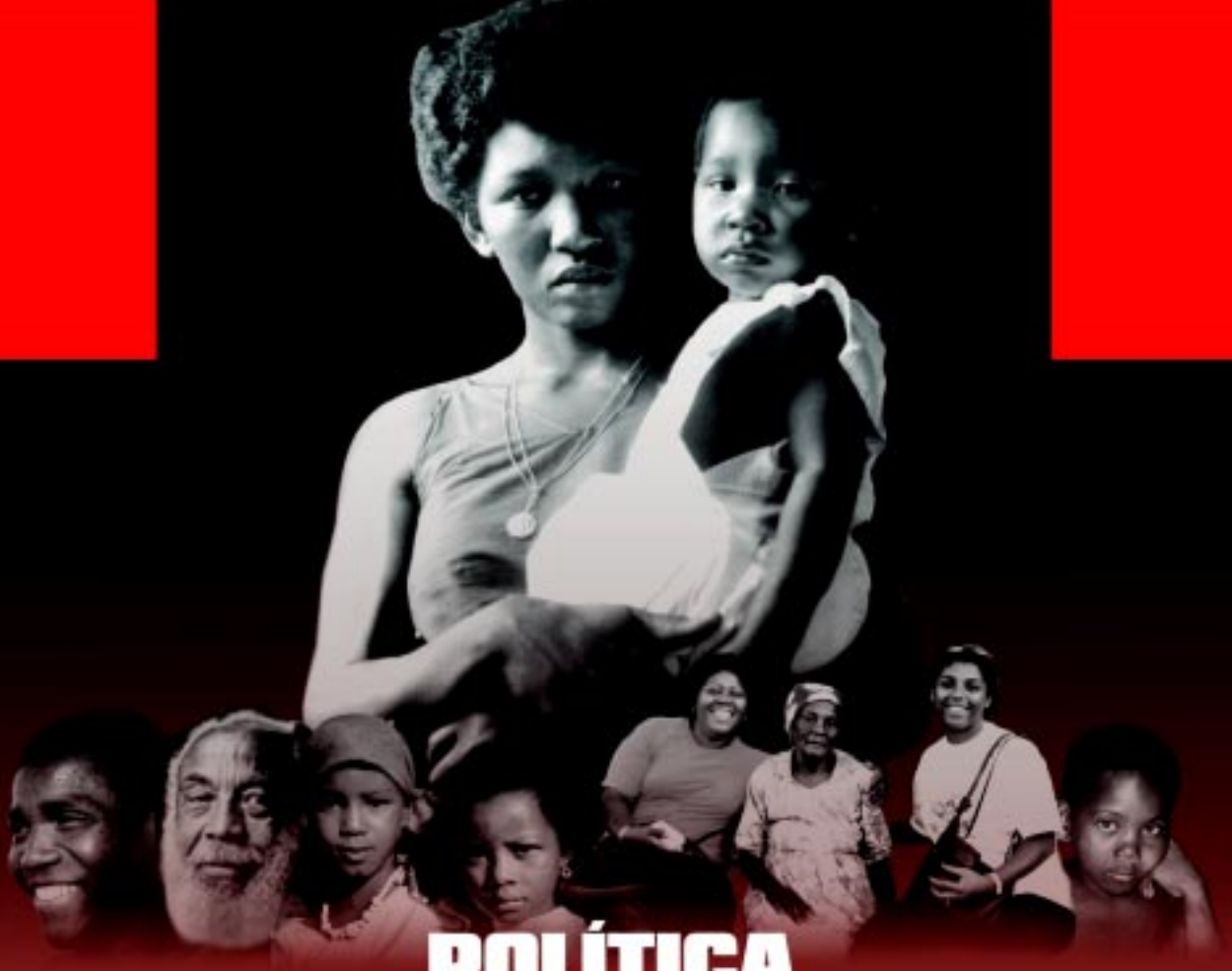
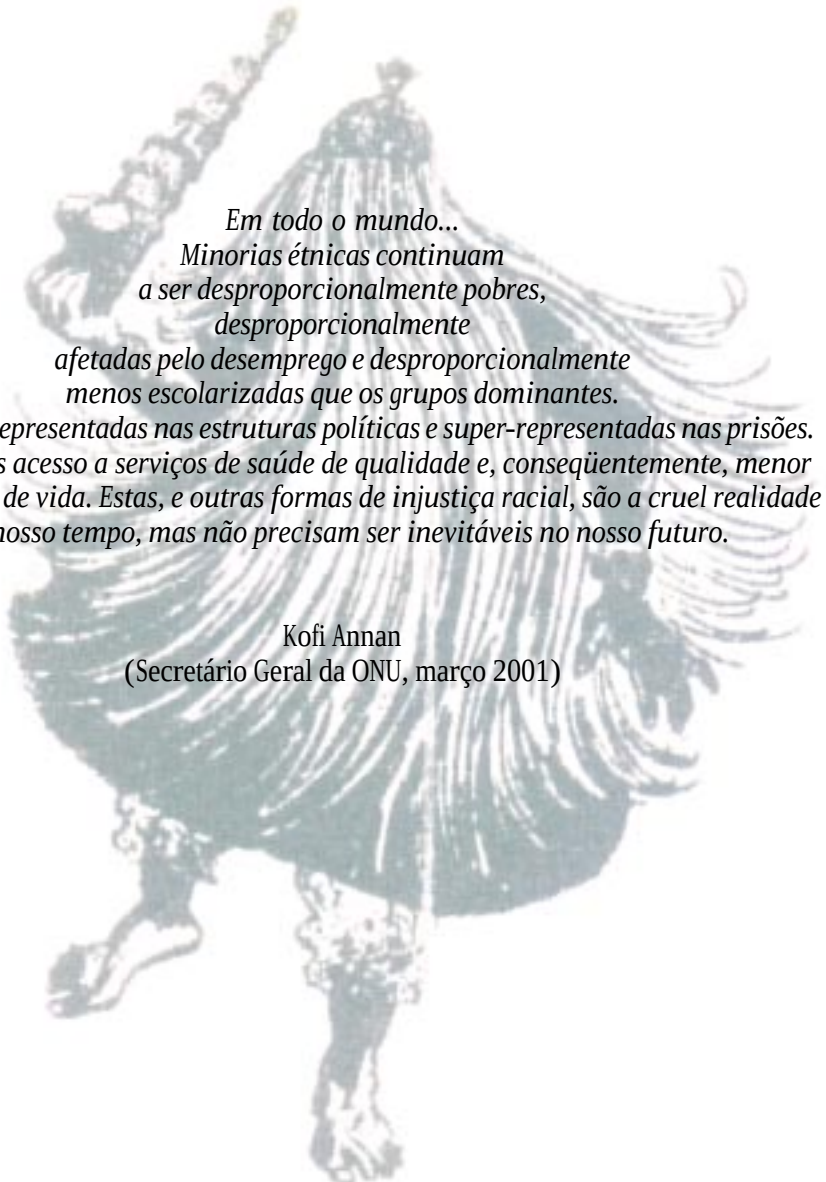


POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

UMA QUESTÃO DE EQUIDADE



Em todo o mundo...
Minorias étnicas continuam
a ser desproporcionalmente pobres,
desproporcionalmente
afetadas pelo desemprego e desproporcionalmente
menos escolarizadas que os grupos dominantes.
Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões.
Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida. Estas, e outras formas de injustiça racial, são a cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro.

Kofi Annan
(Secretário Geral da ONU, março 2001)

COLABORADORES (AS)

Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de eqüidade resulta do Workshop Interagencial Saúde da População Negra, realizado nos dias 6 e 7 de dezembro de 2001, em Brasília, DF, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD e da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS.

Amaro Luiz Alves - sanitarista, administrador, consultor legislativo, aposentado, do Senado Federal; *América Ungaretti* – oficial de programa, UNICEF; *Berenice Kikuchi* - enfermeira, coordenadora da Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo; *Damiana Miranda* – médica psiquiatra, doutora em Antropologia, pesquisadora do Programa de Atenção à Saúde da População Negra, Faculdade de Medicina/UFBA; *Edna Roland* – psicóloga, doutoranda do Programa de Psicologia Social da PUC-SP, presidente da Fala Preta – Organização de Mulheres Negras; *Fátima Oliveira* – médica do Hospital das Clínicas/UFMG, do Conselho Diretor da RedeSaúde/Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; *Isabel Cruz* – doutora em Enfermagem, coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra da Escola de Enfermagem/UFF; *Joana Chagas* – assistente de programa/UNIFEM; *Jurema Werneck* – médica, coordenadora da Criola - Organização de Mulheres Negras; *Luiza Bairros* – consultora, PNUD; *Maria Inês Barbosa* – doutora em Sociologia, professora da Faculdade de Medicina/UFMT; *Maria Lúcia da Silva* – psicóloga, psicoterapeuta, coordenadora do Instituto AMMA – Psique e Negritude; *Marta de Oliveira* – psicóloga clínica, técnica da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro; *Miguel Malo* – coordenador de Promoção da Saúde da OPAS; *Rachel Mello* – oficial de comunicação, UNICEF; *Rebeca Otero* Gomes – oficial de programa, UNESCO; *Telva Barros* – assessora, GT-UNAIDS; *Vera da Ros* – oficial de programa, UNDCP.

SUMÁRIO

Apresentação _____ 5
1. Introdução _____ 6
2. Produção do conhecimento científico _____ 11
3. Capacitação dos profissionais de saúde _____ 11
4. Informação da população _____ 12
5. Atenção à saúde _____ 12
Notas e referências _____ 14

APRESENTAÇÃO

A participação brasileira no processo da III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, em agosto de 2001, produziu um ambiente favorável para que o Estado e a sociedade atuem de forma mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo. No cumprimento de seu mandato, o Sistema das Nações Unidas tem sido parte ativa da construção desse contexto, com várias iniciativas que buscam responder às demandas pelo fortalecimento da democracia e a promoção do desenvolvimento humano.

O impulso definitivo para que a temática racial seja incorporada às ações de promoção da eqüidade em saúde veio do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo. No parágrafo 111 do referido texto, os governos da região requerem que a OPAS "promova ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significante em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de ascendência africana." [1]

Atendendo a essa decisão dos governos, a Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano da OPAS, em Washington, DC, propôs um Plano de Ação para reduzir as iniqüidades em saúde que atingem a população afrodescendente.[2] Como desdobramento dessa iniciativa, em dezembro de 2001, foi realizado o Workshop Interagencial Saúde da População Negra, no qual especialistas na temática, a convite das Nações Unidas no Brasil, reuniram-se para propor subsídios para uma política nacional de saúde da população negra.[3]

Assim, o Sistema Nações Unidas no Brasil, com o decidido apoio do DFID, Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional, convida as autoridades sanitárias, universidades, centros de pesquisa, movimentos sociais, conselhos e associações profissionais de saúde a participar de amplo debate dessa proposta. É essencial a contribuição de todos para que a dimensão racial/étnica seja parte de uma agenda nacional de políticas públicas orientada para a não-discriminação e o respeito à diversidade da sociedade brasileira.

WALTER FRANCO
Coordenador do Sistema das Nações Unidas no Brasil

JACOBO FINKELMAN
Representante da OPAS/OMS

STEWART MILLS
Diretor do Programa de Cooperação Técnica do DFID no Brasil

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde da população negra passa a ser entendida em sua especificidade a partir, principalmente, da ação do Movimento Negro. Como área de estudo inter e transdisciplinar, baseia-se em conhecimentos produzidos nas ciências humanas e nas ciências médicas. Como campo de intervenção social, parte da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte, as quais só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em condições tais como as exemplificadas no quadro que se segue.

(Em %)

ITENS	BRANCOS	NEGROS
Composição da população total	54,00	45,33
Composição da população indigente	30,73	68,85
Composição da população pobre	35,95	63,63
População jovem analfabeta (15 -25 anos)	2,6	7,6
População adulta com menos de quatro anos de estudo (mais de 25 anos)	35,0	46,9
Domicílios com abastecimento de água inadequado	7,85	26,15
Domicílios com escoamento sanitário inadequado	27,73	52,12

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD - Brasil, 1999.[1]

A ausência do Ministério da Saúde no debate sobre as desigualdades raciais deu margem a abordagens em detrimento da população negra. Exemplo disso foi o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, da década de 1970, que definia como "alto risco" o fato de a mulher negra e pobre ter filhos. No mesmo período, o Sistema de Informação de Mortalidade não incluía o quesito cor na Declaração de Óbito, em razão da proibição, pelo regime político da época, da discussão de temas raciais.

Mais tarde, a Constituição Federal de 1988 consagrou, com o apoio dos movimentos sociais, o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o Sistema Único de Saúde/SUS fosse orientado mais para ações integrais, gerais e horizontais voltadas para toda a população. Contudo, numa sociedade de profundas desigualdades como a brasileira, a conquista da universalidade dos serviços tem se mostrado insuficiente para assegurar a eqüidade, pois, ao subestimar as necessidades de grupos

populacionais específicos, contribui para agravar o quadro das condições sanitárias de afro-brasileiros.

As primeiras experiências de inserção da questão racial nas ações governamentais de saúde datam do início dos anos 1980, quando setores do Movimento Negro, em São Paulo e outros estados, buscaram institucionalizar sua intervenção por intermédio de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde então, o tema também começa a ser tratado em estudos de pesquisadores individuais ou vinculados a centros de pesquisa, todos unânimes em reconhecer um perfil de saúde e bem-estar desfavorável para a população negra, como pode ser observado em diversos indicadores de morbidade e de mortalidade.

Só em 1995, em resposta às demandas da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida,[5] o governo federal instituiu, por decreto presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI, cujo sub-grupo Saúde procurou implementar as recomendações do Movimento Negro. Todavia, poucas foram realizadas, ficando a maior parte sem equacionamento.[6]

Os estudos que, além da renda e do local de residência, consideram as variáveis sexo e raça como essenciais na demarcação do perfil epidemiológico da população permitem identificar a prevalência e a singularidade da evolução de algumas doenças em pessoas de determinados grupos raciais/étnicos, tais como brancos, indígenas, amarelos, negros e judeus. No Brasil, as doenças, agravos e condições mais freqüentes na população negra podem ser assim classificados: [7]

- *Geneticamente determinadas* - anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou *dependentes de elevada freqüência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas* - hipertensão arterial e diabetes melittus.

Neste grupo, destaca-se a anemia falciforme, doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. É causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em freqüências que variam de 2% a 6%, na população brasileira, e de 6% a 10% na população negra. Em junho de 2001, uma portaria do Ministério da Saúde definiu a realização, em todo o país, de triagem neonatal de doenças falciformes, entre outras de caráter congênito.[8] Entretanto, a atenção às síndromes falciformes ainda é desconhecida de grande parte da população[9] e dos profissionais de saúde e exige uma abordagem ética e terapêutica que não se restringe à detecção precoce. Por sua alta prevalência e complexidade, estas deveriam ser consideradas um problema de saúde pública, e tratadas pelo SUS enquanto tal, mobilizando os necessários recursos clínicos e de apoio às pessoas portadoras e seus familiares.

- *Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis* – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças

do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania.

Embora acometam todos os grupos populacionais, tais ocorrências são agravadas quando incidem sobre mulheres e homens negros em razão das desvantagens psicológicas, sociais e econômicas geradas pelo racismo a que estão expostos. Assim, as taxas de mortalidade precoce permanecem significativamente mais altas entre os negros, em todas as faixas etárias, e a esperança de vida é, hoje, sete anos menor do que a verificada entre os brancos. A observada tendência de queda das taxas de mortalidade infantil de menores de um ano é bem menos acentuada entre as crianças negras, o que contribui para que o diferencial de mortalidade entre estas e as crianças brancas venha aumentando ao longo dos anos.[10] As mulheres negras, contrariando o padrão geral das diferenças por sexo, apresentam um índice de mortalidade proporcional semelhante ao do homem branco. Já para os homens negros, vale destacar os efeitos da violência urbana como agravantes do perfil de mortalidade precoce, pois entre eles as mortes por causas externas podem representar a perda de 40 anos potenciais de vida, por óbito.[11]

Além desses aspectos, é importante considerar os avanços nas pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas que indicam uma firme associação entre experiências de racismo e o maior risco de manifestação ou agravamento de problemas mentais, a exemplo do que tem sido constatado em número significativo de casos de depressão e de angústia psicológica.[12]

- *De evolução agravada ou de tratamento dificultado* – hipertensão arterial, diabetes melittus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma.

A maior incidência e a maior gravidade da hipertensão, assim como o curso mais grave do diabetes, entre os negros também não são reconhecidos nas ações e programas governamentais. No que se refere ao diabetes, há evidências de que as seqüelas, como as nefropatias, as retinopatias e as amputações de membros inferiores, são mais freqüentes na população negra, em conseqüência da falta de orientação adequada sobre esses riscos e as medidas para sua prevenção.[13]

- *Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas* - crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

As precárias condições socioeconômicas da população negra interferem significativamente nas diferentes etapas do ciclo vital e podem contribuir para a evolução de doenças, em conseqüência da desatenção às suas especificidades como grupo historicamente discriminado.[14] Daí, por exemplo, a maior probabilidade de interferências no crescimento e desenvolvimento de uma criança negra, tais como menarca e características sexuais secundárias tardias; de maiores taxas de mortalidade materna entre mulhe-

res negras, associadas à falta de acesso ao pré-natal e ao parto com assistência adequada, bem como a possíveis complicações derivadas da hipertensão ou da doença falciforme não diagnosticada pelos serviços de saúde.

Os documentos administrativos, prontuários médicos e formulários de notificação de doenças, fontes primárias de dados do SUS, geralmente não informam a raça/cor dos usuários dos serviços de saúde. Por um lado, tais lacunas na informação comprometem o cálculo de estatísticas vitais representativas da população brasileira em toda a sua diversidade. Por outro, afetam a produção de análises de base quantitativa que dêem suporte à proposição de políticas públicas, ações preventivas e curativas, que levem em conta as especificidades da saúde de mulheres e homens negros.

É importante notar que embora, desde 1996, as Declarações de Óbito e de Nascido Vivo incluam o quesito cor, ainda persiste um sub-registro superior a 50% nesse campo. A recente inclusão desse quesito na ficha de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assim como a sua exigência nos protocolos de pesquisa em seres humanos,[15] reforça, ainda mais, a necessidade de capacitar profissionais no tratamento da variável cor, ressaltando o significado e a relevância do seu correto registro.

O quadro atual exige uma ação abrangente e planejada que permita reduzir, ou até mesmo anular, os efeitos acumulados da omissão em relação à realidade socioeconômica de cerca de metade da população do país, o maior agrupamento nacional de negros fora da África e o segundo maior do mundo.

Portanto, a formulação de uma Política Nacional de Saúde da População Negra buscaria romper um dos elos que garantem a persistência dessa situação, reconhecendo, por um lado, a forma dinâmica da contribuição da sabedoria da medicina popular e das manifestações culturais e artísticas afro-brasileiras para a promoção do bem-estar físico, psíquico e social da população. Por intermédio de categorias culturais que permitem outras formas de perceber, expressar, avaliar e tratar doenças, os terapeutas populares – como mães-de-santo, rezadeiras, raizeiras e parteiras - atendem a uma demanda expressiva de doentes que não têm acesso aos serviços públicos de saúde e, para muitos, oferecem a primeira e, talvez, a única terapêutica disponível.

Por outro lado, sua implementação reafirmaria a universalidade, a integralidade e a eqüidade como princípios basilares do SUS, requerendo, nos três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades da população negra e a sua diversidade interna quanto a idade, sexo e situação socioeconômica. Assim, a ação programada, expressa nos termos de uma política nacional, deveria ser baseada em quatro componentes interdependentes, interligados e complementares:

- *Produção do conhecimento científico* – organização do saber disponível e produção de

conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar conseqüência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.

- *Capacitação dos profissionais de saúde* – promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, por meio de formação e treinamento adequados para operar nos cenários da diversidade da sociedade brasileira e das peculiaridades do processo saúde/doença da população negra.

- *Informação da população* – disseminação de informações e conhecimentos sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças.

- *Atenção à saúde* – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde.

2. PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

2.1 Promover a melhoria da informação estatística, por meio de procedimentos de coleta, crítica e tabulação que eliminem o sub-registro do quesito cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da eqüidade em saúde.

2.2 Monitorar as condições de saúde da população negra para subsidiar o planejamento da ação governamental, por meio de:
- produção sistemática de estatísticas vitais; e
- análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças transmitidas geneticamente e por doenças agravadas pelas condições de vida.

2.3 Sistematizar a informação bibliográfica sobre estudos e pesquisas nacionais e internacionais de interesse para a saúde da população negra, com ampla divulgação por meio de publicações técnicas impressas e eletrônicas.

2.4 Promover, apoiar e fomentar, mediante incentivos próprios, a realização de estudos e pesquisas, qualitativos e/ou quantitativos, sobre temas como:
- contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde;
- medicina popular de matriz africana;
- percepção popular do processo saúde/doença, escolha da terapêutica e eficácia do tratamento;
- incidência, prevalência e outros indicadores epidemiológicos das doenças mais freqüentes na população negra; e
- impactos do racismo sobre o processo saúde-doença.

2.5 Proporcionar apoio técnico-científico e/ou financeiro para que:
- as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos de saúde da população negra;

- os Núcleos Colaboradores da OPAS para Educação e Prática Médica e de Enfermagem, desde que com pesquisa relevante sobre saúde da população negra, sejam credenciados como Centros Internacionais de Pesquisa; e
- as agências de fomento à pesquisa e à pós-graduação, tais como CNPq, CAPES, FINEP e fundações estaduais de pesquisa, criem linhas de pesquisa sobre saúde da população negra.

3. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1 Promover treinamentos de profissionais visando à melhoria da qualidade das fontes de informação que incluem o quesito cor e outras variáveis importantes no monitoramento da eqüidade em saúde: Declaração de Óbito, Declaração de Nascido Vivo, prontuários médicos e fichas de notificação de doenças, entre outras.

3.2 Promover a realização de seminários e eventos similares para discutir e divulgar os temas da saúde da população negra em serviços de saúde, escolas, universidades e organizações não governamentais.

3.3 Elaborar material instrucional, com base no conhecimento disponível sobre saúde da população negra, para utilização em treinamentos e em cursos de ensino médio e superior da área de saúde.

3.4 Introduzir matérias sobre etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na população negra, assim como aspectos da medicina de matriz africana, nos cursos de treinamento de profissionais do SUS, em especial as equipes dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher, Interiorização do Trabalho em Saúde e Triagem Neonatal.

3.5 Propor ao Ministério da Educação a introdução da saúde da população negra como tema transversal nos currículos dos cursos de ensino médio e superior da área de saúde.

4. INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO

4.1 Produzir e distribuir amplamente publicações e informações técnicas sobre etiologia das doenças, sinais e sintomas, métodos de diagnóstico e tratamento, bem como mecanismos de sua identificação, categorização e tratamento na medicina popular de matriz africana.

4.2 Promover e apoiar, em parceria com movimentos sociais, a realização de reuniões, palestras e atividades similares, abordando riscos, mecanismos de prevenção de doenças, agravos e estados mórbidos de interesse para a saúde da população negra, bem como meios de acesso aos serviços de saúde.

4.3 Criar mecanismos que permitam a atuação de organizações comunitárias e não governamentais como multiplicadoras da informação sobre riscos, prevenção de doenças e acesso aos serviços de saúde.
4.4 Desenvolver, pelos meios de comunicação de massa, campanhas educativas pela melhoria da realidade sanitária da população negra.

5. ATENÇÃO À SAÚDE

5.1 Instituir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra, a exemplo das já existentes para outros temas e grupos populacionais.
5.2 Criar, no Ministério e nas Secretarias de Saúde, órgãos/equipes técnicas com a participação da sociedade civil, objetivando mobilizar os profissionais e os serviços para a questão da saúde da população negra; formular políticas e definir protocolos básicos de ação.
5.3 Introduzir o quesito cor em todos os documentos do SUS, como cartão, prontuários médicos, fichas de investigação epidemiológica, fichas de notificação de doenças, inquéritos epidemiológicos e levantamentos nacionais de prevalência de doenças.
5.4 Focalizar a saúde da população negra nas ações programáticas em todas as áreas de abrangência do SUS, com ênfase nos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher, Interiorização do Trabalho em Saúde e Triagem Neonatal.
5.5 Priorizar, em todos os níveis do SUS, ações de combate à mortalidade precoce e evitável na população negra, especialmente no que se refere à mortalidade infantil e à mortalidade materna.
5.6 Aumentar a eficácia da atenção à saúde, incorporando à prestação dos serviços o conhecimento sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra, de modo a permitir:
- que os espaços tradicionais de matriz africana sejam valorizados como pólos de difusão dos saberes e práticas de promoção da saúde da população negra; e
- a elaboração de programas de informação, educação e comunicação, sob a ótica sanitária, que levem em conta práticas populares de cuidados com a saúde.
5.7 Implementar, em todo o território nacional, o Programa de Anemia Falciforme, após revisão e atualização da proposta elaborada, em 1996, por especialistas designados pelo Ministério da Saúde, garantindo:
- a integralidade das ações do programa, da triagem neonatal ao atendimento hospitalar das crises e intercorrências;

- o aconselhamento genético e o respeito à bioética;
- o fornecimento de medicamentos e vacinas; e
- a orientação dos familiares e o apoio às associações de pessoas portadoras.

5.8 Realizar levantamentos da distribuição dos recursos humanos e materiais, de modo a garantir a sua alocação eqüitativa em áreas de concentração de população afrodescendente.

5.9 Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços, em casos de emergência e de rotina decorrentes de suas condições específicas de saúde, com a divulgação de informações sobre a localização e as potencialidades das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde.

[1] Conferência realizada em Santiago do Chile, em dezembro de 2000.

[2] O Plano de Ação, a ser implementado por governos e organizações da sociedade civil da região, foi elaborado na Reunião de Especialistas em Eqüidade em Saúde e Etnicidade, realizada em Washington, DC, no período de 18 a 20 de junho de 2001. Da reunião participaram representantes do setor público de saúde, bancos internacionais de desenvolvimento, parlamentares, instituições acadêmicas e organizações não governamentais dos seguintes países: Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, Nicarágua, Trinidad e Tobago e Uruguai. De 18 a 20 de outubro de 2001, a OPAS também realizou, em São Paulo, a Conferência Interparlamentar de Saúde, tendo a saúde da população negra como tema central.

[3] Os subsídios estão referenciados nos seguintes documentos: *Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher*, 1986; *Introdução do Quesito Cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde*, São Paulo, 1992; *Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Cidadania – Documento*, Brasília, 1995; *Relatório Final da Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra*, Ministério da Saúde, 1996; *Programa de Anemia Falciforme*, Ministério da Saúde, 1996; *II Reunião Nacional de Mulheres Negras*, Belo Horizonte, 1997; *Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra*, Brasília, 2000; *Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afrodescendente*, Ministério da Saúde/Universidade de Brasília, 2000; *Documento Alternativo do Movimento Negro*, Fórum Nacional de Entidades Negras, 2001; *Nós, Mulheres Negras - Diagnóstico e Propostas*, Articulação de Organizações de Mulheres Negras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, 2001.

[4] Apud Henriques, Ricardo. *Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90.* Texto para Discussão nº 807, IPEA, julho/2001.

[5] Marcha realizada em Brasília, DF, em 20 de novembro de 1995, por ocasião dos 300 anos da imortalidade de Zumbi dos Palmares.

[6] Ver documento *Saúde da População Negra: construindo políticas universais e equânimes.* Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. (mimeo)

[7] Baseado em Zago, Marco Antonio. *Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil. O papel da anemia falciforme e de outras doenças genéticas.* Texto apresentado na Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra. Brasília, abril 1996.

[8] A Portaria GM/MS, nº 822, de 6 de junho de 2001, cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN.

[9] Note-se que o trabalho de informar a sociedade sobre a anemia falciforme vem sendo desenvolvido quase exclusivamente pelas associações de portadores, que atualmente funcionam em oito estados: Alagoas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

[10] Cunha, Estela M. P. *Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade*. Jornal da Rede. nº 23, março 2001.

[11] Barbosa, Maria Inês da Silva. *É Mulher, mas é Negra: perfil da mortalidade do 'quarto de despejo'*. Jornal da Rede, nº 23, março 2001.

[12] Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. OPAS/OMS, 2001. pp. 40-41.

[13] *Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afrodescendente*, Ministério da Saúde/Universidade de Brasília, 2000, p. 65-67.

[14] Alves, Amaro Luiz e Barbosa, Romero Bezerra. *A Saúde da População Negra – realizações e perspectivas.* Mimeo. 1998.

[15] Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/96 sobre ética em pesquisa com seres humanos.

Organização
Pan-Americana
da Saúde

UN
DP

DFID

UNFPA

unicef

UNESCO

UN
DCP

UNAIDS

UNIFEM