbolo de conhecimento, educação

permanente e busca pela verdade.

Vulnerabilidade diferenciada - predisposição a determinados agravos ou doenças.

Culturas e tradições afro-brasileiras - visões de mundo específicas e modos de agir que influenciam nossas crenças e práticas de saúde.

Anti-racismo - estratégia de luta sobre as relações sociais e raciais, e dos poderes e interesses desiguais, de modo a destacar o papel do racismo na produção de condições de vida e de saúde de negras e negros

Intolerância - É o não reconhecimento da possibilidade de outra verdade, outros valores, outras preferências, sentimentos, gostos, expressões, (religiosas, artísticas, culinárias...), formas de falar, de se vestir que não sejam iguais ou similares aos próprios.

Quilombo - São territórios de resistência, que se organizavam com **negras** e negros fugitivos que se insurgiam contra a escravidão.

Terreiro - Espaço onde são realizadas as cerimônias das religiões de matriz africana.

Rede de Saúde dos Terreiros - Articulação de movimentos, de credos, de ritos, de práticas que se legitima pela história de sua fé, seu conhecimento, seus rituais.

Curandeiro/a - Cura por meio de remédios populares, garrafadas.

Raizeiro/a - alguém que conhece e prepara os remédios feitos de planta.

Rezador/Rezadeira - Alguém que possui o “dom” da cura por meio das orações.

Candomblé - Tradição, culto e cultura dos orixás (deuses). É uma religião que busca a comunhão entre os seres humanos e a natureza, levando-os a reencontrar sua força vital. Possui um caráter extremamente humanista que visa afastar dos seres humanos pensamentos intolerantes, preconceituosos e de submissão, independente de sua cor, origem social, sexo ou crença religiosa.

Oferenda - Itens que são oferecidos aos deuses para agradá-los e estabelecer comunicação com eles.

Quizilas - Proibições, escrúpulos alimentares.

Zelador - Responsável pelo cuidado com os filhos e filhas de santo; pai de santo, mãe de santo.

Planta medicinal - É uma espécie de vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósito terapêutico (OMS, 2003).

Fitoterapia - Utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (Luz Netto Jr, 1988).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 15, ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>>.
- BRANDÃO, Ana Paula. (Coord.). **Saberes e fazeres: modos de brincar: caderno de atividades**. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2010. (A cor da cultura, v.5).
- BRANDÃO, Ana Paula. (Coord.). **Saberes e fazeres: modos de ver**. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2006. 116p. (A cor da cultura, v.1).
- ALVAREZ, Rocío Elizabeth Chávez. **O cuidado das crianças no processo saúde-doença: crenças, valores e práticas nas famílias da cultura kabano da Amazônia peruana**. 2012. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19042012-075829/>>. Acesso em: 11 nov. 2013.
- AMARAL, S. P. Famílias, terreiros e irmandades. In: ALBUQUERQUE, Wlamyra R. de; FRAGA FILHO, Walter. **Uma história do negro no Brasil**. Brasília: Ministério da Educação. Secretária de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Salvador: Centro de Estudos Afro Orientais, 2011. Disponível em <http://www.ceao.ufba.br/livrosevideos/pdf/uma%20historia%20do%20negro%20no%20brasil_cap04.pdf>.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FIOCRUZ. **O território e o processo saúde-doença**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=14&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2>
- CANDAU, Vera Maria. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 37, abril 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782008000100005>.
- CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>>.
- CRIOLA. **Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/controle_social.pdf>.

- CRIOLA. **Saúde da População Negra**: passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: [Sl.], 2010. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf>.
- CUYPERS, K. et al. Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway J. **Epidemiol Community Health** 2012, n. 66, p. 698-703. Disponível em:<<http://jech.bmj.com/content/66/8/698>>. DOI: <10.1136/jech.2010.113571>.
- GIROUX, Henry A.. Por uma pedagogia e política da branquidade. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , n. 107, jul. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15741999000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15741999000200004>>.
- GOMES, Karine de Oliveira.et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151412>>.
- JOSUE, Laguardia. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia? **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, aug. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000200008>>.
- KIMURA, L - **Fatores genéticos associados à hipertensão essencial em populações remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira - São Paulo**. Tese (doutorado)-Instituto de Biociências, USP, São Paulo, 2010.Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/41/41131/tde-11032011-135658/pt-br.php>>.
- MALOMALO, Bas'illele. Eu só existo porque nós existimos: a ética Ubuntu. **IHU**[Online],v. 10 n. 353, 2010. Disponível em:<http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3691&secao=353>.
- MARTINS, L. L. P. Afroresilientes: a resiliência de mulheres afrodescendentes de sucesso educacional, 182f, 2013. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Piau, UFPI, Teresina, 2013.
- MEIRA, Affonso Renato. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 50, n. 3, set. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300028>>.
- MORAIS, E. S. **Corte e costura étnica**: representações da identidade étnica afrodescendente nas relações sócio-educativas no Congo-Centro Médico Social. Dissertação (mestrado), UNEB, Salvador, 2003. Disponível em:<<http://www.cdi.uneb>.

[br/pdfs/dissertacao/2003/edmilson_de_sena_morais.pdf](http://pdfs.dissertacao/2003/edmilson_de_sena_morais.pdf)>.

- MOREIRA, G. G. **Consciência da diferença**. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/artigos-institucionais-consciencia-da-diferenca/>>
- MOTA, Renata dos Santos; DIAS, Henrique Machado. Quilombolas e recursos florestais medicinais no sul da Bahia, Brasil. **Interações** (Campo Grande), Campo Grande, v. 13, n. 2, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122012000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1518-70122012000200002>>.
- PRANDI, Reginaldo. O candomblé e o tempo: concepções de tempo, saber e autoridade da África para as religiões afro-brasileiras. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 47, out. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092001000300003>>.
- PORTAL EDUCAÇÃO. **Princípios e diretrizes do SUS**. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/53202/principios-e-diretrizes-do-sus>>. Acesso em: 23 dez. 2013.
- RATTI, Alhetha; PEREIRA, Maria Thereza Férrer; CENTA, Maria de Lourdes. **A relevância da cultura no cuidado às famílias**. Família, Saúde e Desenvolvimento. [S.l.], 2007. ISSN 1517-6533. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8054/5676>>. Acesso em: 06 Nov. 2013.
- RIBEIRO, Polyana da Costa. et al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 161-174, dez. 2012. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1213/1098>>. Acesso em: 26 Fev. 2014
- SA, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>.
- SANTOS, M. H. A. V.; FIGUEIREDO, M. I. T.; BORGES, O.; SANTANA, Z. H.; MONEGO, E. T. Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). **Revista da UFG**, v. 6, Nº. Especial, dez 2004 [online] [www.proec.ufg.br]
- SECOM-RS. Site. Notícias. **Vice-governador participa do lançamento da campanha para autodeclaração de raça e cor no SUS**. 2013. Disponível em: <<http://www.rs.gov.br/noticias/1/117396/Vice-governador-participa-do-lancamento-da-campanha-para-autodeclaracao-de-raca-e-cor-no-SUS>>.
- SEPPPIR. Site. **Seppir e MS firmam acordo de cooperação com foco na Saúde da População Negra**. 2011. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2011/10/seppir-e-ms-firmam-acordo-de-cooperacao-com-foco-na>

saude-da-populacao-negra>.

- SEPPIR.**Comunidades Tradicionais**. 2013. Disponível em: <<http://www.portaldaignaldade.gov.br/comunidades-tradicionais-1>>.
- SILVA, Mara Regina Santos da.et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. set, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500012>>.
- SOUSA, C.B. Enfrentamento ao racismo e consciência negra: e a comunicação com isso? **Carta Capital** [online], Intervezes, 2013. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blogs/intervezes/enfrentamento-ao-racismo-e-consciencia-negra-e-a-comunicacao-com-isso-6574.html>>.
- VALE, Nilton Bezerra do; DELFINO, José. Anestesia na população negra. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 53, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942003000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2014. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942003000300013>>.

MÓDULO

Saúde Integral da População Negra

UNIDADE 01

Contextualizando a Saúde da População Negra

ATIVIDADE 2

Identificando a PNSIPN no SUS

OBJETIVO

Identificar a PNSIPN nos fundamentos do SUS, nas suas políticas de promoção da equidade e nos direitos dos usuários.



Nea Onnim No Sua A, Ohu
"Quem não sabe pode saber aprendendo"

SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Autora: Maria do Carmo Sales Monteiro

Todos sabem que no Brasil saúde é direito de todos e dever do Estado. No entanto vivemos uma realidade em que a maioria da população brasileira não consegue ter acesso a esse direito de forma digna, com qualidade e em tempo hábil.

- Afinal, a expressão “saúde é direito de tod@s” é um fundamento do SUS ou uma crença?

Mas sendo o fundamento do SUS “saúde é direito de tod@s”, em uma sociedade baseada em poder & privilégio é preciso um programa de políticas de equidade no sentido de tornar real o que ainda é uma proposição: igualdade e universalidade.

E dentre as ações de consolidação do SUS, faz-se necessária uma política para promoção da saúde da população negra?

Para termos algumas pistas em direção a respostas para essas questões precisamos rever alguns conceitos a luz de uma história bastante recente para a humanidade: os direitos humanos.

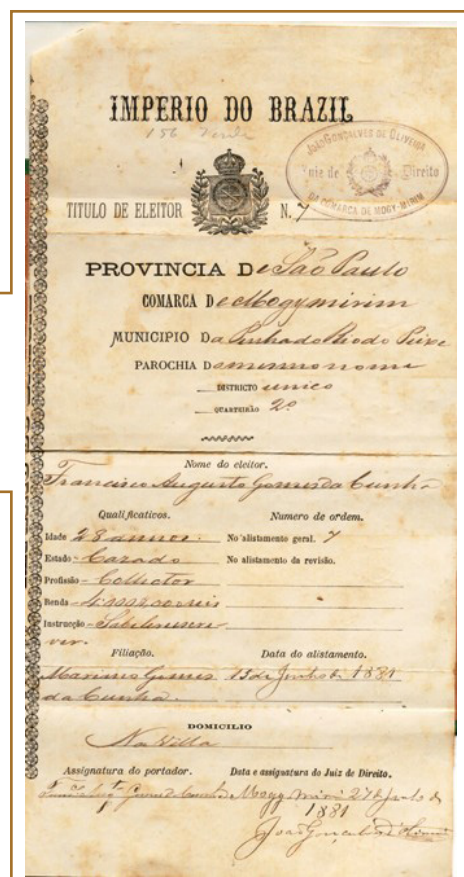
Direitos Humanos... E quem são os Humanos?

A título de curiosidade, o censo eleitoral em 1881 instituiu a obrigatoriedade de renda mínima para votar e somente com a constituição de 1891 todo brasileiro alfabetizado pode votar, menos as mulheres. (TSE, 2012).

Título de eleitor do Império: a pessoa deveria ser branca, maior de idade e ter uma determinada renda.

Fonte: <http://marciocarlosblog.blogspot.com.br/2011/04/pre-feitos-e-seus-vices-em-itapira.html>

Esse é um fato importante para se compreender a forma de expressão do racismo institucional no Brasil: barreiras (para oprimid@s) & oportunidades (opressor@s). O racismo institucional no Brasil praticamente não se valeu de leis segregacionistas, a população negra tem seu cotidiano marcado por barreiras no acesso aos direitos difíceis de serem



superadas de forma individual que causam profundas desigualdades sociais, coletivas, combinadas com discriminação racial.

“O pressuposto explica a peculiaridade do racismo no Brasil, que combina diferenciação na estratificação social com práticas discriminatórias, em uma dinâmica que acentua ora a pobreza do negro, ora a desvalorização de sua condição étnica. Isso significa dizer que o racismo no Brasil incide na população negra brasileira determinando duas condições sociais, a pobreza e a discriminação racial”. (Monteiro, 2010, pg. 274)



Mulher negra trabalhadora

Em meados do séc. XX – quando supostamente não temos escravos e nem servos feudais se consolidam os direitos civis – começa a discussão sobre cidadania a partir do reconhecimento dos direitos humanos. As idéias sobre os direitos humanos e cidadania são construídas em meio às desigualdades da sociedade

capitalista, o que parece contraditório, mas na verdade o reconhecimento dos direitos permite que se mantenha um mínimo de bem estar social sem que se altere a estrutura social.

Da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU), destacamos estes 2 artigos:

Artigo 1.º: Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 25.º: Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.



Direito à assistência médica

Pense sobre isso tudo:

- O Brasil foi o último país do mundo a terminar com o tráfico de escravos.
- No Brasil nunca houve proibição de voto por questões raciais, mas durante muito tempo os negros foram alijados desse direito por não terem propriedade e renda e depois por não serem alfabetizados.
- No Brasil nunca houve leis segregacionistas (leis separatistas – apartheid), ou seja, que impedissem as pessoas de morar, andar, entrar ou trabalhar em qualquer lugar por questões de cor da pele. Mas, foram criadas 2 instituições:



- Mesmo sem leis segregacionistas explícitas, até hoje negras e negros ocupam majoritariamente as periferias das cidades, sendo fácil identificar o “lugar d@s negr@s” ...Aliás uma frase comum de se ouvir por aí é que “pessoas pobres mas honestas são aquelas que sabem onde é o seu lugar..”

Aprenda com arte

O significado do elevador social lindamente explicado pelo poeta & músico Jorge Aragão:

<http://www.vagalume.com.br/jorge-aragao/identidade.html>

O racismo, o preconceito e a discriminação no Brasil

O racismo, o preconceito e a discriminação étnico-racial no Brasil têm a função de manter a população negra (e outras etnias: indígena, cigana, etc) em condição subalterna na sociedade de classes. Historicamente, há uma combinação das questões de raça e classe perpetuando desigualdades entre negros, indígenas e brancos. Nas relações étnico-raciais hierarquizadas prevalecem os estereótipos ou generalizações que perpetuam uma visão distorcida dessas populações como inferiores, incapazes, preguiçosas, violentas, delinquentes, bandidas....

No entanto, as pessoas nunca deixaram de lutar pela liberdade, justiça e igualdade desde o período da escravidão através das revoltas, formação de quilombos, campanhas, ações judiciais e lutas cotidianas empreendidas até a atualidade que

caracterizaram sempre a mobilização social de combate ao racismo, à exclusão e desigualdade social.

Voltando aos direitos humanos... quem afinal é humano?

É importante lembrar que um grande avanço mais recente na compreensão dos direitos humanos é o reconhecimento que todos nascem portadores de direitos, ou seja, todos nós somos sujeitos de direito. Portanto, ninguém deveria precisar lutar por seus direitos, pois já nasce portando esses direitos!



No entanto a maioria da população brasileira está fora! E se quiser o quinhão desse bolo que lhe cabe terá que lutar muito!

É preciso desumanizar, coisificar, para que os muitos grupos populacionais não pareçam humanos, não é?

— Por essa razão se banaliza a desigualdade, criando a crença de que é natural ou desejo de alguma divindade: a pobreza, a miséria, a exclusão de “certas pessoas”, os não-escolhidos, os filhos de Cam...

<http://ccjuve.prefeitura.sp.gov.br/2013/11/11/seminario-contra-o-genocidio-da-juventude-preta-pobre-e-periferica/>



LINHA DO TEMPO SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (SPN) / SUS (CRIOLA, 2010)

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro & Isabel Cristina Fonseca da Cruz

A linha do tempo a seguir apresenta alguns dos principais momentos do movimento negro na luta pelos direitos em saúde.

1980/1990 Denúncias e campanhas contra o extermínio de crianças e esterelização de mulheres negras.

Ainda hoje a esterilização feminina é o método anticoncepcional mais usado entre as mulheres brasileiras, o aumento dessa prevalência se deu na década de 80, quando o Ministério de Saúde favoreceu a laqueadura de mulheres pobres em escala nacional.

O movimento de mulheres negras em 1990 desenvolveram as campanhas nacionais: “Não Matem Nossas Crianças”, que denunciava o extermínio de crianças e jovens negros empreendidas por grupos paramilitares (chamados grupos de extermínio) e a Campanha Nacional contra a Esterilização em Massade Mulheres Negras com o slogan “Esterilização de Mulheres Negras: Do Controle da Natalidade ao Genocídio do Povo Negro”, sob a liderança do Programa de Mulheres do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas do Rio de Janeiro.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000600008

http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/livro_mulheresnegras.pdf

1992 - Introdução do Quesito cor no sistema municipal de informação SP/SP

1995 - Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, que incluía a criação de políticas para a SPN; a atenção à doença falciforme passa a ser utilizada como um marcador da qualidade das respostas do SUS à SPN; Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional/GTI no governo federal, cujas tarefas incluíam formulações de ações e políticas para a SPN

1996 - Mesa Redonda sobre a SPN pelo Ministério da Saúde; quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito e nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM), nascidos vivos (SI- NASC) e sujeitos de pesquisa; Criação de programas e ações nacionais, em estados e municípios, de doença falciforme

2000 - Pré-Conferência Cultura e SPN pela Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde

2001 - Workshop Inter-Agencial de SPN, com representantes de todas as agências da ONU- Brasil e especialistas em SPN. Este workshop resultou na proposta de Política

Nacional de SPN: uma questão de equidade; Criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (RI)/PCRI do Ministério da Cooperação do Reino Unido/DFID e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD; Publicação do Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afro-Descendente do MS; Inclusão de doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal; Publicado o livro Saúde da População Negra de Fátima de Oliveira, pela Organização Panamericana de Saúde/OPAS.

2003 - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/SEPPIR firma um Termo de Compromisso com o MS; 12ª Conferencia Nacional de Saúde, com aprovação de mais de 70 deliberações sobre SPN.

2004 - Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN do MS, junto a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS; I Seminário Nacional de SPN, pelo MS, com o SUS e o movimento negro; Inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil; Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil Afro atitude), do Programa Nacional de DST/AIDS do MS.

2005 - I Conferencia Nacional de Promoção da Igualdade Racial, com debates e deliberações sobre saúde; movimento negro na Conferencia Nacional de Ciência e Tecnologia, com inclusão da SPN entre as prioridades de pesquisas; Inclusão da SPN no Plano Nacional de Saúde; Lançamento pelo MS das publicações SPN Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade e Atlas Saúde Brasil, trazendo informações sobre a SPN e as desigualdades raciais na saúde; Inserção item sobre SPN no PPA 2006-2007; 2º Seminário Nacional de SPN.

2006 - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme; Movimento negro conquista pela primeira vez representação no Conselho Nacional de Saúde/CNS, para o mandato 2007-2009; O Ministro da Saúde reconhece a existência de racismo institucional no SUS comprometendo-se para sua superação; movimento negro cria o 27 de outubro - Dia Nacional de Mobilização Pró- SPN.

2006 - Conselho Nacional de Saúde aprova por unanimidade a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN.

2007 - 13ª Conferência Nacional de Saúde, sendo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN como um dos principais instrumentos de consolidação da equidade no SUS.

2008 - Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do CNS; Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite/CIT, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN.

2009 - Publicação no DOU a Portaria 992 do MS que oficializa a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN.

2010 - Aprovação em 20 de julho de 2010 da lei 12.288 Estatuto da Igualdade Racial que no seu artigo 7º institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, conferindo assim o status de lei a essa política, o que anteriormente era apenas uma portaria.

SUS E A LEI PNSIPN (12.288/2010)

Autora: Maria do Carmo Sales Monteiro

O **Estatuto da Igualdade Racial**, aprovado pelo Congresso, foi transformado na Lei 12.288/10, publicada no Diário Oficial de 21 de julho de 2010, e a partir de então a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN deixa de ser uma Portaria, ou seja, um ato administrativo do Ministério da Saúde e se torna uma Lei, isto é, formulada pelo Poder Legislativo, possui o poder de obrigar a tod@s, instituindo inclusive penalidades.

Cabe observar que a desigualdade racial está agora definida na lei como “toda situação injustificada de diferenciação de acesso ou fruição de bens, serviços e oportunidades nas áreas pública e privada em virtude de raça, cor, descendência ou origem nacional e étnica”.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN é lei, é para tod@s. Portanto, mais do que nunca é preciso desenvolver a consciência crítica enquanto uma estratégia demolidora do racismo institucional (e de outras formas de discriminação). Esta consciência se desenvolve e se aprimora por meio do debate permanente na busca de formas concretas para garantia dos direitos à saúde e do acesso aos 4 níveis do SUS pela população negra para a redução das desigualdades raciais, incluindo neste debate a sociedade civil organizada, profissionais e trabalhador@s da saúde. Assim como gestor@s (MONTEIRO, 2010).



Sobre o direito constitucional à saúde

Nea Onnim No Sua A, Ohu
“Quem não sabe pode saber aprendendo”

Um trecho do texto de Sueli Dallari de 1988 após a aprovação da Constituição:

“...Fica evidente a dificuldade que existe para a garantia do direito quando se considera a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito à saúde que depende daquele frágil equilíbrio entre a liberdade e a igualdade, permeado pela necessidade de reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento. Encontrar o meio de garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo ineludível aos atuais constituintes brasileiros. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito. É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde. Considerando especialmente a essencialidade da participação popular para a compreensão do direito à saúde...”

Relembrando**A constituinte e o SUS**

SUS: CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_8.pdf

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro & Isabel Cristina Fonseca da Cruz

No que se refere à demografia brasileira, sobre o perfil do usuário SUS, Ribeiro et al (2006), com base nos dados da PNAD 2003, verificaram que:

- os **não atendidos SUS** (4% ou cerca de 1 milhão de pessoas): são indivíduos adultos, pretos e pardos e de baixa escolaridade e renda.

- os **atendidos SUS**:

- predomínio de mulheres;
- crianças, adultos e idosos apresentam proporções semelhantes às observadas para o total de atendidos;
- predomínio de pretos e pardos;
- baixa escolaridade (52,8% até 3 anos de estudo);
- concentração nos quatro primeiros quintis de renda familiar per capita com excesso relativo de indivíduos nos dois primeiros quintis;
- sem posse de plano de saúde privado.

Considerações da pesquisa para a prática clínica:

(grau de recomendação B; nível de evidência 3B)

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_nivel_evidencia.pdf

A diferença entre o cliente usuário idealizado (uma forma de racismo institucional), em uma sociedade que invisibiliza vários grupos étnicos, e o cliente real pode ser uma fonte geradora de preconceito, causando desvios no foco das ações de saúde (uma forma de racismo institucional).

As implicações deste estudo apontam para a necessidade de estratégias com potencial de demolição do racismo institucional na Unidade de Saúde:

- diagnóstico simplificado de saúde da população atendida no entorno da US com a interpretação dos dados desagregados por raça/cor.

- enfrentamento do medo causado pelas crenças e estereótipos étnico raciais que desviam o foco das ações para o grupo vulnerável: homem pobre negro, por ex..

Referência da pesquisa: RIBEIRO, M C S de A et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2013 June 24] ; 11(4): 1011-1022. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022&lng=en



DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA- PNSIPN

Autora: Maria do Carmo Sales Monteiro

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS et al, 2007). Mais explicitamente, os DSS são: as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, acesso a serviços e bens públicos que constituem a qualidade de vida, assim como a discriminação que ainda prevalece na sociedade, especialmente, o racismo, a homofobia e a misoginia.

Segundo PARADIES et al (2013), o racismo, direto ou indireto, enquanto um determinante da saúde tem sido objeto de estudo de pesquisas, tendo em vista que o racismo afeta a saúde por meio do acesso limitado aos recursos sociais (habitação, saúde, educação, etc) e/ou crescente exposição a riscos (como o contato constante e desnecessário com o sistema judiciário, por ex). O racismo afeta a saúde por meio também de processos afetivos (funcionalidade das emoções, por ex) e cognitivos (raciocínio lógico, por ex) negativos, da sobrecarga alostática (estafa de mecanismos neurais sofisticados sob pressão social) ou de processos fisiopatológicos (neurobiologia das emoções). O racismo enquanto um determinante da saúde reduz o engajamento em práticas saudáveis (exercício físico, por ex) e/ou aumenta a adoção de hábitos insalubres (tabagismo, alcoolismo, etc) seja como forma de enfrentamento do estresse ou indiretamente pela reduzida capacidade de auto-regulação. E, por fim, O racismo enquanto um determinante da saúde aumenta o risco de lesão física direta causada pela violência associada à raça/etnia.

O Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm atuando, por meio de seus respectivos pactos, na implementação de metas sanitárias. Estas políticas intersetoriais buscam incorporar as causas que determinam os processos de saúde e as condições de vida, resguardando os limites do setor saúde e desafiando as práticas intersetoriais como reais produtoras de mudanças no nível de saúde dos grupos sociais.

O objetivo comum destas políticas se insere na concepção da justiça social nas quais as iniquidades em saúde possam ser tratadas além das desigualdades e das diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de iniquidades em saúde, remete ao campo político da incorporação de valores éticos e morais explícitos na solidariedade como base do tecido social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).



A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN tem como propósito a melhoria das condições sociais nas quais@s negr@vivem e a desconstrução do racismo institucional no SUS. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN é a estratégia para prevenir e combater as práticas discriminatórias que resultam na oferta de serviços de baixa qualidade aos grupos raciais vulneráveis socialmente. (MONTEIRO, 2010).

Em novembro de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN, em março do mesmo ano foi aprovada a Carta dos Direitos do Usuário da Saúde.

Saiba mais

Carta dos Direitos d@s Usuári@s da Saúde

“A carta que você tem nas mãos baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.”

Princípios

- 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.*
- 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.*
- 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.*
- 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.*
- 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.*
- 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.*

SÍNTESE SOBRE IDENTIFICANDO O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA- PNSIPN

Autora: Maria do Carmo Sales Monteiro

Compete a cada profissional de saúde ocupar seu lugar de agentes promotores de direitos, para tanto é fundamental que sejam capazes de identificar e evitar no seu cotidiano situações e momentos de violação de direitos humanos, particularmente na situação de prestação do cuidado à saúde, enfrentando o racismo e o preconceito.

Há séculos que existe no Brasil mobilização social, combate ao racismo, a exclusão e desigualdade social. No campo da saúde estas lutas culminaram na conquista da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN** aprovada em novembro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. Ao aprovar esta política o Ministério da Saúde *reconhece os processos históricos de luta e resistência desta população desde o período colonial, até os dias de hoje. Reconhece, que as condições sociais nas quais os (as) negros (as) vivem, e o racismo a que estão submetidos (as) são determinantes da sua situação de saúde. E, ainda, reconhece o racismo institucional como produtor e reprodutor de práticas discriminatórias que resultam na oferta de serviços de baixa qualidade aos grupos raciais discriminados.*

— Mas, a partir do estágio do reconhecimento do problema, o racismo institucional opera criando barreiras à ação que efetivamente garanta a participação cidadã da população negra na gestão do SUS.

— A barreira atual ao acesso à saúde & bem-estar pela população negra é então o **intervalo de implementação** da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, ou seja:

- superada as barreiras impostas pelos *intervalo de tempo e de decisão*, resta a efetiva implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN. E com a implantação, é recomendável antecipar uma potencial barreira:

- *o intervalo de impacto* que é o tempo que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN levará para desconstruir o Racismo Institucional no SUS, causar resultados terapêuticos étnico-raciais equânimes e integrar as práticas tradicionais de matriz afro-brasileira ao cuidado de saúde.

Isto posto, é fácil notar que a efetivação desta política e qualquer outra política de equidade e compartilhamento de poder e desconstrução de privilégios não é tarefa rápida ou simples. Mas também não é uma tarefa impossível.





- Qual melhor estratégia para superar as barreiras impostas pelo Racismo Institucional no SUS?

A - Individual



B - Coletiva



Ainda que ambas as estratégias sejam válidas, cabe ressaltar que o racismo institucional é um fenômeno político e só politicamente poderá ser desconstruído. Igual ao SUS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN para efetivação dos seus princípios e superação das desigualdades raciais em saúde não depende unicamente das instâncias governamentais. Precisa da participação, mobilização e controle da sociedade civil organizada, usuáři@s, intelectuais, trabalhador@s e demais segmentos que desempenham um papel na gestão e avaliação do SUS.(MONTEIRO, 2010).



GLOSSÁRIO

Cidadania: Participação integral do indivíduo na comunidade política, acesso ao mínimo de bem estar a todos os indivíduos, e acesso a todos os níveis de participação no padrão de civilização vigente. (Monteiro, 2010, pg 267).

Estereótipos: são ideias, imagens, chavões preconcebidos de determinados indivíduos e/ou grupos. Funcionam como um CARIMBO, uma vez marcados os membros de um determinado grupo como possuidores de um atributo, passam a ser julgados pela marca recebida.

Os estereótipos partem de uma generalização, tomando-se como verdade universal.

Etnocentrismo: preconceito produzido por uma sociedade ou cultura pelo qual se julga os outros povos pelos padrões da própria sociedade ou cultura, induzindo à rejeição dos que não pertencem ou se identificam com sua própria sociedade ou cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARCELLOS, Christovan. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>>.
- BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde**, 8, 1986, Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 setembro 1990.
- BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 maio 2009, Seção 1, n. 90, p.31.
- BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS, Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 22, n. 1, 1988, p. 57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=pt.doi:10.1590/S0034-89101988000100008>.
- FIGUEIREDO, A. et al. Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário. **Sociedade e Cultura**, v. 12, n.2. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/view/9096>>.
- ISAÚDE. Site. **Mapa da discriminação revela que negros são menos assistidos pelo SUS**, 2012. Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/27588/saude-publica/mapa-da-discriminacao-revela-que-negros-sao-menos-assistidos-pelo-sus>>.
- LOIOLA, M. **Racismo na Saúde**. In: Criola. Disponível em: <http://www.criola.org.br/namidia/namidia_materias_racismosaude.htm>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da equidade**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592>.
- Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Portal Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082
- MONTEIRO, M. C. S. Direito à saúde e participação social: enfrentando o racismo

e a desigualdade social. In: KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; CASTRO, C. M.; LAGO, T. G.; SOUZA, S. R. (Orgs.). **Nascer com equidade**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. (Temas em saúde coletiva, 11).

- ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_convencoes.php>. Acesso em: 31 mar. 2009.
- SÃO PAULO. Instituto de Saúde. **Mapa da discriminação**. Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/27588/saude-publica/mapa-da-discriminacao-revela-que-negros-sao-menos-assistidos-pelo-sus>>. Acesso em: 12 out. 13.
- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>.
- Secretaria do Estado de Saúde. Rede Mãe Paranaense. **O Paraná nasce com saúde**. Paraná: 2012. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacosbiipartite2012/DRedeMaeParanaense.pdf>>.
- SENADO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 2013. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf>.
- STAMATTO, Maria Inês. **Entre a escrita e a oralidade: o voto e a escola**. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario4/trabalhos/trab064.rtf>. Acesso em: 12 out. 13.
- TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL – TSE. **Glossário eleitoral**. Voto da Mulher. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleitor/glossario/termos/voto-da-mulher>>. Acesso em: 12 out. 13.

MÓDULO

Saúde Integral da População Negra

UNIDADE 01

Contextualizando a Saúde da População Negra

ATIVIDADE 3

Epidemiologia, RI e Iniquidades

OBJETIVO

Identificar as iniquidades referentes à saúde da população negra por meio dos dados epidemiológicos, abordando o RI em todas as suas dimensões: interpessoal e programática.



Nea Onnim No Sua A, Ohu
"Quem não sabe pode saber aprendendo"

PRODUÇÃO REGULAR DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS – UMA DEMANDA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro e Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Uma marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN é o *“reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”*.

Para o sucesso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, precisamos conhecer melhor como a epidemiologia da população negra e como o racismo institucional produzem resultados terapêuticos desiguais para @s que conseguem acessar o SUS e como coloca barreiras para impedir o acesso ou a atenção em todos os níveis do SUS, gerando enfim: iniquidades étnico-raciais em saúde.

Assim, para identificar as iniquidades étnico-raciais que impactam sobre a saúde da população negra, monitorar e avaliar o resultado das ações para prevenção e combate dessas iniquidades, das expressões do racismo institucional em saúde, é necessário nos basearmos em evidências que na saúde são descritas através da epidemiologia.

O Estado brasileiro reconhece a discriminação e tem legislação para sua prevenção e combate. É dever do Governo, em todas as esferas, analisar a situação de saúde dos grupos populacionais e verificar se há ou não viés étnico-racial, entre outros vieses , em suas ações e programas e baseado nisso tomar as decisões, junto com o controle social, para sua correção e monitorar o cuidado centrado na pessoa (e não no estereótipo) em todas as instâncias, da Unidade de Saúde até o Ministério da Saúde.

Epidemiologia ou epidemiologia social

Na saúde utilizamos indicadores para monitorar, acompanhar a situação de saúde da população e tomar decisões, elaborar programas e políticas. Os indicadores são construídos e utilizados a partir de um complexo sistema de informação.

A Epidemiologia é uma ciência da saúde coletiva que estuda o comportamento dos fenômenos do processo saúde doença, seus fatores condicionantes e determinantes nas populações: grupos sociais, classes sociais, grupos populacionais específicos. A epidemiologia leva em consideração as características ligadas à pessoa, ao espaço físico e tempo. Para tanto é preciso ter informação sobre a população a ser estudada, o sistema de informação é uma ferramenta fundamental para análises e estudos sobre

saúde. Também se espera que a epidemiologia ofereça informações que subsidiem a tomada de decisão para formulação das políticas públicas de saúde.

No entanto é importante destacar que é a pessoa (epidemiologista, por exemplo), enquanto sujeito numa dada sociedade num certo tempo histórico, que dá sentido à informação, ou seja, a interpreta de acordo com sua visão de mundo, pressupostos, intenções, objetivos, projetos, conceitos e preconceitos (epidemiologia ou epidemiologia social). A informação é um produto, uma interpretação de uma dada realidade de sujeitos que têm uma intenção, portanto a informação não é neutra (assim como a sua omissão). Então, um dado por gerar informações diferentes, dependendo do juízo de valores que se faz de uma determinada situação (JUNIOR, 2008).

Diante de fenômenos sociais complexos como as discriminações que impactam sobre o processo saúde/doença, verifica-se que a epidemiologia sozinha não pode determinar o nexos causal de doenças e agravos ou situação de saúde de uma dada comunidade ou sociedade, sendo necessário recorrer a teorias de outras ciências, quais sejam: Antropologia, Sociologia, Etnologia; Ciência Política; Estatística; Economia; Demografia; Ecologia, Geografia da Saúde e História.

No que se refere ao racismo como um fenômeno causal de doenças, BARATA (2005) identificou na epidemiologia social a teoria ecossocial, proposta por Nancy Krieger, que articula o raciocínio social e biológico adotando uma perspectiva histórica e ecológica. Os impactos das desigualdades de gênero nas sociedades modernas, bem como os problemas decorrentes do racismo e da discriminação de grupos étnicos minoritários, têm sido estudados a partir dessa abordagem.

Cabe observar, porém que, mesmo escassas no Brasil, as pesquisas e estudos sobre as desigualdades de gênero e raça na saúde têm baixo impacto no que se refere às ações efetivas de enfrentamento das desigualdades em razão do:

— Racismo institucional.

Uma barreira ao acesso à saúde & bem-estar pela população negra é precária divulgação das pesquisas sobre as iniquidades étnico-raciais e de gênero na saúde e, principalmente, da não tradução das implicações de seus resultados tanto para a prática clínica quanto para a gestão em saúde.

Uma ponte para acesso à saúde & bem-estar pela população negra é cuidado baseado em evidência científica sobre as iniquidades étnico-raciais e de gênero na saúde, assim como a gestão das políticas públicas.





Nea Onnim No Sua A, Ohu

“Quem não sabe pode saber aprendendo”

- sobre Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN baseada em evidência científica para prevenção e combate de iniquidades étnico-raciais em saúde.

BAHIA (2013) do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro do conselho diretor da ABRASCO afirma no seu artigo para o jornal O Globo:

“Sintomas e doenças podem ser agravados pela restrição de assistência ou pelo atendimento medíocre ou ruim. A alta qualidade para poucos combinada com a inferiorização ou invisibilização de grupos humanos trava avanços sociais. Os indígenas, pardos e negros (sic) que representam a maioria da população brasileira adoecem mais e morrem antes dos brancos. No entanto, a cor da minoria predomina nos considerados melhores estabelecimentos de saúde, que, não por acaso, são de direito ou de fato privados. Existe simultaneamente déficit e sobreuso de ações e serviços de saúde pela população negra (mais de 40% das negras nunca realizaram mamografia e 70% dos usuários do SUS são negros). A divulgação de denúncias e estatísticas sobre as desigualdades raciais é um passo essencial para reduzir e superar disparidades não econômicas na saúde.”

Leia a íntegra em

BAHIA, Ligia. A cor do SUS. Jornal O Globo. 25 de novembro 2013, disponível em http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1714 acesso em 26/11/13.

VIGILÂNCIA EM INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS EM SAÚDE

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro e Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Cabe ressaltar que, sendo a principal diretriz da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN a desconstrução do racismo institucional, o foco de sua ação é a redução das iniquidades étnico-raciais em saúde da população negra. O que consequentemente impacta positivamente sobre outros grupos étnico-raciais igualmente vulneráveis à discriminação. E isto é bom para tod@s!

O (ainda pouco) uso de informações sobre as características étnico-raciais da população pela epidemiologia é bem mais recente no Brasil. Essas informações são obtidas através do quesito cor e ainda hoje há muitos epidemiologistas que fazem críticas ao uso desses dados pelas mais diversas razões, ignorando a principal delas:

- não existe medida perfeita e isso nunca impediu nenhum cientista comprometido com a ciência de mensurar e comparar fenômenos.

Sucintamente, o método consagrado pelo IBGE de coleta desta informação e também utilizado na Saúde é a autoclassificação ou autodeclaração pelo usuário que indica a sua “cor ou raça/etnia” entre as cinco categorias possíveis (também validadas pelo IBGE), a saber:

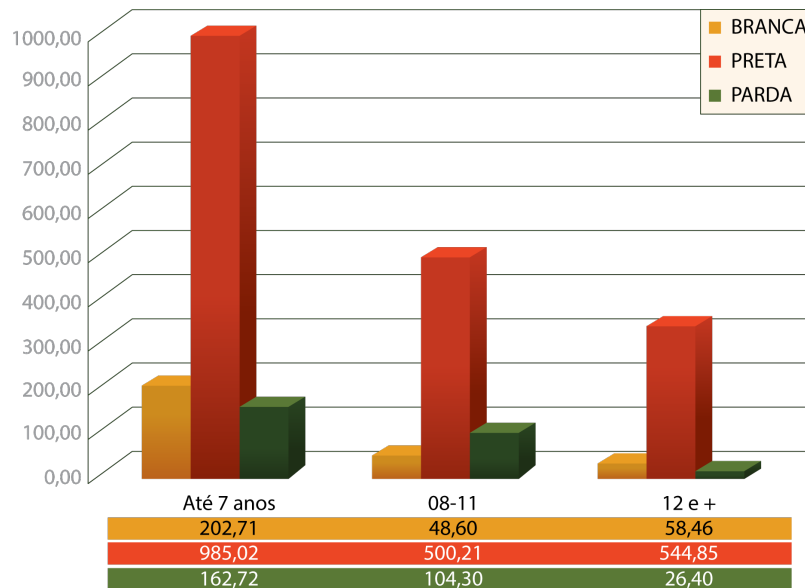
- **Branca:** descendentes de europeus/ocidentais;
- **Preta:** descendentes de africanos/afro brasileiros;
- **Parda:** inclui-se nesta categoria: morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça (ALVES, sd);
- **Amarela:** pessoa de origem oriental. japonesa, chinesa e coreana, entre outras;
- **Indígena:** pessoas que se declaram indígenas ou índio e que vivem em aldeamento ou fora do aldeamento.

Cabe ressaltar ainda que só em situações especiais e específicas se usa a heteroclassificação e, neste caso, preferencialmente um membro da família define a cor ou raça/etnia do usuário (declaração de nascidos vivos, declaração de óbito, registro de pacientes em coma ou quadros semelhantes) (DIAS, 2009).

A partir da padronização é factível verificar imediatamente as iniquidades étnico-raciais entre os 5 grupos populacionais, incluindo as diferenças entre pretos e pardos!

Uma das formas do racismo institucional agir para neutralizar o impacto desta informação nas decisões políticas em saúde é aglutinar pretos e pardos e apresentar a informação com uma “nova” categoria”: negros. Na figura abaixo, ainda que os gráficos tratem de eventos diferentes, mostramos como consegue-se esconder a disparidade étnico-racial ao aglutinar as categorias preta e parda, exibindo apenas a

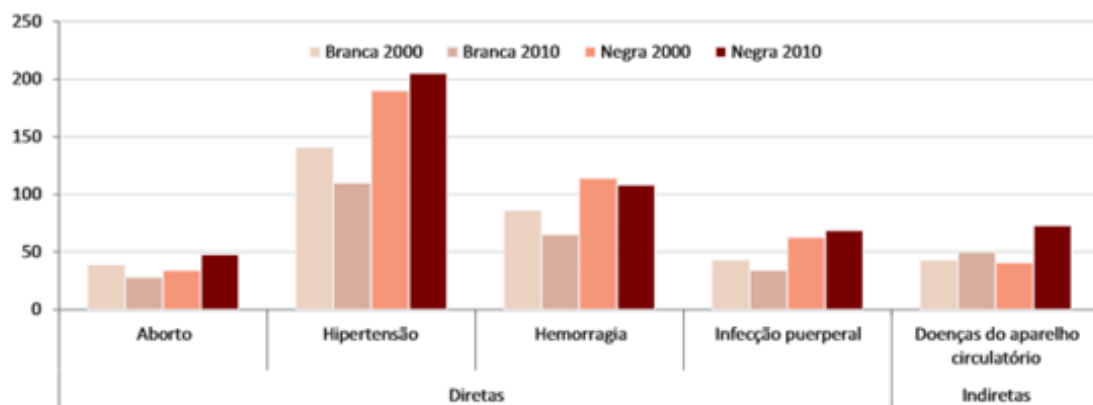
categoria “negra”.



Branças (amarelo), pretas (vermelho) e pardas (verde).

Fonte: Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro (CEPCMM-RJ) - Relatório anual, Maio de 2013. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/cedim_imagens/SCSEditalImprensa/arquivos/uploads/Apresentacao%20Comite.pdf

Gráfico 7 – Número de mortes maternas, segundo principais causas e cor da pele ou raça – Brasil, 2000 e 2010



Branças (lilás), negras (vinho).

Fonte: Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro (CEPCMM-RJ) - Relatório anual, Maio de 2013. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/cedim_imagens/SCSEditalImprensa/arquivos/uploads/Apresentacao%20Comite.pdf

Outras formas do racismo institucional agir para neutralizar o impacto desta informação nas decisões políticas em saúde são: retirar o quesito raça/cor dos sistemas, incluir a categoria “ignorado” ou “não informado”, não capacitar os coletadores desta informação e monitorar a coleta e, finalmente, não apresentar os dados desagregados conforme determina o método.



UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O QUESITO COR

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro e Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Foi justamente para padronizar o que antes tinha 135 cores para descrever quem é negro no Brasil (JORNAL DO BRASIL, 1991), que se chegou ao consenso das 5 categorias do IBGE.

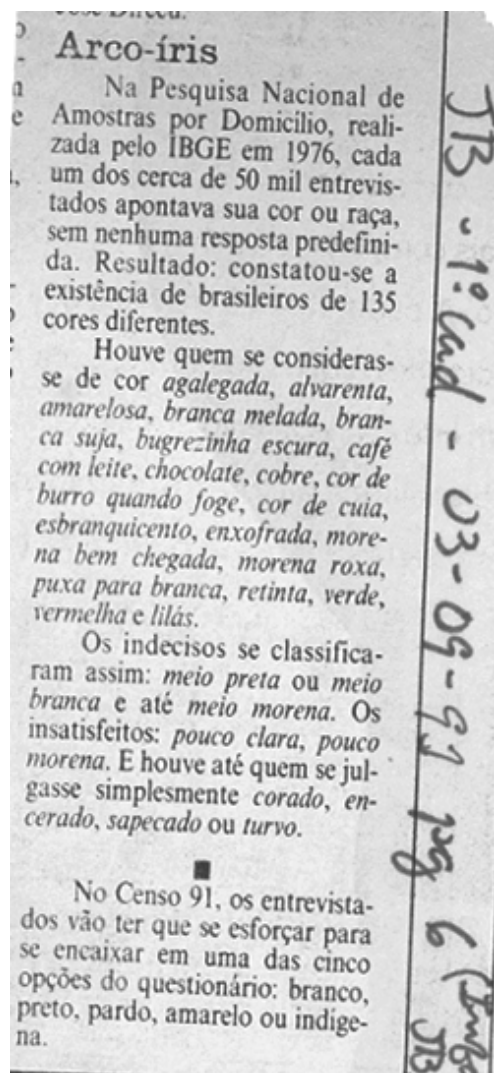
Embora as denúncias sobre altas taxas de mortalidade na população negra datem da década de 80, somente em 1990 a cidade de São Paulo incluiu o quesito cor no seu sistema de informação e em todos os formulários através da portaria 696/90 (publicada em Diário oficial da cidade de São Paulo).

Em 1992, a publicação do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (SMS-SP), "Cadernos CEFOR" - série textos Vol. 6 - foi o primeiro estudo oficial realizado no Brasil sobre morbidade ambulatorial com recorte raça/cor já com os dados obtidos após a inclusão do quesito raça/cor no Sistema de Informação.

O racismo institucional opera rapidamente para a manutenção de seu status quo. Assim, mesmo diante dos resultados da vigilância em saúde sobre iniquidades, disparidades e desigualdades houve uma descontinuidade na produção de boletins epidemiológicos com dados desagregados (pretos & pardos).

Mesmo com a pressão do controle social, a retomada desse processo foi lenta e finalmente em 2004 é publicada a portaria 545/2004 que retoma e regulamenta a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo raça/cor no Sistema de informação em Saúde da cidade de São Paulo.

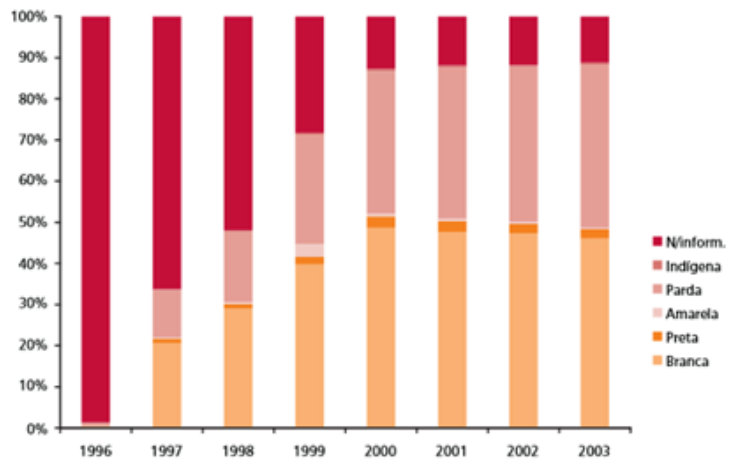
No nível nacional, por conta da ação do Movimento Negro, o Ministério da Saúde, em 1996, finalmente inclui o quesito cor no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e no SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) e no mesmo ano publica a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, recomendando o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos. Em, 2000 é introduzido o quesito raça/cor no SINAN (Sistema Nacional de Notificação de Agravos).



A partir da inclusão do quesito cor no Sistema Nacional de Informação da Saúde tornou-se possível se realizar estudos epidemiológicos mais consistentes que demonstraram sem sombra de dúvidas que existe iniquidade no SUS relacionada ao pertencimento racial e que isso se chama RACISMO.

Em 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde SVS publica o SAÚDE BRASIL 2005 - Uma análise da situação de saúde (BRASIL, 2005). A primeira publicação oficial totalmente dedicada a analisar as informações sobre o quesito cor de forma completa, um livro de 822 páginas! Os dados devidamente desagregados, conforme as categorias do IBGE:

Figura 2.3: Percentual de nascidos vivos segundo raça/cor. Brasil, 1996-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

O racismo institucional opera rapidamente para a manutenção de seu status quo. Assim, mesmo diante dos resultados da vigilância em saúde sobre iniquidades, disparidades e desigualdades houve uma descontinuidade na produção de relatórios com dados desagregados (pretos & pardos).

Infelizmente, parece-nos que os resultados da vigilância em saúde sobre iniquidades, disparidades e desigualdades suscitaram uma sugestão, no mínimo, contraditória: “não há necessidade da criação de programas de saúde específicos voltados exclusivamente para pardos e pretos” (CHOR, 2013). Uma sugestão desta natureza revela também o desconhecimento sobre cerne da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN: cuidado centrado na pessoa, desconstrução do racismo institucional e inclusão das práticas de saúde afro-brasileiras no SUS.

No que se refere à vigilância em saúde, uma barreira ao acesso à saúde & bem-estar pela população negra é as análises do quesito cor serem apresentadas de forma agregada, ou seja, pret@s & pard@s numa única categoria: negr@s. Esta estratégia pode mascarar a disparidade e a iniquidade vivenciadas principalmente pel@s pret@s. Isto compromete ou inviabiliza o planejamento em saúde de combate e prevenção de iniquidades e cria uma cultura entre gestor@s de que este tópico não tem importância.





Vigilância em iniquidades étnico-raciais em saúde: uma ponte para implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN

Uma ponte para acesso à saúde & bem-estar pela população negra é produção de todos os dados de vigilância em saúde desagregados por raça/cor em suas 5 categorias para subsidiar a implantação, o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN. Ou a igualdade racial é para valer. Ou não é.



Nea Onnim No Sua A, Ohu

“Quem não sabe pode saber aprendendo”

Sobre legislação do quesito

Não deixe de ler a Portaria que regulamenta a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do município de São Paulo, cujas justificativa e metodologia de coleta estão muito bem descritas. Verifique se seu município possui legislação a respeito. Se não tem, que tal propor?

Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6290>

Boas práticas no SUS

Quesito raça/cor & nossa ancestralidade

Raça/cor pode ser mais do que um quesito, pode ser um marco civilizatório.

Assista a este vídeo da SES-RS (2”):

<http://youtu.be/u6MvRj6v4sQ>

Após assistir o vídeo, responda:

Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN na Unidade de Saúde. Marque a resposta certa.

() Eu posso?

() Ou eu posso!



RACISMO INSTITUCIONAL

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro e Isabel Cristina

Segundo o sociólogo e antropólogo Kabenguele Munanga o racismo tem uma história, um local de origem – a sociedade ocidental e surge entre os séculos XVIII e XIX, tem por base uma questão ideológica, portanto, não pode ser tomado como fenômeno universal. Elementos do racismo:

A ideologia racista que é uma doutrina, uma concepção de mundo;

O preconceito racial, entendido como uma disposição afetiva ligada aos estereótipos étnico-raciais, trata-se de uma opinião que circunscreve o sujeito em uma imagem restritiva;

E, finalmente: **a discriminação racial**, que se caracteriza pela ação.

É então uma ideologia que sustenta a superioridade de uma raça em relação a outras, preconizando ou não a segregação racial e em situações extremas propondo a extinção de determinadas minorias. O racismo e, notadamente, a discriminação racial referem-se a **qualquer** distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça/cor, descendência ou origem nacional ou étnica. Têm por objetivo ou efeito anular ou restringir os direitos dos grupos raciais tidos como inferiores em **qualquer** âmbito da vida (MUNANGA, 2003).

Por sua vez, o racismo institucional:

É o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor/fenótipo, cultura, origem étnico-racial. Manifesta-se em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

GOULART; TANNÚS (2007) em uma experiência do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) definiram duas dimensões interdependentes e correlacionadas de análise das instituições para diagnóstico sobre o racismo e seu enfrentamento:

A - as relações interpessoais: aquelas que se estabelecem entre dirigentes e trabalhadores(as), entre os(as) próprios(as) trabalhadores(as) e entre estes(as) e os(as) usuários(as) dos serviços. Neste sentido, as **manifestações do racismo institucional na dimensão interpessoal podem acontecer como:**

- Negligência no atendimento profissional
- Não olhar, não tocar, não fornecer orientações
- Oferecer menor número de consultas
- Não seguir o protocolo de atendimento (a evidência científica). Por exemplo não modificar a medicação quando não atinge os resultados esperados.
- Utilização de expressões depreciativas (ou pretensamente carinhosas) em relação @ usuári@ negr@
- Atendimento diferenciado a usuári@s negr@s e branc@s;
- Dificuldades em aceitar ser liderad@ por profissionais negr@s.

B - a *político-programática*: que pode ser caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as condições de vida e de saúde (experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer); pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; entre outras. Nesta dimensão, as **manifestações do racismo institucional podem acontecer como:**

- Não coletar adequadamente o quesito cor (ou retirar do documento);
- Não analisar as informações;
- Não divulgar, não implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN;
- Não incluir as questões étnico raciais e racismo nas ações de educação permanente em saúde;
- Falta de investimentos em ações e programas específicos de identificação de práticas discriminatórias;
- Resistência na adoção de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo, sexismo e intolerâncias;
- Falta de investimentos na formação de profissionais;
- Dificuldade em priorizar e implementar mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade;
- Ausência do recorte étnico/racial na produção de informações;
- Ausência da população negra nos materiais promocionais; etc.

Em síntese, o racismo institucional, entre outras discriminações, deve ser entendido como uma barreira que poderá (ou não) ser transposta pelas pessoas conforme:

- suas diferenças socialmente construída que lhe confere dominância ou subordinação;
- seus graus de poder, ou seja, acesso a recursos sociais e econômicos; e
- suas quantidades de privilégios, a saber: “pacote invisível de recursos herdados”

Isto posto, com base nas dimensões do Racismo Institucional identificadas por GOULART; TANNÚS (2007), o Instituto AMMA Psique e Negritude, para facilitar o



diagnóstico de RI em potencial na instituição, criou o quadro a seguir para inclusão das informações coletadas e sua posterior análise.

Dimensão Político Programática	Na dimensão interpessoal			
	Gestor(a) Trabalhador(a)	Trabalhador(a) e Trabalhador(a)	Trabalhador(a) e usuário(a)	Usuário(a) e Trabalhador(a)

Cabe ressaltar que este processo de avaliação, diagnóstico e enfrentamento do Racismo Institucional tem começo, mas não tem fim uma vez que, você já deve ter notado, o Racismo Institucional é um camaleão e vive em permanente mudança para manter tudo exatamente como está.

Saúde da população negra baseada em evidência

Em sua revisão de literatura sobre preconceito no SUS, Oliveira et al (2012) identificaram nos artigos de pesquisa preconceito e discriminação na atenção à saúde da mulher negra, das pessoas com HIV/AIDS, dos usuários de álcool e drogas, e de idosos, principalmente. Os autores concluem observando que o preconceito é um tema como um tabu no campo dos serviços de saúde, evidenciado, sobretudo pelo déficit no preparo e conhecimento profissional a cerca das políticas de saúde que integram o SUS. Todavia, o preconceito é revelado, sobretudo, através de posturas negativas e levianas de um indivíduo para com o outro, transformando a relação profissional-paciente em um processo de dominação.

Considerações da pesquisa para a prática clínica:

(grau de recomendação B; nível de evidência 3A)

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_nivel_evidencia.pdf

Os achados do estudo recomendam tanto o modelo de cuidado centrado no paciente e família, quanto a necessidade de se estabelecer um processo regular de reflexão sobre a relação profissional-paciente na US, talvez na modalidade de dinâmica de grupo, para a resolução de vieses que comprometem a eficácia dos resultados terapêuticos.

Referência da pesquisa:

OLIVEIRA, R A de et al. Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. Revista Psicologia para América Latina, v. 23, , 2012 . Disponível em <http://ulapsi.org/portal/wp-content/uploads/2013/01/23-3.-Equidade-so-no-papel.pdf>. Acessos em 09 jul. 2013.

SÍNTESE SOBRE EPIDEMIOLOGIA, RI E INIQUIDADES

Autora(s): Maria do Carmo Sales Monteiro e Isabel Cristina Fonseca da Cruz

A epidemiologia é uma poderosa ferramenta para a análise da situação de saúde da população brasileira, em que pese os grandes avanços que temos feito nos últimos anos urge avançarmos para além da epidemiologia tradicional. Lançar parâmetros sociológicos e históricos sobre os fenômenos com os quais nos deparamos, através da inserção do quesito cor é fundamental na qualificação da análise dos dados epidemiológicos. Desta forma potencializamos a tomada de decisão e construímos processos de monitoramento para além dos sistemas tradicionais.

Cabe também aos trabalhador@s das Unidades de Saúde da Atenção Básica o enfrentamento do racismo institucional, tendo o sujeito como centro da atenção e a equidade como princípio:

- Garantir igualdade da atenção, sem privilégios ou preconceitos.
- Disponibilizar recursos e serviços de forma justa de acordo com as necessidades em saúde de cada pessoa.
- Reconhecer que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas - e não isoladas - como condição essencial para sua redução.

O que fazer?

- Implantar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN, olhar para população do território, ajudar na compreensão do racismo, buscar formas de enfrentamento com participação dos usuários;
- Divulgar suas experiências;
- Enfrentar a iniquidade, reconhecer onde e como ela acontece no seu território, atuar para mudar, buscar parcerias na comunidade;
- Qualificar a coleta do quesito cor, orientar a população e trabalhadores/as para enfrentar diariamente as resistências;
- Promover espaços para se conversar sobre diferenças, desigualdades e iniquidades em saúde, assim como sobre estratégias para a desconstrução do racismo institucional;
- Analisar dados locais e retornar para a população e para as e os funcionárias/os;
- Identificar situações de racismo interpessoal, não ser conivente falar sobre isso, educar, denunciar;
- Atuar junto à sociedade civil organizada e controle social visando ampliar e qualificar o debate sobre desigualdades raciais e combate ao Racismo

Institucional no SUS;

- Sensibilizar e capacitar novos atores e atrizes para o manejo das questões raciais e de gênero;
- Divulgar experiências e garantir que as lições aprendidas sejam subsídios para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de equidade, em especial a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN;
- Garantir a participação do controle social representativo da população negra nos processos de monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde.

GLOSSÁRIO

Racismo: É a atribuição de estatutos intelectuais e morais inferiores/superiores a grupos humanos/étnicos específicos (Relatório, 2001).

Racismo institucional: Trata da discriminação que foi incorporada, sistematizada, em processos e procedimentos das instituições sociais seja em razão do preconceito quanto à cor ou etnia, seja em razão do fracasso em solucionar as necessidades específicas de diferentes grupos populacionais ou identitários. O racismo institucional é um efeito, um resultado, mas que tem sua causa em relações interpessoais com vieses étnico-raciais. O racismo institucional impacta em grupos e reflete um padrão, mas é ativado pela identidade social da pessoa que sofre um incidente discriminatório mascarado pelo isolamento ou aleatoriedade. O padrão de discriminação étnico-racial, ou seja, o racismo institucional no SUS, por exemplo, pode ser revelado pelas informações institucionais relacionadas às identidades sociais d@s usuári@s.

Preconceito: É a ideia ou opinião preconcebida, formada sem maior conhecimento, sem consideração dos argumentos ou dos sentimentos das pessoas que sofrem o preconceito. No caso do preconceito racial no Brasil, ele pode ser exteriorizado como suspeita, desconfiança, intolerância, medo, aversão, às vezes ódio a pessoas ou coletivos, sob pretexto do aspecto ou das marcas físicas e/ou culturais, os identificam como de uma raça ou etnia.

Discriminação: Refere a atitude e/ou conduta, por ação ou omissão, que viola direitos das pessoas pelo julgamento e explicitação de estereótipos de raça, sexo, idade, religião, ascendência nacional, origem social, opinião política, entre outros motivos. Significa “distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto ou resultado anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em um mesmo plano (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública” (parte I, Art. 1º).

Intolerância: É o não reconhecimento da possibilidade de outra verdade, outros valores, outras preferências, sentimentos, gostos, expressões, (religiosas, artísticas, culinárias...), formas de falar, de se vestir que não sejam iguais ou similares aos próprios.

Lélia Gonzalez: Intelectual, feminista, negra, antropóloga, política, professora, militante que morreu no dia 10 de julho de 1994. Para nos lembrarmos de sua luta e do seu exemplo, como uma das feministas negras mais importantes de seu século. Portal Geledés: <http://www.geledes.org.br/areas-de-atuacao/questoes-de-genero/180-artigos-de-genero/19813-lelia-gonzalez-sobre-o-feminismo>.

Memorial Lélia Gonzalez: <http://www.leliagonzalez.org.br/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 8, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005** –uma análise da situação de saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005.pdf>.
- BRASIL. **Guia de enfrentamento ao racismo institucional e desigualdade de gênero**. Geledés, SEPIR 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório: 18 a 20 de agosto de 2004**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seminario_pop_negra.pdf>.
- CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, Oct. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso>. Acessadol em: 28 Nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033>>.
- CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 7, July 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700002&lng=pt&nrm=iso&tln g=pt&ORIGINALLANG=pt>. Acesso em:28 nov. 2013.
- DIAS, Jussara, GIOVANETTI, Márcia R. SANTOS, Naila S. (Orgs.). **Perguntar não ofende** – Qual sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids – SP, 2009. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/livro_quesito_cor.pdf>.
- GOULART, Flávio A.; TANNÚS, Liliane. Subsídios para o enfrentamento do Racismo na Saúde. Brasília: DFID, 2007. Disponível em: <<http://www.generoracaetnia.org.br/publicacoes/subsidios.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 13.
- <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/ceinfo-cefor/aula-drumond/Informacao%20e%20Gestao%20maio%202008.pdf>
- <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/33.pdf>

- DRUMOND JÚNIOR, Marcos. **Informação em saúde**: conceitos e usos. Disponível em: <<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/ceinfocef/or/aula-drumond/Informacao%20e%20Gestao%20maio%202008.pdf>>.
- LIMA, Marcus Eugênio Oliveira; VALA, Jorge. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. **Estud. psicol.**, Natal, v. 9, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2013. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300002>>.
- MUNANGA, Kabenguele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**, 2003. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59>>.
- SOARES FILHO, Adauto Martins. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: ABPN, 2012. Cap. 2, p. 34-61.