Parte IV - Saúde reprodutiva e população negra

14. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil

Fátima Oliveira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 307-330. ISBN: 978-85-7541-615-0. Available from: doi: [10.7476/9788575416150.0015](https://doi.org/10.7476/9788575416150.0015). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

SAÚDE REPRODUTIVA, ETNICIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Fátima Oliveira

No presente artigo, apresentarei uma abordagem panorâmica da saúde da população negra em suas interfaces com a saúde reprodutiva, com ênfase na saúde da mulher negra. Tendo por base dados da literatura e a visão de outros profissionais, objetivo expor o 'estado da arte' da saúde reprodutiva da população negra no Brasil, descrever as doenças prevalentes na população negra e analisar as respostas do governo brasileiro aos saberes e às propostas atuais. Cabe destacar que este não é um texto novo. Basicamente, os dados e as sistematizações que serão apresentados foram escritos e publicados em vários artigos e livros de minha autoria, no decorrer da década de 1990. Portanto, para quem acompanha o desenvolvimento do campo 'saúde da população negra', a impressão e a realidade serão de "eu já vi", posto que o presente trabalho é uma 'bricolagem'.

Em *Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras*, faço uma afirmação categórica:

Por paradoxal que possa parecer, a abordagem da saúde da população negra no Brasil só consegue se impor enquanto discurso. Isto é, só nos ouvem quando nos reportamos ao fato inegável que o marco das nossas reflexões e ações políticas em saúde nada tem a ver com a vida, mas com a morte, pois há fortes evidências de que encabeçamos as estatísticas de praticamente todas as 'mortes à-toa e antes do tempo', em todas as faixas etárias. Há maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, já que a mortalidade precoce de afro-descendentes no Brasil revela omissão dos governos, discriminação de classe e indiferença racial/étnica? (Oliveira, 2000)

Diferenciais de morbidade e mortalidade precoce

Conforme o documento *Nós, mulheres negras: diagnósticos e propostas* (Articulação Nacional de ONGs de Mulheres Negras, 2001), as condições de vida de uma população podem ser mensuradas considerando-se fatores, dentre outros, como o local e as condições da moradia (perfil dos domicílios), condições de trabalho (ocupação e renda familiar), acesso às escolas e qualidade da atenção por parte dos serviços e profissionais da saúde. É de domínio público que afro-descendentes brasileiros residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, tais como saneamento básico, escolas e instituições de saúde, que, quando existem, são de baixa qualidade. Assim como estão alocados nos trabalhos que exigem pouca qualificação profissional, cuja renda mensal é irrisória, logo insuficiente para cobrir necessidades vitais como, por exemplo, alimentação adequada. Agregam-se, às precárias condições materiais de vida, práticas racistas firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa auto-estima e para o risco de adoecimento físico e mental.

Corroborando a afirmativa de que no Brasil negros morrem mais precocemente em todas as faixas etárias, cujas causas são evitáveis, Barbosa (2001), em *É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo"*, apresenta dados da cidade de São Paulo que não deixam margem para dúvidas. Comparando-se os índices de mortalidade proporcional por faixa etária da mulher negra com o homem branco, constata-se que o percentual de óbitos antes dos 50 anos é de 40,7% entre as mulheres negras e 39% entre os homens brancos. Isto é, a mortalidade das mulheres negras supera a dos homens brancos, o que contradiz a afirmativa de que mulheres vivem mais que homens. Ademais, para as mesmas doenças, quando comparadas às brancas, as negras morrem antes.

Em outro trabalho (Oliveira, 2000), afirmo que a desigualdade perante a morte no Brasil demonstra também as disparidades regionais (a expectativa de vida é maior nas regiões Sudeste e Sul; no Nordeste, morre-se mais cedo) com acentuado recorte étnico-racial. Tais dados foram detectados por Estela Cunha (1995). Segundo a autora:

no caso da mortalidade adulta feminina constatou-se que a probabilidade de sobreviver de mulheres entre 25 e 75 anos, classificadas como brancas, é sistematicamente maior do que a das mulheres negras (...) nos menores ní-

veis de mortalidade adulta feminina, as maiores perdas são constatadas entre as mulheres negras.

Tenho dito em vários artigos que a esperança de vida ao nascer — ou seja, quanto tempo alguém provavelmente viverá — está intimamente vinculada aos salários, à escolaridade, enfim, às condições sociais e materiais de vida. Não se pode prescindir de incluir nas 'condições sociais e materiais de vida' a vivência de todas as nuances do racismo. É importante ressaltar que:

a diferença entre a mortalidade infantil entre as crianças negras no Brasil tem aumentado muito quando comparada à registrada entre as brancas, a despeito da mortalidade infantil no país vir caindo consideravelmente. Isto é, a mortalidade infantil das crianças negras só tem piorado: 'Houve piora acentuada na taxa de mortalidade infantil de 1980 para 1991. (...) em 1980, para cada 1.000 nascidos vivos morriam 76 brancos e 96 negros. Em 1991, para cada 1.000 nascidos vivos morriam 43 brancos e 72 negros. A diferença aumentou, pois em 1980 as crianças negras apresentavam índice de mortalidade 21% maior do que o das brancas e, em 1991, esse aumentou para 40%! (...)'. Quanto à mortalidade materna no Brasil, Alaerte Leandro Martins (2000, 2001) pesquisou 956 óbitos maternos no estado do Paraná, na faixa etária de 10 a 49 anos, ocorridos de 1993 a 1998 e conclui que, comparada à de brancas a mortalidade materna das amarelas é 7,5 vezes maior e a das pretas 6,6 vezes maior. Eis um sinal de alerta para quem idealiza e gerencia saúde pública no Brasil: não há mais como esconder a cara e a cor de quem 'morre de parto' no Brasil! (Oliveira, 2000)

O estudo realizado pela médica Ignez Helena Oliva Perpétuo (2000) sobre a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 — que entrevistou 7.541 mulheres, àquela época entre 15 a 49 anos, em união estável, das quais 44% se autodeclararam brancas e 66%, negras (parda, mulata, morena, cabocla e preta) — revela, de maneira contundente, a enorme desigualdade social, econômica, de risco reprodutivo e de acesso aos serviços de saúde que existe entre a população branca e a negra. De acordo com Perpétuo:

é longo o percurso a ser percorrido para que as mulheres brasileiras, brancas e negras tenham acesso pleno à saúde e aos direitos reprodutivos. Os dados sobre a distribuição das entrevistadas, segundo região e situação de residência, nível educacional e classe social, confirmam que um enorme abismo socioeconômico separa as mulheres brancas e negras. A proporção

de mulheres negras que moram em regiões menos desenvolvidas, onde o acesso a bens e serviços urbanos é precário, e que se encontram nos estratos educacionais e socioeconômicos inferiores, é o dobro das brancas. (Perpétuo, 2000)

Foi também constatado pela autora que a proporção de mulheres negras que se encontram sob 'risco reprodutivo' é muito maior do que as brancas, pois é substancialmente mais alto o percentual de negras que iniciam a vida sexual e que têm o primeiro filho ainda adolescentes, bem como a proporção de mulheres com três filhos e mais. Ademais, as negras têm um conhecimento precário da fisiologia reprodutiva, sendo a sua fecundidade maior do que a das brancas. Tal fato está intimamente relacionado à realidade, também detectada pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), segundo a qual apenas 20% das negras sabem identificar o período fértil, em contraste com 37% das brancas.

Evidenciou-se ainda o precário acesso das negras à anticoncepção. Na data da pesquisa, havia um maior número de negras que não usava qualquer método e, entre as que usavam, a pílula e a esterilização representavam 83% das preferências, contra 76% das brancas. As negras constituem a menor parcela das usuárias de pílulas que realizou consulta médica antes de iniciar o seu uso, bem como o maior percentual de gravidez por falha do método e de 'necessidade de contracepção não-satisfeita' (não-uso de método, apesar de serem fecundas e não desejarem engravidar). Tais dados elucidam por que o índice de fecundidade não desejada é de 40% nas negras contra apenas 27% das brancas. Segundo as análises, as negras apresentaram um menor acesso à assistência obstétrica (pré-natal, parto e puerpério). Ademais, o percentual de gestantes negras que recebeu o:

pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (isto é, seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta no puerpério), foi de 61% e 31%, respectivamente, em contraste com 77% e 46% das brancas. Quanto ao parto, 7% dos bebês de mães negras nasceram em casa, mais do triplo do que aconteceu no caso das mulheres brancas. (Perpétuo, 2000)

A análise de Chacham sobre cesárea, esterilização e raça revela que:

no Brasil há uma alta incidência de cesáreas e esterilizações femininas. De acordo com o relatório preliminar da Pesquisa Nacional sobre Demo-

grafia e Saúde de 1996, os partos cesáreos representavam 36,4% do total de todos os partos. Se somente áreas urbanas forem consideradas, este número cresce para 41,8%. Nessa pesquisa encontrou-se que 27,3% de todas as mulheres em idade reprodutiva estavam esterilizadas, sendo que entre mulheres casadas ou unidas este número chegava a 40,1%. (Chacham, 2001)

A autora informa ainda:

as características socioeconômicas, etárias e raciais das mulheres que tiveram partos cesáreos, programados ou não, e de mulheres que foram esterilizadas durante uma cesárea, explorando a relação entre os dois procedimentos. Certamente, os dados de 1996 ainda não refletem a influência da lei que regulamentou a esterilização feminina no país, mas estes nos permitem avaliar a dimensão desse fenômeno. (Chacham, 2001)

De acordo com Chacham, as respostas de 3.739 mulheres da PNDS-1996 a respeito do parto do último filho nascido vivo revelam que 1.416 (37,9%) tiveram cesáreas. São Paulo apresentou a maior proporção de cesáreas, com 57,1%. O Nordeste foi a região com menor proporção de cesáreas: 25%. Foi observado que as mulheres brancas tiveram 48,1% de cesáreas; as asiáticas, 50%; as pardas, 32,5%; e as negras, 28,4%.

Quando a escolaridade foi acrescentada à análise, esta relação deixou de ser significativa para todos os grupos, com exceção das mulheres com educação primária. Somente 5,9% das entrevistadas tinham curso superior. A diferença entre níveis de educação por grupos étnicos é expressiva: entre mulheres com filhos e sem educação formal, 20% eram brancas e 73,6%, pardas. Entre mulheres com nível primário, 29% eram brancas e 65%, pardas. Entre mulheres com educação superior, 66% eram brancas e 32%, pardas (apenas uma mulher negra foi encontrada neste grupo). Mulheres com nenhuma escolaridade tiveram taxas de cesárea de 16,5%; com primário incompleto, 22,6%; com primário completo, 37,2%; com secundário incompleto, 39,9%; com secundário completo, 55,7%; e, finalmente, com nível superior, 79,2%.

Entre 1.416 mulheres cujo último filho nasceu por cesárea, 52,9% tiveram cesáreas programadas, indicando um índice extremamente alto. Em nenhuma região foi encontrada correlação entre cesáreas programadas e raça da mãe. Entre as 12.612 mulheres entrevistadas, 3.578 eram esterilizadas. Destas, 56,4% (ou 2.017 mulheres) foram esterilizadas durante uma cesárea. Não encontramos diferenças significativas entre a proporção de mulheres esteriliza-

das em cada grupo racial, assim como entre tipo de religião, nível educacional ou residência urbana ou rural da mulher.

Este mesmo estudo assinala a relação entre a idade com a qual a mulher foi esterilizada e o seu nível de escolaridade. Apenas 6,6% das mulheres com nível superior foram esterilizadas com menos de 25 anos, ao passo que, entre as mulheres com primário completo ou menos, 22% foram esterilizadas com menos de 25 anos. Entre mulheres com nível superior, 40% foram esterilizadas entre 30 e 34 anos. Já entre mulheres com educação primária, 28% se esterilizaram neste período. A diferença entre raças em relação à idade ao serem esterilizadas não é significativa em termos estatísticos. Em relação à raça, mulheres brancas são mais prováveis de serem esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres pardas ou negras; mas, novamente, quando se compara dentro de cada nível educacional, não se encontram diferenças.

Com base na análise dos dados fornecidos pela PNDS-1996, o referido estudo concluiu que as mulheres com maior nível de escolaridade tendem a apresentar taxas de cesáreas mais elevadas do que aquelas com nenhuma ou pouca educação formal. Além do nível de escolaridade, outro fator de grande influência é a idade da mãe: mulheres mais velhas tendem a ter taxas maiores de cesárea. Quanto ao fator raça, pode-se afirmar que as mulheres brancas apresentam maior probabilidade de serem esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres pardas ou negras. Mas, em relação aos níveis de esterilização, não foram detectadas diferenças significativas entre a proporção de mulheres esterilizadas em cada grupo racial, assim como entre tipo de religião, nível educacional ou residência urbana ou rural da mulher.

Tenho argumentado em vários escritos que a sobrevida menor dos negros com câncer parece estar diretamente relacionada à precariedade das condições socioeconômicas. O câncer do colo do útero é duas vezes mais freqüente em mulheres negras do que nas brancas. Também está suficientemente provado em várias pesquisas, realizadas em diferentes lugares do mundo, que este tipo de câncer é diretamente proporcional às condições de pobreza. A justificativa do modelo genético diz que a menor sobrevida de negros e a menor resistência em caso de câncer deve-se a uma menor reação imunológica 'inerente' aos negros, o que não está comprovado. Pesquisas realizadas na Inglaterra em pacientes com câncer de mama e um estudo de Nancy Krieger & Mary Basset (1986) sobre mulheres com câncer de mama em Washington demonstraram que a diferença racial na sobrevivência destas doentes desaparecia quando foram alocadas em suas respectivas classes sociais. Operárias, brancas ou negras, sobreviviam bem menos do que mulheres de classe média ou alta.

Doenças prevalentes na população negra

Conceitualmente, doenças étnicas/raciais são aquelas cuja prevalência e/ou evolução cursam de modo diferenciado em um grupo populacional racial ou étnico (como negros, brancos, amarelos, judeus, ciganos etc.) e em mestiços de tais grupos, podendo ter causa exclusivamente genética ou multifatorial. Em outros trabalhos, afirmei que, embora sejam poucas (e de fato são), há doenças que podem ser catalogadas como raciais ou étnicas (prevalência e/ou evolução diferenciada, conforme o grupo populacional racial ou étnico) na população negra, tais doenças atingem precocemente um número expressivo de pessoas, e suas decorrências na morbimortalidade em si já justificariam uma atenção especial. Além disso, todas são doenças que têm uma interferência muito íntima na saúde reprodutiva da mulher negra e na diminuição da vida produtiva de negros em geral, conforme revelam as descrições a seguir. Tal perspectiva pode ser elucidada pela descrição dos seguintes agravos: diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, síndrome hipertensiva na gravidez, miomas uterinos e anemia falciforme.

Diabetes mellitus tipo II

O diabetes *mellitus* é uma doença crônico-degenerativa que consiste em uma disfunção metabólica de causa multifatorial, que determina aumento crônico dos níveis de insulina (hiperglicemia crônica) e evolui causando danos em todo o organismo, sobretudo na visão, nos rins, no coração, nos nervos e nos vasos sanguíneos, inclusive quando a evolução é assintomática ou de sintomas brandos. O diabetes é a quarta principal causa básica de morte no Brasil e a principal causa de cegueira adquirida. Os diabéticos têm chance duas vezes maior de desenvolver doença coronariana e de sofrer derrames cerebrais, quando comparados aos não-diabéticos, além de terem 17 vezes mais possibilidades de desenvolver doença renal e 40 vezes maior chance de sofrer amputações nos membros inferiores. O diabetes é responsável por mais de 30% dos casos de insuficiência renal em programas de diálise.¹

¹ Ver: *Justificativas médicas, sociais, econômicas e políticas para a municipalização da assistência ao paciente diabético*. Disponível em: www.diabetes.org.br. O texto foi produzido pelas seguintes organizações: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e Associação para Educação e Controle em Diabetes (ACED).

O Censo Nacional de Diabetes de 1988 (dados de nove capitais brasileiras) concluiu que o diabetes atinge 7,6% da população brasileira, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, alcançando cifras próximas de 20% na população acima de 70 anos. Foi estimado que há cerca de 5 milhões de diabéticos, sendo que metade das pessoas com diabetes não sabe que é portadora da doença e quase 1/4 não faz qualquer tratamento. O diabetes tipo II (adulto), prevalente em negros, é uma epidemia em expansão no mundo, além de uma causa importante de insuficiência renal crônica (cujo tratamento é a hemodiálise e o transplante renal), pois, na população diabética, a hipertensão é duas vezes maior do que na população em geral. Nos Estados Unidos, para cada seis brancos que sofrem da enfermidade, há dez afro-americanos que padecem da doença. Assim mesmo, as estatísticas indicam que a porcentagem de mortes por causa do diabetes é 27% mais alta nos afro-americanos em comparação aos brancos. Nos Estados Unidos, o segundo grupo afetado pela doença é o dos hispânicos, em especial os oriundos do México e de Porto Rico. Neste grupo, o diabetes é três vezes mais comum do que entre os brancos não hispânicos.²

Segundo Franco (2000: 58):

há uma marcante variação geográfica na incidência do diabetes tipo 1, sendo maior em países do norte europeu, particularmente nos escandinavos, e menor nos asiáticos, como China e Japão. Na população negra, a incidência tende a ser duas a quatro vezes menor do que na população branca da mesma região. Na população adulta, os coeficientes de prevalência do diabetes têm alcançado cifras da ordem de 40% em grupos indígenas norte-americanos e de 20% na população de origem japonesa, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil. Na população negra, há evidências de que a frequência do diabetes está aumentando mais do que na população branca, tendo triplicado nos últimos 30 anos, enquanto apenas duplicou na população branca. Atualmente, nos Estados Unidos, a prevalência de diabetes é 1,4 vezes maior em negros do que em brancos. Essa maior prevalência é referente ao diabetes tipo II. Quanto ao tipo I, a incidência tende a ser de duas a quatro vezes menor do que na população branca.

² Ver Uma herança amarga. *Boa saúde/Health Latin América*. Disponível em: <www.boasaude.com/lib/ShowDoc.cfm>.

Hipertensão arterial

Estima-se que 10 a 20% das pessoas adultas são hipertensas. Apresentam-se como verdadeiras as seguintes afirmativas: a hipertensão arterial (HA) é a principal causa de insuficiência cardíaca, insuficiência renal e de morte súbita, e está ligada, direta ou indiretamente, a 12 a 14% das causas de todas as mortes no Brasil. Em geral, a pressão arterial é mais alta nos homens e com prevalência em negros de ambos os sexos. Aparece mais cedo, é mais grave e tende a ser mais complicada em negros. Uma em cada dez mulheres que engravidam pela primeira vez tem hipertensão. A hipertensão durante a gestação e a toxemia gravídica (eclâmpsia/hipertensão) constituem a principal causa de mortalidade materna no Brasil.

Segundo Lessa (2000), na epidemiologia da HA chamam a atenção as elevadas prevalências da doença em negros americanos, incluída entre as mundialmente mais altas (20 a 71%). A HA está fortemente associada ao sobrepeso ou à obesidade, ao diabetes ou à intolerância à glicose, ao estrato social mais baixo, à pouca escolaridade, à história familiar positiva para a doença, a homens antes dos 50 anos e a mulheres a partir da menopausa, e à dieta rica em sal e pobre em cálcio. Devido a qualquer uma dessas situações nos Estados Unidos, a HA arterial tem sido até duas vezes maior entre os afro-americanos.

Os negros desenvolvem a doença em idades mais precoces do que os brancos e detêm as taxas mais elevadas de HA severa (estágio 3). As diferenças raciais expressam-se desde a infância, tornando-se significantes na adolescência. A antiga polêmica sobre herança como importante determinante da HA em negros gerou diversas teorias, investigadas e testadas na busca de explicações para as diferenças raciais. Essas investigações ultrapassam as fronteiras americanas, sendo também investigadas em outros países, em particular, no continente africano. Confirmou-se o gradiente dos fatores de risco da diáspora africana, com prevalências ajustadas de HA de 14% na África Ocidental, 26% no Caribe e 33% nos Estados Unidos — a obesidade explicando, isoladamente, 1/3 do excesso da HA nos afro-americanos, quando comparados aos negros do oeste africano. Prevalência mais elevada de HA em negros do Zimbábue do que em brancos europeus ou americanos foi descrita recentemente por um grupo de investigadores. Paralelamente, diversos autores continuam tentando explicar o predomínio, também nos negros, das doenças cardiovasculares que mais se associam à HA do que a outros fatores de risco para doença cardiovascular (FRCV).

Síndrome hipertensiva na gravidez e mortalidade materna

De acordo com Pascoal (2000: 70):

duas formas principais de hipertensão arterial podem complicar a gravidez: a pré-eclâmpsia e a hipertensão arterial crônica, que ocorrem de forma individualizada ou associada (pré-eclâmpsia sobreposta). Hipertensão arterial crônica se refere à hipertensão de qualquer etiologia (primária, em 90% dos casos), que está presente antes da gravidez ou da 20ª semana de gestação. A denominação 'crônica' é utilizada meramente para fazer oposição semântica à natureza súbita e reversível da pré-eclâmpsia.

O autor sustenta que a "pré-eclâmpsia, ou doença hipertensiva específica da gravidez, é uma doença hipertensiva peculiar à gravidez humana, que ocorre principalmente em primigestas após a 20ª semana de gestação, mais freqüentemente próximo ao termo" (Pascoal, 2000: 70). Envolve virtualmente cada órgão e sistema do organismo e é a principal causa de morbidade e de mortalidade, tanto materna quanto fetal. Uma impressão não confirmada é a de que mulheres afro-descendentes são mais susceptíveis ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia do que mulheres brancas. Essa noção tem sido atribuída tanto às diferenças de classe social como à diversidade étnica propriamente.

Entretanto, Mengert (1996) reviu sua ampla experiência em três diferentes centros médicos norte-americanos e concluiu que não há diferença racial na incidência de pré-eclâmpsia. Em outro estudo, 8% das mulheres eclâmpicas eram afro-americanas, porém, igualmente, apenas 8% dos partos haviam sido realizados em mulheres afro-americanas. Como a prevalência de hipertensão arterial crônica em mulheres afro-americanas é maior do que em pacientes brancas, o diagnóstico diferencial errôneo entre pré-eclâmpsia e hipertensão arterial crônica parece ser o responsável pela idéia de que mulheres afro-descendentes são mais susceptíveis à pré-eclâmpsia.

Sobre a hipertensão arterial crônica, Pascoal (2000) salienta ainda que a prevalência em mulheres na fase reprodutiva pode ser tão alta quanto 25% em brancas e 30% em negras, e aumenta com a idade. A hipertensão, portanto, é um importante fator de risco cardiovascular nesta população e tem implicações importantes para a evolução da gravidez. Estima-se que 2 a 5% de todas as gestações são complicadas por hipertensão crônica e esta incidência é ainda maior em áreas urbanas industrializadas, onde as mulheres engravidam mais tardiamente. Sendo a hipertensão arterial crônica mais freqüente em mulheres negras do que em brancas, e constituindo, por si, um importante fator de risco

para a pré-eclampsia, as conseqüências para a mãe e para o feto são, coletivamente, piores na população de mulheres negras do que na de mulheres brancas. Individualmente, entretanto, uma mulher negra com o diagnóstico de hipertensão crônica tem a mesma probabilidade de desenvolver pré-eclampsia sobreposta do que uma mulher branca com o mesmo diagnóstico. O rastreamento de hipertensão crônica no acompanhamento pré-natal deve ser feito com ainda maior ênfase em mulheres negras, para se identificar mais precocemente as hipertensas crônicas, embora ainda não seja possível prever nem prevenir o desenvolvimento subsequente de pré-eclampsia sobreposta.

O autor esclarece que a pré-eclampsia caracteriza-se pelo desenvolvimento gradual de hipertensão, proteinúria, edema generalizado e, às vezes, alterações da coagulação e da função hepática. A sobreveniência de convulsão define uma forma grave, chamada eclampsia. Em mulheres nulíparas, a incidência de pré-eclampsia é de aproximadamente 6% nos países desenvolvidos e duas ou três vezes maior em países subdesenvolvidos. Apesar de sua complexidade clínica e natureza potencialmente grave, a pré-eclampsia é a forma mais comum de hipertensão 'curável' e é inteiramente reversível com a interrupção da gravidez. Embora a causa da pré-eclampsia ainda esteja por ser determinada, estudos recentes sugerem que seu caráter multissistêmico pode refletir a intensa disfunção da célula endotelial.

Cabe acrescentar que a susceptibilidade da mulher grávida à pré-eclampsia tem um componente genético definido. A incidência em mães, filhas e irmãs é duas a cinco vezes maior do que em sogras, noras e população controle. A pré-eclampsia ocorre mais freqüentemente durante a primeira gestação, sendo ocasional seu desenvolvimento em gestações subsequentes a uma gravidez normal, ou mesmo após um abortamento tardio. Há evidências de que fatores imunológicos relacionados a antígenos do esperma paterno são importantes na gênese da pré-eclampsia. Embora primigrávidas jovens apresentem maiores riscos, multigrávidas com um novo parceiro têm alta incidência de pré-eclampsia. Por outro lado, a duração da coabitação antes da concepção se relaciona inversamente com o risco de pré-eclampsia, sugerindo que a prolongada exposição materna a antígenos do esperma paterno confere proteção.

Pré-eclampsia também está associada com a idade materna, aumentando sua incidência em mulheres acima de 35 anos. Hipertensão arterial crônica, nefropatia, diabetes *mellitus*, gemelaridade, hidropisia fetal e mola hidatiforme igualmente aumentam os riscos de pré-eclampsia. Mulheres fumantes aparentemente têm menor risco de desenvolver pré-eclampsia, mas quando a desenvolvem o prognóstico é pior do que em não-fumantes. Deve ainda ser notado que o conceito antigo da diferença de raças na prevalência da pré-

eclampsia já não ocupa lugar em sua epidemiologia atual. A realidade é que a doença hipertensiva crônica é mais freqüente na população negra, o que é o único fator interveniente.

Miomas uterinos

Os estudos sobre miomas uterinos revelam que estes são os tumores mais comuns nas mulheres e atingem cerca de 20% delas na idade reprodutiva (entre a primeira menstruação e a menopausa). Em geral, são 'tumores silenciosos' (não apresentam sintomas) e benignos (menos de 1% dos miomas se tornam malignos). De crescimento lento, a maioria dos tumores diminui de tamanho, naturalmente, após a menopausa. Pesquisa realizada por Vera Cristina de Souza, em 1995, em um serviço público de saúde da cidade de São Paulo, com mulheres negras e brancas, revelou a prevalência e a reincidência dos miomas para as negras: 41,6% contra 22,9%, e 21,9% contra 6%, respectivamente. Também demonstrou a alta incidência de histerectomias entre as negras (15,8%, contra 3,6% para as brancas) e que as negras são, em larga medida, filhas ou irmãs de mulheres com diagnóstico comprovado de miomatose (62,1% e 20,4%) (Souza, 1995).

Outros achados de Souza evidenciam acentuado desconhecimento sobre miomatose (causas, evolução e tipos de tratamento) de usuárias, negras e brancas, de um serviço público de saúde, cuja consequência mais expressiva é o maior número de histerectomias nas negras. Isto é, as mulheres negras portadoras de miomas em geral perdem seus úteros, o que significa que negra com mioma, na prática, poderá ter no horizonte a certeza de perder, muitas vezes desnecessariamente, a possibilidade de reprodução. Zago (1996), no quadro *Nosologias das populações afro-brasileiras*, aponta os miomas como uma das doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais indicadas. Isto é, na mesma categoria de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, coronariopatias, insuficiência renal crônica e cânceres.

Na publicação *Oficinas Mulher Negra e Saúde* (Oliveira, 1998a), argumento que a maior incidência dos miomas em determinados grupos étnico-raciais os coloca na categoria das doenças étnico-raciais. A grande ocorrência de casos de miomas em uma mesma família classifica-os como uma doença familiar. Estes são indícios fortes que parecem indicar que a origem dos miomas é genética, provavelmente uma condição poligênica. Há estudos, como o de Souza (1995), que demonstram que é alta incidência de miomas em mulheres negras. Segundo a literatura médica norte-americana, a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior do que nas brancas; duas

vezes superior nas mulheres brancas judias do leste europeu do que nas demais brancas; e várias pesquisas demonstraram alta incidência de miomas em mulheres negras. Alguns trabalhos indicam que a obesidade e as pílulas anticoncepcionais com altas doses de estrógenos estimulam o aparecimento e o crescimento dos miomas.

Araújo (2001) afirma que:

os dados sobre fibroma ou mioma apresentam números maiores para as mulheres negras. No Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ribeirão Preto, entre 1986 e 1988, foram pesquisadas 432 mulheres portadoras de fibroma, perfazendo 18% dos casos de internação. Neste período, comparativamente, este índice foi 3,2% mais freqüente entre as mulheres negras. Os pesquisadores colocam que a predisposição biológica parece um fator importante no aparecimento e na modulação do crescimento do mioma. Quem trabalha numa outra visão, que não a da ginecologia tradicional, sabe que o mioma está relacionado com fatores alimentares, *stress* e com condições de vida em geral.

A pesquisa de Souza (1995), citada previamente, demonstra a alta incidência e reincidência de miomas em mulheres negras brasileiras e que a proporção de histerectomias nas negras foi quase cinco vezes superior do que nas brancas. Miomas uterinos constituem uma das causas mais apontadas para a prática de histerectomia nas mulheres negras em vários países, inclusive no Brasil. Sabe-se que a histerectomia é uma importante causa de mortalidade feminina e, além da esterilidade, apresenta sérias conseqüências para a saúde física e emocional da mulher. Darien J. Davis (2000), em *Afro-brasileiros Hoje*, cita que no Brasil o percentual de histerectomias em negras é de 15,9%, contra 3,6% nas brancas.

Recente pesquisa conduzida pelo Dr. Michael S. Broder, da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, conclui que mais de 70% das histerectomias realizadas nos Estados Unidos podem ter sido indicadas de forma inadequada. Segundo Broder e colaboradores (2000: 202), “há preocupação significativa entre os pesquisadores e o público de que ela poderia estar sendo usada em demasia”. Foram pesquisadas 500 mulheres histerectomizadas, cuja causa não foi emergência e nem câncer, nas quais as indicações por miomas somaram 60%. Os autores afirmam que “os resultados sugerem que mulheres e seus médicos devem trabalhar juntos para determinar a causa dos sintomas, como dor ou sangramento, e explorar tratamentos alternativos antes de se decidir por uma histerectomia” (Broder et al., 2000: 202-203). Cerca de 70% das histerec-

tomias “foram julgadas como indicadas incorretamente”, muitas mulheres não tiveram uma avaliação adequada da causa de seus problemas de saúde e também muitas outras não receberam tratamentos alternativos, como medicamentos, antes de suas cirurgias.

Cláudio Bacal, em Por que tantas mulheres perdem o útero, artigo especial para *Salutia*, abril de 2000, informa que, no Brasil, “são feitas cerca de 300 mil cirurgias radicais por ano no país. Um exagero que poderia ser evitado. Como resultado dessa violência ao corpo, a mulher enfrenta osteoporose, depressão e flacidez dos seios”. O autor diz que, segundo Sebastião Piato, professor titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo:

uma das razões que explicaria esse estrondoso número de cirurgias radicais é o medo que as mulheres têm, com o aval dos médicos, de desenvolver câncer. “Quem já teve filhos e apresenta algum problema uterino prefere se submeter à histerectomia do que correr risco de ter câncer”. Piato é enfático quando se refere a mioma X histerectomia: “Conheço várias mulheres, entre 45 e 50 anos, com miomas, que fizeram a remoção do útero. Nessa faixa etária, a paciente está perto da menopausa, momento em que o útero retrai e, com essa retração, o mioma pode até desaparecer espontaneamente”. (Bacal, 2000)

Segundo ainda o autor:

Os médicos brasileiros seguem a escola americana. Nos Estados Unidos são feitas cerca de 600 mil cirurgias desse tipo anualmente. Já na Comunidade Européia são realizados apenas 10% desse total. Há casos em que o procedimento é inevitável. Mas, infelizmente, existe um exagero evidente no nosso país, desprezando o fato de que a ausência do útero traz conseqüências diversas e deve ser evitada ao máximo. (Bacal, 2000)

Anemia falciforme

A anemia falciforme é um tipo de anemia hereditária. Constitui a doença genética mais comum da população negra em todo o mundo e é a doença genética mais comum no Brasil. As anemias hereditárias são as doenças genéticas mais comuns da humanidade. A anemia falciforme resulta de uma mutação na molécula de hemoglobina, que adquiriu a forma de meia-lua ou foice, dando origem ao nome: anemia falciforme. É também conhecida pelos nomes

de drepanocitose ou siclemia (do inglês *sickling*: falciforme; derivado de *sickle*: foice; siclemia). Esta mutação se deve a uma alteração na estrutura da hemoglobina: substituição do aminoácido (unidade das proteínas) *ácido glutâmico* pela *valina*,³ que confere à hemoglobina S, quando desoxigenada, a capacidade de se agregar, formando fibras de hemoglobina S, que deforma a hemácia, dando-lhe aspecto de foice.

É uma doença que surgiu na África, em zonas endêmicas de malária, e chegou ao Brasil e em toda a América via tráfico de escravos (Ramalho, 1978; Naoum, 1984; Zago, 1994; Teixeira, 1993; Silva, 1995). As mutações gênicas na hemoglobina são originárias de focos geográficos distintos, todos de zonas endêmicas de malária, que determinam diferentes tipos de hemoglobinopatias hereditárias. Há quatro focos africanos definidores da anemia falciforme: o da região do Senegal, do Benin, de Camarões e o foco do grupo étnico Banto. O foco de hemoglobinopatias hereditárias localizado na Ásia dá origem às anemias hereditárias denominadas talassemias ou anemia do Mediterrâneo, cuja alteração ocorre na síntese da hemoglobina, que incide sobre populações da Sardenha (Itália, Chipre e Grécia); e orientais, sobretudo na Tailândia, no Laos, no Camboja, na Malásia, no sudeste da China e em algumas regiões da Índia.⁴ Também existem síndromes falciformes na Índia.

Zago, em *Anemia falciforme e doenças falciformes*, revela que:

no Brasil, distribui-se heterogeneamente, sendo mais freqüente onde a proporção de antepassados negros da população é maior (Nordeste). Além da África e Américas, é hoje encontrada na Europa, em virtude da migração voluntária da África e do Caribe, principalmente para a Inglaterra, França, Bélgica, Holanda e Alemanha, e em grandes regiões da Ásia. No Brasil, a

³ Hemoglobina A ou HbA: hemoglobina normal; Hemoglobina S ou HbS: hemoglobina siclêmica ou falciforme.

⁴ Talassemia (do grego *thalassa*: mar; e *hemos*: sangue), ou anemia de Cooley, ou anemia mediterrânea, visto que é de alta incidência em pessoas da região do Mediterrâneo: turcos, gregos e italianos, mas também tem alta incidência na Índia e no Oriente Médio. As talassemias consistem em mutações na síntese das cadeias da globina (alfa ou beta), e classificam-se em alfa talassemias e beta talassemias, de acordo com o local da mutação, se cadeia alfa ou beta. As síndromes talassêmicas são constituídas pelas alfa e beta talassemias e por outros tipos de talassemias (delta-beta-talassemias, talassemias interativas). Atualmente, cura-se a talassemia com enxerto de medula óssea, logo após o nascimento. O defeito genético que origina a talassemia em geral não ocorre na estrutura da hemoglobina (como na anemia falciforme), mas se dá na síntese das cadeias de globina, por esta razão o enxerto de medula óssea 'funciona' e cura a talassemia.

doença é predominante entre negros e pardos, porém também ocorre entre brancos. No sudeste do Brasil, a prevalência média de heterozigotos (portadores) é de 2%, valor que sobe a cerca de 6-10% entre negros e pardos e no nordeste do país. Com base na frequência gênica pode-se estimar grosseiramente a existência no Brasil de mais de 2 milhões de portadores do gene da HbS, mais de 8.000 afetados com a forma homozigótica (SS) e outro tanto de afetados pelas outras formas de doenças falciformes. Estima-se o nascimento de 700-1.000 novos casos anuais de afetados sintomáticos de doenças falciformes no país. (Zago, 2000: 15)

As repercussões da anemia falciforme na saúde reprodutiva de mulheres e homens devem ser expressivas, considerando-se a grande influência da doença no desenvolvimento, com considerável retardo pôndero-estatural e na maturidade sexual. Os estudos envolvendo homens são poucos e restritos aos casos freqüentes de priapismo. No caso das mulheres, há estudos que constatarem abortamentos espontâneos e maiores perdas fetais, de maneira que os reflexos da doença na saúde sexual e reprodutiva, e no exercício da sexualidade, merecem mais atenção e pesquisas (Zago, 2000).

Saúde da população negra: 'estado da arte' dos estudos e das políticas públicas⁵

O estabelecimento do campo saúde da população negra no Brasil resulta de um esforço de muitas cabeças e mãos, em um árduo trabalho de construção teórica e embates políticos e ideológicos no campo da ciência e junto às escolas de saúde, aos serviços e ao governo. Ciência e governo têm respondido, ainda que timidamente. Porém, as escolas e os serviços parecem que portam uma insensibilidade pétrea. Nas escolas de saúde, há uma notória ambigüidade: não apóiam e nem negam, explicitamente. Nos cursos de graduação, o recorte étnico-racial não é transversal a nenhuma disciplina ou ao estudo/ensino das doenças, porém, na pós-graduação, há razoável número de estudos dos anos 1990 para cá. Encontramos várias dissertações de mestrado e teses de doutorado em

⁵ Dados em: Oliveira, F. *A questão racial/étnica no Brasil: os legados do Cairo e de Beijing e as ações do movimento negro e do governo*. Disponível em: <www://culturabrasil.art.br/RIB/DPBartigo3.htm>.

saúde da população negra na década de 1990 fora do tema clássico: anemia falciforme, com destaque para os miomas uterinos, mortalidade geral de negros, materna e infantil, acesso aos serviços de saúde, esterilização e raça etc.

No âmbito do Ministério da Saúde, foram realizadas as seguintes ações:

1) Quesito Cor. Definição do Ministério da Saúde, de março de 1996, que dispõe sobre a padronização de informações sobre raça e cor dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país.

2) Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, realizada pelo Ministério da Saúde e Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, em abril de 1996. Trata-se do primeiro evento oficial do Ministério da Saúde para definir áreas de trabalho prioritárias em saúde da (e para a) população negra. A principal recomendação foi uma política nacional para a anemia falciforme, elaborada no mesmo ano, e a criação do *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente* (junho de 2000, publicado em julho de 2001).⁶

3) Norma de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, outubro de 1996 (inclusão do quesito cor). A *Resolução 196/96: Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* é uma norma brasileira básica para toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, em qualquer campo do conhecimento. Estabelece as diretrizes referentes à proteção aos sujeitos de pesquisa (por exemplo, o 'consentimento livre e esclarecido', a 'vulnerabilidade') e define os alicerces éticos dos CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e da Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Introduce os recortes de geração (idade); racial (quesito cor)⁷; a exigência da presença de mulheres na análise de projetos de pesquisas que envolvam mulheres⁸ e a adoção

⁶ Organizado pelos profs. Edgar Merchan Hamann e Pedro Luiz Tauil; coordenado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e com patrocínio do Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/sps/menu.htm#>.

⁷ Sobre o 'quesito cor', encontramos na Resolução 196/96 sobre Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: VI.3. "Informações relativas ao sujeito da pesquisa: a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis".

⁸ A Resolução 196/96 sobre Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos é explícita e categórica quanto à necessidade da participação do(a) usuário(a) nos CEPs e na análise de protocolos de pesquisas para que a pesquisa seja considerada ética. VII.6. "No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado(a) um(a) representante, como membro *ad hoc* do CEP, para participar da análise do projeto específico".

do critério/idéia da vulnerabilidade em seus aspectos social, biológica, de sexo/gênero e hierárquica, situações nas quais o poder e autonomia encontram-se diminuídos.⁹

4) *Pré-conferência Cultura & Saúde da População Negra* (Brasília, 13, 14 e 15 de setembro de 2000), promovida pela Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde, como parte das atividades preparatórias do governo brasileiro para a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância.

5) Medidas no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos com perspectivas de benefícios para as mulheres negras: o quesito cor na Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes; a reinstalação do Comitê Nacional de Mortalidade Materna e a notificação compulsória dos óbitos maternos (1997). Lembrando aqui a inclusão do quesito cor nas declarações de óbitos.

6) Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (PAF/MS) aprovado em agosto de 1996. É uma diretriz completa para a atenção à anemia falciforme que estabelece: a oferta do diagnóstico neonatal a todas as crianças nascidas em hospitais; a busca ativa de pessoas acometidas pela doença; a promoção da entrada no programa de pessoas diagnosticadas e que venham a ser diagnosticadas; a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento de boa qualidade; o estímulo e o apoio às associações de falcêmicos e às instituições de pesquisa; a capacitação de recursos humanos; a implementação de ações educativas e questões referentes à bioética, tais como o fato de o teste de anemia falciforme só ser realizado após consentimento livre e esclarecido, além do compromisso ético de garantir o direito à privacidade genética que inclui o direito ao sigilo e à não discriminação.

Outras medidas que, embora não levem em conta o recorte étnico/racial, são 'portas entreabertas' para a atenção à saúde reprodutiva e que, indiretamente, poderão contribuir para melhorar a situação das mulheres negras, como a Lei nº 9.263 sobre o Planejamento Familiar (1996). Esta Lei também disciplina a prática da esterilização cirúrgica e a emissão de várias portarias relativas ao parto nos anos de 1998 a 2000, à limitação da prática indiscriminada de cesáreas e à promoção do parto humanizado e da maternidade segura.

⁹ Ver Oliveira (1998b).

As ações do governo brasileiro, nos anos de 1990 a 2001, para responder à demanda por políticas e serviços na busca da saúde para a população afro-descendente, são poucas e ainda estão no campo das intenções escritas. Isto é, não se concretizam no cotidiano. Por exemplo, o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (PAF/MS), que é a política oficial do governo brasileiro desde 1996, só está implantado no Estado de Minas Gerais e ainda em discussão e em estado adiantado de implantação nos Estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Além disso, temos o PAF/MS nos seguintes municípios: Araras (desde 1990, é o mais antigo Programa de Anemia Falciforme do Brasil, com uma cobertura de 100%), Mauá, Santo André, Diadema, São Caetano, Campinas, Santos e São Paulo (SP), Vitória (ES) e Osório (RS).

Cabe lembrar a recente tentativa do Ministério da Saúde (junho de 2001) de desconhecer a existência do PAF/MS como a diretriz do governo brasileiro para a atenção à anemia falciforme, estabelecendo uma outra política para a anemia falciforme no bojo geral das doenças diagnosticadas pelo 'teste do pezinho' (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, e fibrose cística). A Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Porém, é preciso explicitar que o estabelecimento de uma Rede de Triagem Neonatal não é igual ao Programa de Anemia Falciforme, pois, no fundamental, contempla apenas o diagnóstico, e tão-somente na faixa neonatal — que, no caso da anemia falciforme, significa 'uma parte' do Programa de Anemia Falciforme, a sua porta de entrada.

Creio que, em sã consciência, ninguém é contra que o 'Teste do Pezinho' seja acessível a todos os recém-nascidos. No entanto, é um acinte 'fazer de conta' que a anemia falciforme não é um problema de saúde pública no Brasil que mereça atenção, tal qual está explicitado no PAF/MS! Portanto, estamos solicitando ao Ministro da Saúde que complemente a Portaria 822 para dizer que, após o diagnóstico, todos os casos de anemia falciforme receberão atenção tal qual está definido no PAF/MS. É o mínimo que podemos exigir, pois o então Ministro da Saúde José Serra nos deve muito, já que desativou a Política de Saúde para a População Negra do seu ministério sem dar satisfações a qualquer pessoa, e ficou por isso mesmo. Para quem não lembra, uma política de saúde para a população negra foi esboçada na administração do Dr. Adib Jatene, logo após a elaboração do Programa de Anemia Falciforme, e definida na administração seguinte do Dr. Carlos de Albuquerque, constando no documento *A saúde da população negra: realizações e perspectivas*, de Amaro Luiz Alves e Romero Bezerra Barbosa, ambos técnicos do Ministério da Saúde que naque-

la época eram os responsáveis pela área. A referida política foi encerrada pelo então Ministro José Serra.¹⁰

Enfim, cá estamos, mas... como estamos? E o que precisamos?

Uma revisão com sistematização das avaliações e propostas elaboradas em diferentes contextos políticos nos quais o movimento negro reivindicou políticas públicas na área de saúde¹¹ apresentou, em linhas gerais — especificamente na área de saúde da mulher e em relação aos profissionais de saúde —, as seguintes reivindicações:¹²

1) desenvolver políticas de educação continuada em saúde da mulher junto aos profissionais de saúde, enfocando as especificidades de doenças com repercussões importantes na saúde integral, em particular na saúde reprodutiva da mulher negra, tais como: diabetes I, hipertensão arterial, miomas, anemia falciforme, ressaltando que as duas últimas doenças podem causar abortamentos espontâneos frequentes;

2) que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) seja revisado e que sejam incluídas as especificidades da saúde da mulher negra, assim como os novos aportes relativos à violência de gênero e saúde;

3) recomendações especiais sobre os cuidados com a anticoncepção hormonal e o dispositivo intra-uterino (DIU) em mulheres portadoras de hipertensão, diabetes, miomas e anemia falciforme;

4) sabendo-se que a primeira causa de mortalidade materna no Brasil é por hipertensão arterial não tratada na gravidez e que as mulheres negras são mais suscetíveis à hipertensão, solicita-se atenção especial a esta realidade nos serviços de saúde, sobretudo durante o pré-natal;

¹⁰ Ver descrição da *Política de Saúde da População Negra* (Anexo 1).

¹¹ Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (Brasília, 1986); Introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde (São Paulo, 1992); Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida (Brasília, 1995); II Reunião Nacional de Mulheres Negras, (Belo Horizonte, 20 e 21/09/1997); Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra (Brasília, 13 a 15/09/2000); Documento Alternativo do Fórum Nacional de Entidades Negras (Rio de Janeiro, maio de 2000); e Diagnóstico e propostas: articulação de organizações de mulheres negras brasileiras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, 2001. Durban, África do Sul.

¹² Com certeza, a luta pela saúde da população negra foi realizada também em inúmeros outros eventos e momentos, todavia estas são reivindicações que se encontram registradas.

5) que o Ministério da Saúde incorpore no processo de capacitação/formação do profissional da saúde a necessidade de capacitação e formação de lideranças comunitárias sobre a saúde da população negra, como forma de promoção social e combate ao racismo;

6) incorporação de conteúdos que tratem da saúde da população negra nos treinamentos, capacitação, aperfeiçoamento e especialização e em programas formulados e financiados pelo Ministério da Saúde.

Em relação à saúde da população negra, parece óbvio que urge que o governo brasileiro respeite o disposto na Constituição de 1988 (artigo 196): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. E também na Lei Orgânica da Saúde de 1990, que afirma: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Urge que seja elaborado um Plano Nacional de Atenção à Saúde da População Negra, composto por um conjunto de medidas e ações dirigidas a enfrentar a morbidade e a mortalidade precoce da população negra brasileira. O que exige uma definição política de inclusão do recorte étnico-racial na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações, concomitante ao treinamento de profissionais da saúde que contemple a abordagem do curso diferenciado de algumas doenças/condições e as repercussões do racismo na saúde da população negra em todas as fases da vida. Além de amplo processo educativo/informativo/preventivo da população negra, capaz de incorporar os espaços tradicionais de cura e prevenção da população negra, nos quais a ‘arte de curar’ e a ‘arte de cuidar’ de matriz africana se inscrevem nos marcos de uma visão holística.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, M. J. de O. Reflexões sobre a saúde da mulher negra e o movimento feminista. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 23, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-mjose.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.
- ARTICULAÇÃO NACIONAL DE ONGS DE MULHERES NEGRAS. *Nós, Mulheres Negras: diagnósticos e propostas*, 2001.
- BACAL, C. Por que tantas mulheres perdem o útero. *Salutia*, abril 2000. Disponível em: <www.brasil2.salutia.com/salutia.php>. Acesso em: 31 mar. 2004.
- BARBOSA, M. I. da S. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do 'quarto de despejo'. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 23, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-mines.html>.
- BRODER, M. S. et al. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95 (2): 199-205, 2000.
- CHACHAM, A. S. Cesárea e Esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-alessandra.htm>. Acesso em: 31 mar. 2004.
- CUNHA, E. M. G. de P. *Raça: um aspecto esquecido da inequidade na saúde no Brasil*. Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro, II Congresso Ibero-americano e I Congresso Latino-americano de Epidemiologia, no painel Gênero e raça em epidemiologia: uma articulação necessária na busca da equidade em saúde, Salvador, abril 1995. (Mimeo.)
- DAVIS, D. J. *Afro-brasileiros Hoje*. São Paulo: Selo Negro, 2000.
- FRANCO, L. J. Diabetes. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- KRIEGER, N. & BASSET, M. La salud da la población negra: enfermedad, classe e ideología en la ciencia. *Ciencia y Tecnologia*, nº Especial de la *Monthly Review*, Ed. Revolucion, 1986.
- LESSA, I. Hipertensão Arterial. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- MARTINS, A. L. *Mulheres Negras e Mortalidade Materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998*, 2000. Dissertação de Mestrado, Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa.
- MARTINS, A. L. Mortalidade Materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 23, São Paulo, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-alaerte.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.

- MENGERT, W. F. Racial contrasts in obstetrics and gynecology. *Journal of Natural Medicine Association*, 58: 413-415, 1996.
- NAOUM, P. C. Anemias imigrantes: origens das anemias hereditárias no Brasil. *Ciência Hoje*, 3(14), 1984.
- OLIVEIRA, F. *Oficinas Mulher Negra e Saúde*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 1998a.
- OLIVEIRA, F. *Opressão de Gênero, Feminismo e Bioética: algumas considerações para o debate*. Texto organizado para apresentação na mesa-redonda Gênero e Bioética, promovida pela Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnologia (RAGCyT), Buenos Aires, 1998b. (Mimeo.)
- OLIVEIRA, F. Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 22, São Paulo, nov. 2000. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-fatima.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.
- PASCOAL, I. F. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 22, São Paulo, nov. 2000. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-ignez.html>. Acesso em: 31 mar. 2004.
- RAMALHO, A. S. *Estudo Médico de Polimorfismos Genéticos de Importância Clínica no Brasil*, 1978. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- SILVA, R. B. P. *Efeitos da Orientação Genética Fornecida a Doadores de Sangue com Traço Falciforme: riscos e benefícios*. Campinas: Unicamp, 1995.
- SOUZA, V. C. de. *Mulher Negra e Miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia*. São Paulo: PUC, 1995.
- TEIXEIRA, R. C. *Viabilidade e Eficiência de um Programa de Hemoglobinopatias Hereditárias em uma Comunidade Brasileira (Araras, SP) Abordada a partir de Gestantes*, 1993. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- ZAGO, M. A. Quadro mundial das enfermidades e doenças consideradas genéticas. *Cadernos de Pesquisa Cebrap*, 2: 1994.
- ZAGO, M. A. *Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil: o papel da anemia falciforme e de outras doenças de natureza genética*. Trabalho apresentado na mesa-redonda sobre a Saúde da População Negra, Brasília, abril 1996. (Mimeo.)
- ZAGO, M. A. Anemia falciforme e doenças falciformes. In: HAMANN, E. M. & TAUIL, P. L. (Orgs.) *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

Anexo 1*

Política de Saúde da População Negra

- a) Efetivar o Programa de Anemia Falciforme em todo o território nacional, propiciando o diagnóstico e o tratamento dos doentes, bem como o aconselhamento genético.
- b) Garantir adequado investimento governamental e privado em pesquisas clínicas e epidemiológicas, que permitam a ampliação das informações técnico-científicas sobre a problemática de saúde dessa população.
- c) Promover reciclagem dos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros), com uma nova concepção da problemática específica da população negra.
- d) Dar aos afro-brasileiros a oportunidade de conhecer a sua real situação de saúde, seus direitos, seus riscos individuais e coletivos, bem como sua condição de diferente, sem ser melhor nem pior do que os outros, seja no aspecto sanitário, seja nos demais aspectos do convívio social.

Outras providências tomadas ou em andamento

- a) Apoio financeiro a projeto de pesquisa clínica sobre a anemia falciforme em quatro comunidades remanescentes de quilombos nos estados da Bahia e do Sergipe, em parceria com a Universidade de Brasília e a Fundação Cultural Palmares.
- b) Implantação, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, de dois sistemas simplificados de abastecimento de água na Comunidade Kalunga, remanescente de quilombos, em Goiás.
- c) Elaboração e publicação do *Estudo da Mortalidade por Anemia Falciforme*, no Informe Epidemiológico do Sistema Único de Saúde (SUS).
- d) Convênio com a Universidade de Brasília para a elaboração do *Manual Técnico de Diagnóstico e Tratamento das Doenças da População Negra Brasileira*.
- e) Contratação, por meio da Secretaria de Saúde de Goiás, de membros da Comunidade Kalunga para atuarem como Agentes Comunitários de Saúde, em benefício de seu próprio povo.

* Fonte: ALVES, A. L. & BARBOSA, R. B. *A saúde da população negra: realizações e perspectivas*. 1998. (Mimeo.)