

# Novos caminhos para equalização dos diferentes na luta contra a aids<sup>1</sup>

Fernanda Lopes<sup>2</sup>

Para se estudar um fenômeno de saúde, é necessário que ele nos seja apresentado por uma ou muitas variáveis explicativas escolhidas para representar as diversas influências que incidem sobre o mesmo.

As vias pelas quais o social e o econômico influem sobre a saúde de uma população são, com efeito, múltiplas e diferenciadas, segundo natureza das condições sócio-econômicas, tipo de população e problemas de saúde enfrentados. A proposta aqui apresentada é que o problema de saúde enfocado seja a aids.

A aids é uma realidade mundial e se alastra, de modo mais expressivo, nas regiões mais pobres do mundo. Para se estudar o fenômeno aids, percebeu-se a necessidade de um pluralismo metodológico que não se restringisse às informações e subsídios gerados a partir do manejo estatístico de dados clínicos e epidemiológicos. Era necessário expandir o arsenal de saberes ao campo das ciências humanas, econômicas e políticas.

Nas análises e propostas ora apresentadas utilizaremos, como suportes teóricos, José Ricardo Ayres e colaboradores e Amartya Sen para uma atuação efetiva diante dos fatores sócio-econômicos, culturais e biopsicossociais que contribuem positiva ou negativamente para o enfrentamento da epidemia de aids junto da população negra brasileira.

Sen apresenta o conceito de desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam e o diferencia daquele estritamente relacionado ao crescimento do produto nacional bruto, aumento de rendas pessoais, industrialização, avanço tecnológico ou modernização social porque, para serem expandidas, as liberdades dependem de outros fatores como disposições políticas, sociais e econômicas; exercício de uma cidadania conquistada e não concedida e efetivação de direitos humanos.

Ayres e colaboradores apresentam a noção de vulnerabilidade como um recurso teórico para a compreensão da intersecção de trajetórias individuais que, ao mesmo tempo, ou paralelamente, estão embutidas num amplo contexto. Para o grupo vulnerável é aquele

---

<sup>1</sup> Texto apresentado durante o 6º EDUCAIDS, realizado em São Paulo-SP, de 14 a 16 de junho de 2002. Disponível em URL: <<http://www.usp/nepaids>> <<http://www.apta.org.br>>

<sup>2</sup> **Fernanda Lopes**, Bióloga, doutoranda em epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pesquisadora do Núcleo de Estudos para Prevenção de AIDS (NEPAIDS/USP), pesquisadora da área de população e sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), no projeto “A População Negra Brasileira frente à Epidemia de HIV/AIDS”. E-mail: [lopesf@usp.br](mailto:lopesf@usp.br)

que, não tem consciência da possibilidade de se infectar com o HIV ou de adoecer por aids ou que, embora consciente, não é capaz de elaborar estratégias eficazes e eficientes de enfrentamento da doença ou prevenção da infecção.

Esses autores destacam que, a princípio, qualquer indivíduo poderia qualificar sua situação particular em cada uma das formas conhecidas de exposição ao vírus, mas, para as coletividades, as situações sociais e programáticas, muitas vezes, extrapolam o limite da percepção e da possibilidade de transformação de cada indivíduo isoladamente.

A força do ambiente sócio-político, econômico e cultural determina o sucesso dos programas e, em última instância, seu impacto sobre os indivíduos. Segundo Goldberg (1994) ao considerar indivíduos como unidades estatísticas independentes, ignora-se completamente a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos. A análise da estrutura social e sua evolução no tempo são imprescindíveis; não se pode isolar os sujeitos uns dos outros, do seu ambiente e do seu observador.

De acordo com as estimativas da UNAIDS (2001), no final de 2001 havia cerca de 40 milhões de pessoas convivendo com HIV/AIDS, sendo que nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a maioria das novas infecções ocorre em adultos jovens, sobretudo mulheres. No Brasil como nos demais países, a pandemia se espalha entre os indivíduos jovens, em idade (re)produtiva e de baixo nível sócio-econômico, se evidencia junto à população feminina e se apresenta como um somatória de sub-epidemias micro-regionais em interação permanente devido à mobilidade da população, uso de drogas e prática de sexo desprotegido.

De 1980 a setembro de 2001 foram registrados 222.356 casos de Aids no país, destes 13% correspondem a jovens de 16 a 24 anos. Entre indivíduos com 19 anos ou mais, 74,1% são homens e 25,9% mulheres (MS, 2001). Diferente do início da epidemia, onde mais de 70% dos casos eram referentes a homo/bissexuais masculinos, na atualidade, em todas as regiões, tem-se observado a progressiva participação da categoria de exposição heterossexual. O aumento desse tipo de caso é acompanhado de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença constatada pela redução da razão de sexo verificada em todas as categorias de exposição: enquanto em 1985 eram

notificados 24 casos de aids em indivíduos de sexo masculino para cada caso do sexo feminino, em 1999/2000 a razão foi de 2 homens: 1 mulher (MS, 2000).

Além dos fenômenos de "feminização" e "juvenização" da pandemia, existe aquele denominado "pauperização". Este fenômeno não se restringe à uma análise do ponto de vista econômico, ele também ilustra a complexidade das relações sociais estabelecidas no país. Em 1999/2001, entre os casos de escolaridade conhecida, 69,1% eram indivíduos com até 8 anos de estudo. Entre os indivíduos desse grupo a incidência de casos vem aumentando independente do sexo. Para aqueles que têm 11 anos ou mais de escolaridade a tendência observada tem sido o aumento do número de casos entre mulheres (MS, 2001).

No Brasil o grau de pobreza (medido a partir do grau de privação das oportunidades mais fundamentais ao desenvolvimento humano), é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar. Embora cerca de 64% dos países tenham renda inferior à brasileira, o grau de desigualdades de nossa sociedade é o mais elevado do mundo (Barros, 2000). Santos (2000a), ao construir o argumento sobre o processo de "economização" de vida social brasileira afirma que os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, mas a eles é oferecida uma cidadania abstrata; que não cabe em qualquer tempo e lugar, e que, na maioria das vezes não pode sequer reclamada. E complementa seu pensamento afirmando que as trajetórias sociais e relações interpessoais desses indivíduos são caracterizadas por desigualdades.

A privação da liberdade econômica pode gerar a privação da liberdade social. A rejeição da liberdade de participar do mercado de trabalho é uma das maneiras de manter a sujeição e o cativo da mão de obra. O desemprego, não é uma mera deficiência de renda, é também uma fonte de efeitos debilitadores sobre a liberdade, a iniciativa e as habilidades dos indivíduos; ele contribui para a exclusão social de alguns grupos e acarreta a perda de autonomia, saúde física e psicológica e da autoconfiança (Sen, 2000).

Seria interessante, nesse momento, nos indagar sobre o impacto dessa rejeição junto da população negra brasileira. Segundo o IBGE (2000), no país a taxa de desocupação de pessoas com idade entre 15 e 65 anos é de 9,9% (8,1% para homens e 12,3% para mulheres). Para brancos, independente do sexo, ela é da ordem de 9% e para negros de 10,9%. Outro órgão do governo o IPEA, em pesquisa divulgada em 2000, afirma que a

ascensão ocupacional (e, por consequência mobilidade social) é, primeiramente, usufruída por homens e mulheres brancos.

Sabemos que as oportunidades sociais na forma de serviços de educação e saúde facilitam a participação econômica e a expansão das potencialidades individuais mas é difícil alterar o nosso quadro de oportunidades sociais visto que, para o Brasil como um todo, a média de anos de estudo das pessoas com mais de 10 anos de idade é de 5,7 anos (5,6 para homens e 5,9 anos para mulheres). Quando classificados pela raça/cor, os valores encontrados são 6,6 anos para brancos e 4,6 para negros.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a população negra tem expectativa de vida 6 anos menor que a população branca (Sant'Anna, 2001). Analisando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 1997, 1998 e 1999 o IDH da população negra apresentou-se, em todos os anos, nitidamente inferior ao IDH da população branca, sendo que essa inferioridade se repete para cada um dos indicadores que compõe o índice (Paixão, 2002).

Paixão (2002) destaca que a qualidade de vida da população negra do Norte Urbano, Sudeste, Sul e Centro-Oeste está nivelada à qualidade de vida da população branca da região Nordeste. No período estudado, as maiores distâncias em termos do posicionamento dos IDHs de negros e brancos ocorreram nas regiões Sul e Sudeste, coincidentemente as mais desenvolvidas do país.

Em 1999, recalculando o IDH para compará-lo ao IDG - cujo ranking é integrado por uma quantidade menor de países -, enquanto o país ocupava a posição 64 frente aos demais países do mundo, o “Brasil de mulheres brancas” ocupava a posição 48 (IDG=0,78), o “Brasil de mulheres negras” ocupava a 91<sup>a</sup> posição - IDG=0,66 - (Sant'Anna, 2001).

Outros dados derivados da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD) de 1999 demonstram que, no Brasil a porcentagem de domicílios particulares com água canalizada e rede geral de distribuição foi de 76,1%. Nos domicílios cuja pessoa de referência era branca, a porcentagem aumentava para 82,8%, nos domicílios cuja pessoa de referência era preta ou parda a proporção diminuía para 67,2%. O mesmo declínio foi observado para a existência de esgoto e fossa séptica, nesse caso os domicílios negros a porcentagem de domicílios com tais características foi de apenas 39,6%; para os domicílios

brancos 62,7% e para o país como um todo, 52,8% (IBGE, 2000). Outras características indesejáveis tais como alta densidade, moradia construída com material não durável, ausência de energia elétrica e coleta de lixo também foram observadas com maior frequência em domicílios negros (Martins, 2001).

Nos Estados Unidos, por exemplo, os afro-americanos como grupo têm uma chance menor de chegar a idades avançadas do que as pessoas nascidas nas economias imensamente mais pobres da China ou do Estado indiano de Kerala. Embora a renda *per capita* dos afro-americanos seja consideravelmente mais baixa que a dos brancos norte-americanos, quando comparadas à dos habitantes da China ou de Kerala, essa renda *per capita* é imensamente maior, mesmo depois das correções para compensar as diferenças do custo de vida. Os afro-americanos apresentam menores taxas de mortalidade infantil mas o quadro muda ao longo dos anos. Apesar de serem muito mais pobres, os homens de Bangladesh têm mais chance de viver depois dos quarenta anos do que os homens afro-americanos do distrito do Harlem, Nova York. As influências causais incluem disposições sociais e comunitárias como cobertura médica, serviços públicos de saúde, educação escolar, lei e ordem ou ainda a alta prevalência da violência (Sen, 2000).

As desigualdades sociais, econômicas e de gênero vivenciadas pela população negra brasileira, com conseqüências na qualidade de saúde e de vida vêm sendo demonstradas por vários autores, entre eles, Cunha (1990); Barbosa (1998, 2001); Perpétuo (2000); Martins e Tanaka (2000); Chaves (2001); Lopes e col. (2000); Lopes e col. (2001); Oliveira (1999a); Gomes (2001), Petry (2002).

É sabido que aqui, e em outros lugares do mundo, a eficácia do cuidado à saúde varia de acordo com as condições sócio-econômicas do sujeito a ser cuidado, o lugar onde se vive e qualidade dos recursos humanos. A eficácia dos profissionais de saúde tem se mostrado irregular em todo o território nacional e existem inúmeras justificativas para esse problema: a composição racial da sociedade não é representada no quadro de profissionais; não há uniformidade na formação; poucas escolas incluem em seus conteúdos programáticos e currículos as necessidades específicas dos diferentes grupos populacionais, suas crenças, valores e atitudes/práticas em saúde. Refletir sobre o quadro de inadequação do cuidado oferecido a negros e brancos pode ser ainda mais difícil quando o problema de saúde considerado é a aids. Guimarães (2001a) no Rio de Janeiro e Lopes e col. (2002) em

São Paulo, destacam a maior vulnerabilidade de mulheres negras vivendo com HIV/AIDS, no entanto, a produção nesta área ainda é escassa.

Se pensarmos que, com oportunidades sociais adequadas os indivíduos podem, efetivamente, moldar seu próprio destino e atuar como agentes públicos influenciando o destino dos demais e deixando de ser vistos como beneficiários passivos de um processo; quando é que os negros poderão assumir a responsabilidade dessa ação transformadora?

O racismo é um fenômeno complexo cujas manifestações, variáveis de acordo com o tempo e espaço, definem o tecido social nacional logo, é importante pensar o conceito de raça<sup>3</sup> como o recurso fundamental na organização dos princípios das sociedades.

---

<sup>3</sup> A idéia de "raça" não é universal, mas emerge de um ponto particular da história da Europa Ocidental, isso demonstra que "raça" não é um fato biológico, mas uma construção social. Enquanto classificação, "raça" é definida por grupo de pessoas conectadas por uma origem comum. Desde o início do século XIX a palavra foi usada em vários outros sentidos. A diversidade física atrai a atenção das pessoas tão prontamente que elas não percebem que a validade do conceito depende do seu emprego numa explicação, isto é, a questão principal não é o que vem a ser "raça" mas o modo como o conceito é empregado. Embora a designação de raça siga uma regra social e não de classificação biológica, o idioma da raça é importante para medidas de combate à discriminação racial (em detrimento ao uso desejado do termo etnia). Enquanto significante (expressão, som ou imagem cujos significados são viabilizados somente por meio da aplicação de regras e códigos), "raça" apresenta um caráter mutável, que pode ser diferentes coisas para diferentes pessoas, em diferentes lugares na história, por isso desafia as explicações definitivas fora de contextos específicos. No uso popular a expressão "raça" perdeu seu status de algo com características e traços estáveis. A questão dominante passou a ser o discurso. A "raça" então passa a ser um modo de entender e interpretar as diversidades por meio de marcadores inteligíveis. Enquanto significado "raça" pode ser traduzida por grupo de pessoas socialmente unificadas numa determinada sociedade em virtude de marcadores físicos. Os rótulos raciais têm significado em razão do teor específico ligado aos termos raciais numa determinada época e lugar. As raças sociais não são subespécies geneticamente ligadas entre si. Na verdade os membros de diferentes raças sociais são, com frequência, parentes próximos uns dos outros em muitas sociedades multirraciais, em especial naquelas com um histórico de escravidão (Cashmore, Ellis. Dicionário de relações étnicas e raciais. São Paulo: Summus, 2000).

Historicamente, crenças e atitudes, sobre grupos raciais, têm sido traduzidos em políticas e arranjos sociais que limitam nossas oportunidades, qualidade e expectativa de vida. A estereotípiia negativa contra a população negra vem ganhando novas dimensões assegurando, aos não negros, vantagens políticas, econômicas, psicológicas e perpetuando as relações desiguais (Caillaux, 1994; Silva, 1994; Munanga, 1996; Bento, 1999; Oliveira,1999b; INSPIR, 1999; López, 2000; Roland, 2001; Heringer, 2001, Coelho e Henriques, 2001; Camino e col, 2001). O racismo, a discriminação e o preconceito raciais, incorporados às práticas cotidianas e difundidos de forma menos evidente, têm impacto sobre a saúde das populações e nos diversos processos de vulnerabilização por elas sofridos (Delgado, 2000; Guimarães, 2001b). Segundo Pinto e col.(2000) as pessoas tornam-se impotentes diante de uma situação não explícita de discriminação. A sensação de impotência é igual ou maior do que aquela vivida diante da agressão física, porque as vítimas não encontram apoio para enfrentá-la.

Em termos epidemiológicos, nos levantamentos referentes a agravos diversos e, sobretudo, naqueles que se referem às epidemias de HIV e aids não basta saber idade, sexo, renda, ocupação, escolaridade, local de residência e de nascimento. Não basta saber o nível de consciência acerca do problema de saúde que o indivíduo vivencia, sua capacidade de elaboração de estratégias de enfrentamento do mesmo, suas facilidades e dificuldades no acesso aos serviços ou tão somente sua capacidade cognitiva na obtenção e processamento de informações. É necessário saber qual é a verdadeira imagem dos/as expostos/as afinal, onde existe a diferença justificando a desigualdade existem sujeitos cujas vidas são prejudicadas por pertencerem a um grupo ou outro que é visto como desviante de uma dada norma e existe discriminação.

Embora conhecedores do princípio de que nem todas as igualdades devem ser idênticas assim como nem todas as diferenças devem ser desiguais (Santos, 2000) ainda assim podemos visualizar negativamente a identificação dos sujeitos a serem cuidados a partir de sua raça/cor da pele. Frente ao dilema, perguntamos: como identificar os(as) especialmente vulneráveis? Como instrumentalizá-los(as) para o enfrentamento de problemas estruturais? Como elaborar políticas públicas que contemplem suas necessidades?

Se entendermos igualdade como a equalização dos diferentes e desenvolvimento como a capacidade real dos sujeitos escaparem da morte prematura, adoecimento por causas evitáveis e da fome involuntária; toda a superação das discriminações deverá ser interpretada como etapa de um processo civilizatório humanizado. Segundo Werneck (2000) outros problemas de saúde e, sobretudo, a pandemia de aids nos imputam a necessidade da aceitação de nossa finitude e, conseqüentemente, de nossa completude na pessoa do outro; a necessidade do convívio solidário e flexível com o diferente. Além disso a nova realidade nos permite o encontro com o que não sou eu, com o outro que é outro. Neste contexto de mudanças de paradigma, podemos então afirmar que assumir a diferença significa reconhecer as iniquidades e buscar caminhos para sua superação (Lopes e Malachias, 2001; Oliveira, 2001a; Oliveira, 2001b).

Após sermos convencidos(as) da importância da inclusão do quesito raça/cor nas estatísticas de saúde e condições de vida podemos nos deparar com o obstáculo referente à classificação racial dos indivíduos. É fato que, tanto no Brasil quanto em outros lugares do mundo, existem vieses de categorização. A cor (ou pertencimento racial) que alguém se atribui é confirmada ou negada pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e o reconhecimento a partir do olhar do outro (Munanga, 1986).

Os Estados Unidos que possuem os mais coerentes levantamentos sobre saúde da população levando em consideração a variável raça/etnia, apresentam a discrepância entre a auto e a heteroclassificação racial como a maior fonte de subnotificação de dados em saúde. Entre 1957 e 1977 a raça era atribuída pelo entrevistador no caso dos Levantamentos em Saúde e pelo recenseador no caso do censo. A análise dos dados coletados em 1978, ano em que a informação passou a ser fornecida por ambas as fontes (hetero e autoclassificação), demonstrou que 6% das pessoas que se reportaram como negras; 29% daquelas que se reportaram como asiáticas ou de outras ilhas do Pacífico; 62% auto-classificadas indígenas norte americanos e 80% daquelas que se classificaram na categoria outra, das quais 70% eram pessoas de ascendência hispânica, foram identificados/classificados como brancos pelo entrevistador (Williams, 1999).

A identificação racial pode ser opcional (de escolha) e contextual, depende da forma como a informação é solicitada e da repercussão social e econômica (benefícios e prejuízos) que essa categorização pode implicar.

Embora muitos não queiram admitir, as categorias raciais são resultantes de processos de construções histórico-sociais, portanto, além do produto da imposição vinda de fora - dos instrumentos de classificação do Estado, por exemplo,- há a mobilização política e a identificação, vindas de dentro. Nos Estados Unidos ao se tentar fornecer um meio para os americanos descreverem-se a si próprios, as categorias começaram de fato a formar identidades, tornaram-se entes políticos, grupos de pressão e de interesses, proporcionando às pessoas, a possibilidade de pensar em si mesmas de formas novas, como membros de raças (Vermeulen, 2000).

No Brasil, há uma divergência evidente na autoclassificação de negros politicamente engajados e as bases não mobilizadas, deixando nítido o problema de formação de uma identidade de grupo (identidade de resistência). Este problema é dado, sobretudo, pela ideologia do embranquecimento que marca significativamente o inconsciente e o imaginário coletivos. É um processo assimilacionista que dilui a negritude numa vasta escala de graduações na tonalidade da pele e que quebra a solidariedade, reduz a combatividade (Munanga, 1996).

A interferência do fator sócio-econômico também contribui para que as pessoas mudem sua raça/cor: algumas pessoas, a medida que elevam seu nível sócio-econômico tendem a relatar, com menos frequência, que são pretas, podendo até se apresentar enquanto pardas ou outras derivações semânticas (Berquó e col, 1986; Pinto, 1996); em outras situações a negação da raça se acentua entre os negros pobres e entre os mestiços dos diversos estratos sociais (Oliveira, 1999). Ainda assim, é essencial que a classificação seja autodeclarada, a plasticidade de um conceito socialmente construído está na possibilidade dele se (re)modelar cotidianamente seja no contato com seu interior ou com o interior do mundo. Dessa propriedade é que derivam as conseqüências sobre a saúde que podem ser facilmente percebidas enquanto deletérias ou não.

A inserção do quesito cor nas estatísticas oficiais de saúde, trabalho, educação e desenvolvimento; a apresentação de relatórios, elaboração de taxas, coeficientes, índices e indicadores segundo sexo e cor; a divulgação de diagnósticos de situação, mapas de risco,

mapas de inclusão/exclusão segundo cor e sexo são ações que facilitarão a elaboração e implementação de políticas públicas. Para tanto é necessário mobilizar recursos humanos e materiais disponíveis; alimentar espaços de interlocução, reivindicação e acompanhamento além de capacitar as instâncias representativas para a difícil tarefa de quantificar e qualificar o impacto dos processos e de seus resultados. Essa mudança de paradigma deve ser alimentada tanto na academia quanto nos movimentos sociais organizados, assumido o desafio, a efetivação das Políticas de Ações Afirmativas<sup>4</sup> passa a figurar o espaço do real.

Por fim, buscando contribuir para a superação das iniquidades em saúde, apresentamos algumas recomendações/sugestões para o enfrentamento das epidemias de infecção por HIV e adoecimento por aids.

### **RECOMENDAÇÕES<sup>5</sup>**

1. Para que as **campanhas nacionais ou regionais** não veiculem peças publicitárias que contribuam na reprodução de estereótipos e estigmas (violência simbólica) recomendamos:

- a participação de representantes, de ambos os sexos, dos movimentos negros organizados no processo de criação (análise da forma e conteúdo a ser trabalhado), sendo esses representantes incluídos entre aqueles que representam a sociedade civil organizada e/ou grupos de especial interesse (cabendo ressaltar a importância de que estes/as representantes devem ter um histórico de participação nos movimentos de luta contra aids);

---

<sup>4</sup> O Estado Brasileiro, de acordo com o artigo 5º da constituição e de acordo com as disposições descritas no artigo 2º da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ratificada pelo Brasil em 1968), deverá tomar medidas especiais e concretas para assegurar, o desenvolvimento ou a proteção de certos grupos raciais ou de indivíduos pertencentes a esses grupos, com o objetivo de garantir-lhes, em condições de igualdade, o pleno exercício dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. A estas medidas, traduzidas num conjunto de políticas e procedimentos que retificam os efeitos das práticas discriminatórias exercidas no passado, dá-se o nome de **Políticas de Ações Afirmativas**. A ampliação das oportunidades de avanço e mobilidade social de homens e mulheres negros também deve ser meta das ações de organizações da sociedade civil, empresas, instituições de ensino e pesquisa. Diferente do que muitos acreditam, as **Políticas de Ações Afirmativas** não são sinônimos de concessões. Elas são a alternativa para que direito e cidadania deixem de ser idéias vagas e abstratas.

<sup>5</sup> Elaboradas a partir de uma solicitação da UNAIDS – GT Gênero e Raça. Contribuiu na elaboração das recomendações **Maria Dirce Gomes Pinho**, Educadora, vice-presidente e coordenadora da área de ações educativas da Fala Preta! Organização de Mulheres Negras, pesquisadora da área de população e sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), no projeto “A População Negra Brasileira frente à Epidemia de HIV/AIDS”. (e-mail didap@uol.com.br)

- a participação de negros e negras como atores/personagens das campanhas, independente do período do ano em que as peças forem veiculadas e do conteúdo a ser apresentado (garantia de que os contratos públicos celebrados pelo governo, com agências de publicidade-propaganda e mídia em geral, efetivem essa participação enquanto estratégia de promoção da igualdade de oportunidades);
- a elaboração de peças que, além de contarem com a participação de negros e negras, contemplem a diversidade etária existente no país;
- a elaboração de peças publicitárias e campanhas de sensibilização, dirigidas aos vários grupos de pessoas convivendo com HIV/AIDS, que contemplem a diversidade de gênero, raça e idade bem como a diversidade sócio-econômica e os diferentes contextos em que vivem estas pessoas;
- a utilização de novas linguagens midiáticas que proporcionem a explicitação da diferença e que convide a construções e estratégias mais afetivas e menos racionais ou seja que as estratégias midiáticas sejam capazes de suscitar sensações/identificações menos relacionadas a uma realidade distante, aparentemente artificial;

2. Para que as **ações de (re)qualificação dirigida aos profissionais de saúde** contribuam na mudança de paradigma no que diz respeito ao cuidado, recomendamos:

- a inclusão, no material utilizado, de textos que versem sobre o impacto da conjunção racismo, preconceito e discriminação racial, somada ou não a outras formas de discriminação, nos processos de saúde-doença;
- a inclusão, na programação e no material utilizado, de relatos de experiência (pesquisas ou intervenções) cujos resultados destaquem os diferenciais entre negros e não negros;

3. Para que os **projetos de prevenção com jovens/adolescentes, de ambos os sexos**, considerem a diversidade racial e cultural recomendamos que:

- incluam o quesito cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada e que, quando da formação do grupo, as estratégias de captação de candidatos visem a igualdade de oportunidades de participação para negros e não negros;

- os jovens/adolescentes beneficiados sejam orientados a procurar, periodicamente, médicos ginecologistas ou urologistas, ainda que não apresentem sintomas de doença;
- aos jovens/adolescentes beneficiados sejam disponibilizados serviços de assistência em saúde sexual e reprodutiva;
- os profissionais de saúde e educação, responsáveis pela orientação e aconselhamento, sejam capacitados a orientar tanto jovens quanto adolescentes, sobre a possibilidade do exercício responsável e saudável da sexualidade, sem exercer sobre eles/elas qualquer forma de coerção e respeitando seus valores culturais e crenças religiosas;
- as ações sejam delineadas na perspectiva da integralidade, multidisciplinaridade e intersectorialidade proposta nas diretrizes e normas dos *Parâmetros Curriculares Nacionais* do Ministério da Educação e dos Desportes, viabilizando a eficiência e eficácia de sua implementação e a construção de redes de referências;
- as abordagens, elaboradas frente às especificidades do segmento populacional, incluam o recorte racial/étnico e de gênero, conduzam à efetivação/expansão da cidadania e adotem mecanismos que promovam a igualdade, seja no ambiente familiar, escolar, do trabalho, lazer ou cultura;

4. Para os **projetos de prevenção com mulheres** recomendamos que:

- incluam o quesito cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada e que, quando da formação do grupo, as estratégias de captação de candidatas visem a igualdade de oportunidades de participação para negras e não negras;
- as mulheres beneficiadas sejam orientadas a procurar, periodicamente, médicos ginecologistas, ainda que não apresentem sintomas de doença;
- os serviços de assistência em saúde sexual e reprodutiva promovam atividades que facilitem a inclusão dos parceiros e redimensionem as discussões sobre as relações de

gênero e os papéis sociais de homens e mulheres como agentes e sujeitos de um processo de prevenção;

- os profissionais de saúde e educação, responsáveis pela orientação e aconselhamento, sejam capacitados a orientar tanto as mulheres quanto seus parceiros, sobre a possibilidade do exercício responsável e saudável da sexualidade, sem exercer sobre elas/eles qualquer forma de coerção e respeitando seus valores culturais e crenças religiosas;
- as ações sejam delineadas na perspectiva da integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade, isto é, que as necessidades e especificidades biopsicossociais possam ser contempladas conjuntamente;
- as abordagens incluam o recorte racial/étnico e de gênero; conduzam à efetivação/expansão da cidadania (empoderamento) e adotem e mecanismos que promovam a valorização da pessoa humana e a busca de igualdade de oportunidades no ambiente familiar, do trabalho, lazer ou cultura, entendendo que o ambiente influencia os processos de saúde e doença;

5. Para os **projetos de prevenção junto às comunidades de terreiro** recomendamos que:

- antes de qualquer intervenção seja realizado um levantamento da percepção dos filiados/as a este segmento religioso, sobre o estado de saúde da comunidade como um todo e de seus membros, problemas vivenciados e os aspectos culturais-religiosos a eles relacionados, demandas e necessidades. Este levantamento deve ser feito em parceria com as lideranças religiosas.
- sejam consideradas as diversidades sexual, racial e etária presente nessas comunidades e que tanto o material educativo a ser utilizado quanto as ações, incorporem essa diversidade para além dos valores, crenças e representações sobre saúde e doença, próprios da filiação religiosa;
- os equipamentos sociais do entorno sejam preparados para acolher essas pessoas, compreendendo suas especificidades;
- sejam formados/(re)qualificados agentes de saúde das próprias comunidades de terreiro;
- as práticas de cuidado e cura realizadas nos terreiros sejam valorizadas e que além disso elas possam ser incorporadas aos processos de cuidado e assistência locais;

6. Para os **projetos de prevenção junto às populações encarceradas** recomendamos que:

- sejam implementados programas de atenção médica e diagnóstico precoce de doenças para homens e mulheres;
- as ações de prevenção considerem as especificidades das populações de homens e mulheres em termos da orientação sexual, das relações sociais, raciais, etárias e intragêneros;
- os profissionais de saúde e educação ligados ou não ao sistema penitenciário, responsáveis pela orientação e aconselhamento, sejam capacitados a orientar mulheres e seus parceiros, homens encarcerados e suas parceiras, sobre as possibilidades do exercício responsável e saudável da sexualidade, sem exercer sobre elas/eles qualquer forma de coerção e respeitando seus valores culturais e crenças religiosas;
- seja garantido acesso contínuo a: 1. assistência ginecológica ou urológica, odontológica, nutricional e psicológica, ainda que essas atividades sejam realizadas fora da unidade prisional/educacional; 2. informações precisas e em linguagem adequada sobre métodos contraceptivos mais adequados; 3. informações sobre (re)infecção por HIV ou por outros agentes de transmissão sexual no exercício da (homo)sexualidade e 4. preservativos masculino e/ou feminino e equipamentos para redução de danos ao uso de drogas. Em unidades prisionais com o programa de visita íntima em curso, os parceiros ou parceiras cadastrados/as devem ter acesso informações e recursos que viabilizem o exercício da sexualidade cidadã.

7. Para as intervenções junto **da população de (na) rua** recomendamos que:

- seja traçado o perfil da população beneficiada e que, entre as variáveis coletadas, esteja o quesito cor, preenchido segundo autoclassificação orientada pelas categorias utilizadas pelo IBGE;
- os profissionais de saúde e educação envolvidos tenham conhecimento prévio sobre o local da ação e que haja uma articulação intersetorial para viabilizar as propostas de promoção à saúde;
- os equipamentos sociais do entorno sejam preparados para acolher essas pessoas, compreendendo suas especificidades;

- seja realizado um levantamento da percepção da população sobre seu estado de saúde, problemas vivenciados, principais demandas e necessidades;
- sejam consideradas as diversidades racial, etária, de gênero e orientação sexual presente nessas comunidades e que tanto o material educativo a ser utilizado quanto as ações, incorporem essa diversidade;
- que seja oferecido um cuidado biopsicossocial diferenciado e que, na medida do possível, busque-se a reintegração da pessoa à família, ao mercado de trabalho e à educação formal;

8. Para que os **manuals de conduta terapêutica** não deixem de considerar algumas especificidades da saúde população negra, recomendamos que:

- em pesquisas sobre interação ou resistência medicamentosa, sejam incluídos negros e negras e que sejam considerados a alta prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus II, miomatoses e siclemia (anemia falciforme) neste segmento populacional. Ressaltamos ainda que, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, qualidade da assistência ou ainda pela invisibilidade/negação das diferenças, na maioria das vezes tais patologias são diagnosticadas tardiamente.

9. Para que o **cuidado biopsicossocial** não desconsidere as características específicas das relações raciais no Brasil, recomendamos que:

- em todos os levantamentos epidemiológicos conduzidos ou apoiados/financiados por OGS, seja incluído o quesito cor; que seu preenchimento seja feito, assim como ocorre com outras variáveis sócio-demográficas, a partir da auto-declaração e que sejam adotadas as 5 categorias classificatórias utilizadas pelo IBGE;
- sejam criados mecanismos que facilitem o acesso de homens e mulheres negros aos serviços de saúde integral;
- os recursos humanos sejam representativos da diversidade nacional em termos de raça e gênero e que estejam sensibilizados para entender o impacto das desigualdades sócio-econômicas, raciais e de gênero nos processos de saúde, doença e cuidado;

- as consultas ginecológicas oferecidas às mulheres negras envolvam todos os procedimentos possíveis e necessários ainda que na ausência de sintomas, inclusive exames preventivos;
- durante as consultas ginecológicas haja ampliação do processo de comunicação entre a mulher e o/a médico/a, de modo que neste momento possam ser esclarecidas dúvidas sobre práticas ou comportamentos mais seguros para prevenção de DST/AIDS e que as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres sejam consideradas;
- semelhante ao que foi descrito para as consultas ginecológicas que os homens possam se beneficiar de comunicações efetivas e eficazes com seus urologistas e que as especificidades de homens que fazem sexo com homens sejam consideradas não como responsabilidade exclusiva dos proctologistas;
- no que diz respeito à saúde da mulher portadora, as mulheres negras sejam, prioritariamente, incluídas nas ações baseadas nas recomendações elaboradas pela equipe brasileira da iniciativa multinacional "*Enhancing Care Initiative*" (disponíveis em URL: [http://: www.eci.harvard.edu/eci\\_teams/brazil/index.html](http://www.eci.harvard.edu/eci_teams/brazil/index.html)), dado que os resultados obtidos segundo a raça/cor das entrevistadas apontam para maior vulnerabilidade de mulheres negras;
- sejam criados espaços de convivência e suporte para os demais membros da família de mulheres soropositivas;
- as iniciativas de melhoria na qualidade do cuidado às portadoras sejam ampliadas às mulheres adultas ou jovens em conflito com a lei (populações confinadas), oferecendo especial atenção ao fato de que, nestas condições, lhes são negados apenas os direitos diretamente relacionados à liberdade de ir e vir;
- ainda em relação às mulheres encarceradas que convivem com HIV/AIDS, é recomendável que lhes seja garantido acesso contínuo a: 1. assistências ginecológica, odontológica, nutricional e psicológica, ainda que essas atividades sejam realizadas fora da unidade prisional/educacional; 2. informações precisas e em linguagem adequada sobre métodos contraceptivos mais adequados, transmissão do HIV durante o parto, gravidez, amamentação ainda que a atividade sexual com parceiros de sexo masculino não seja permitida; 3. informações sobre re-infecção por HIV ou infecção por outros agentes de transmissão sexual no exercício da (homo)sexualidade e 4. métodos de

barreira tais como luvas, dedeiras, lençóis de borracha além de preservativos masculino ou feminino para a penetração com instrumentos sexuais.

10. Para os **projetos elaborados a partir de um recorte racial**, recomendamos que:

- sejam garantidos espaços de reflexão sobre a situação do negro no Brasil, sobre as relações sociais estabelecidas entre negros e brancos, homens e mulheres nos vários estratos sócio-econômicos, nos vários momentos da vida; no espaço público e no privado - casa, rua, escola, trabalho;
- sejam elaboradas estratégias que devolvam aos sujeitos as características de cordialidade e afetividade (muitas vezes atribuídas exclusivamente aos não negros); fortaleçam ou recriem identidade e auto-estima; desencadeiem processos de conscientização e empoderamento;
- sejam efetivadas articulações/parcerias com o governo e outros setores da sociedade civil organizada para diminuição da vulnerabilidade social do grupo (baixas taxas de escolarização, baixa qualificação profissional, altas taxas de desemprego, baixa qualidade de habitação, menores rendimentos, alta prevalência de morbi-mortalidade por causas evitáveis)

11. Para que as **ações preventivas ou da área de assistência** que contemplam os recortes racial/étnico e de gênero tenham sua eficiência e eficácia avaliadas, recomendamos que sejam desenvolvidos modelos de monitoramento/avaliação de processo e de resultados e que estes considerem as especificidades, necessidades e demandas de cada um dos segmentos populacionais beneficiados e o contexto no qual eles estão inseridos.

12. Para que **a mobilização social frente à discriminação e o racismo** produza mudanças culturais importantes e que incluam todos os membros da sociedade recomendamos:

- Sensibilização dos profissionais da saúde e educação para as questões relacionadas às relações raciais e de gênero enquanto base das ações preventivas e de assistência;
- Incentivo às pesquisas em saúde e elaboração de indicadores sociais que destaquem a situação da população negra em todos os aspectos abordados;

- Incentivo à sistematização de experiências de educação em saúde com recorte racial e à avaliação de alcances e limites de modo que estas subsidiem as políticas públicas e intervenções promovidas por ONGs/OSCs e OGs;
- Incentivo à participação de representantes dos movimentos negros organizados nos mecanismos de controle social, sobretudo aqueles que integram os princípios do SUS.

### Referências bibliográficas

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. In: **Censo 2000**, disponível em <URL: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos>> [2001 Jan 24].

[INSPIR] Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial. **Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho**, disponível em <URL: <http://www.inspir.org.br>> [2001 Jan 24].

[IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: um recorte de raça e gênero**, disponível em <URL:<http://www.ipea.gov.br/pub> > [2001 Aug 28]

[MS] Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, Ano XIII, nº 1, dezembro de 1999 a junho de 2000.

[MS] Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, Ano XV, nº 1, julho a setembro de 2001.

Ayres JCRM. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.

Ayres JCRM Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: Parker R, Terto Jr. V (orgs). **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: limites e possibilidades na terceira década**. Rio de Janeiro:ABIA, 2002. pp. 12-19.

Ayres JCRM; França Jr. I; Calazans GJ, Saletti Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R. e Parker R. (org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

Ayres, JRCM. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS: a escola e a construção de uma resposta social. In: Silva LH (org). **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998.pp.413-423.

Barbosa MIS. Racismo e Saúde. São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Barbosa MIS. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo". **Jornal da RedeSaúde** 2001; 23(março):34-36.

Barros RP, Henriques R e Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** 2000; 15(42): 127-141.

Bento MA. Institucionalização da luta anti-racismo e branquitude. In: Heringer H. (org) **A cor da desigualdade: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil**. Rio de Janeiro: IERÊ (Instituto de Estudos Raciais Étnicos), 1999. p 11-30.

Berquó E, Bercovich AM e Garcia EM. Estudo da dinâmica demográfica da população negra no Brasil. **Textos NEPO 9**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1986.

Caillaux EL. Cor e mobilidade social no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos** 1994; 26(set):53-66.

Camino L, Silva P, Machado A, Pereira C. A Face Oculta do Racismo: uma análise psicossociológica. **Revista Psicologia Política**, 200, 1(1):13-36.

Chaves FM. Desigualdades, racismo e saúde pública: reflexões introdutórias. In: **Anais da VII Jornada Científica de Pós-Graduação da Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p.332.

Coelho A e Henriques R. Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das condições de vida na década de 90. Comunicação Oral proferida no **Workshop Internacional sobre Desigualdades e Exclusão**, 2001 ago 16; São Paulo, Brasil. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo; Washington: Howard University.

Delgado R. Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling. In: **Critical race theory: the cutting edge**/edited by Richard Delgado and Jean Stefanic. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p 131-140.

Goldberg M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: Costa, DC (org) **Epidemiologia Teoria e Objeto**. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994 (2<sup>a</sup> ed). pp. 87-136.

Gomes RM. Negras subjetividades. In: **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos**. Ano 2, nº 4, maio de 2001. pp. 35-39.

Guimarães CD. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil?** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001a.

Guimarães MA. Vulnerabilidade Subjetiva. In: Anais do **Seminário "A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS**; 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil.

Heringer R. As faces e cores da desigualdade. Disponível em < URL: <http://www.ibase.br/paginas/deb11.pdf> > [2001, Ago28]

Perpétuo, I.H.O. Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda de Saúde Reprodutiva. **Jornal da RedeSaúde** 2000, 22(novembro).

Lopes F e Buchalla CM. Situações de não efetivação de direitos humanos de mulheres negras e não negras que convivem com HIV/AIDS. In: **Anais do VII Congresso Paulista de Saúde Pública e Democracia**. São Paulo: APSP, 2001. p. 180

\_\_\_\_\_ e Malachias R. Assumir a diferença para promover a igualdade: a importância do quesito cor na investigação epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS do PE-DST/AIDS Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo**. Ano XIX(2):3-5, outubro, 2001.

\_\_\_\_\_ Latorre MRDO, Pignatari ACC e Buchalla CM. Prevalência de HIV, HPV e Sífilis na Penitenciária Feminina da Capital. São Paulo. Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(6):1473-1480, nov-dez,2001

\_\_\_\_\_ Buchalla CM e ECI Brazilian Team. Em busca da equidade: o quesito raça/cor nas estatísticas de aids. In: **Rev. Bras. Epidemiologia** (supl. especial): 217, março, 2002.

López GP. The social construct of race. In: **Critical race theory: the cutting edge**/edited by Richard Delgado and Jean Stefanić. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p 163-175.

Martins AL, Tanaka ACD. Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2000 10(1):27-38.

Martins RB. Desigualdades raciais no Brasil. Disponível em URL: <[http://www.ipea.gov.br/pub/Desigualdades\\_raciais.ppt](http://www.ipea.gov.br/pub/Desigualdades_raciais.ppt)>

Munanga K. **Estratégias e políticas de combate à discriminação racial**. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996.

Munanga K. **Negritude: usos e sentidos**. São Paulo: Ática Editora, 1986.

Oliveira F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. In: Giffin K. (org) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. pp. 419-438.

\_\_\_\_\_ Atenção adequada à saúde e ética na ciência: ferramentas de combate ao racismo. In: **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos**. Ano 2, nº 4, maio de 2001. pp. 24-29.

Oliveira I. **Desigualdades raciais: construções da infância e da juventude**. Niterói: Intertexto, 1999b.

Oliveira M. Sobre a saúde da população negra brasileira. In: **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos**. Ano 2, nº 4, maio de 2001. pp. 8-11.

Paixão M. Brasil: retrato em branco e preto. **Democracia Viva**, 2002 13(março-junho):84-87.

Petry S. Até na hora no parto negra é discriminada. **Folha de São Paulo On Line**, Cotidiano, 26/05/2002.

Pinto E, Boulos SR, Assis M. A saúde mental da população negra: uma breve reflexão a partir da experiência com grupos de auto-ajuda. In: Werneck J, Mendonça M e White EC (orgs). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas, 2000. pp. 171-178.

Pinto RP. Classifying the brazilian population by color: underlying problems. In: **Brazilian issues on education, gender and race**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1996. p. 189-213.

Roland EMS. Discriminação racial no mercado de trabalho e o quesito cor. In: **Mercado de trabalho: conjuntura e análise** (edição especial para a conferência nacional contra o racismo e a intolerância). IPEA: Rio de Janeiro, Ano 6, nº 13, junho de 2001. pp. 09-12.

Sant'Anna W. Desigualdades Étnico/Raciais e de gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG. **Jornal da RedeSaúde** 2001; 23(março):16-19.

Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Feldman BB e Capinha (org). **Identidades: estudos de cultura e poder**. São Paulo: Hucitec, 2000. pp.19-39.

Santos M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 4ª ed.- Rio de Janeiro: Record, 2000a.

Sen A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

Silva NV. Uma nota sobre "raça social" no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos** 1994; 26(set):67-80.

Soares S. Discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho. In: **Mercado de trabalho: conjuntura e análise** (edição especial para a conferência nacional contra o racismo e a intolerância). IPEA: Rio de Janeiro, Ano 6, nº 13, junho de 2001. pp. 39-45.

Vermeulen H. Essencializando a diferença: o censo demográfico, o multiculturalismo e os multirraciais nos Estados Unidos. **Estudos Afro-Asiáticos** 2000; 37(jul): 7-28.

Werneck J. O desafio das ialodês: mulheres negras e a epidemia de HIV/AIDS. In: Werneck J, Mendonça M e White EC (orgs). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas, 2000. pp. 95-102.

Williams DR. The monitoring of racial/ethnic status in the USA: data quality issues. **Ethnicity and Health**, 1999 4(3):121-137.