

# SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

HIV/Aids - PESQUISAS  
E PRÁTICAS



Hospital das Clínicas  
UNICAMP



F.C.M.



UNICAMP

ARTE  
*Escrita*  
EDITORA

**SAÚDE DA POPULAÇÃO  
NEGRA**

**HIV/Aids – PESQUISAS E PRÁTICAS**



Reitor

**Fernando Ferreira Costa**

Coordenador Geral da Universidade

**Edgar Salvadori De Decca**

Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário

**Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva**

Pró-Reitor de Graduação

**Marcelo Knobel**

Pró-Reitor de Pós-Graduação

**Euclides de Mesquita Neto**

Pró-Reitor de Pesquisa

**Ronaldo Aloise Pilli**

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

**Mohamed Ezz El Din Mostafa Habib**

Chefe de Gabinete

**José Ranali**

Chefe de Gabinete Adjunto

**Ricardo de Oliveira Anido**

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas - FCM/Unicamp

**Mario José Abdalla Saad**

Superintendente do Hospital de Clínicas - Unicamp

**Manoel Barros Bértolo**

**Aparecida do Carmo Miranda Campos**  
**Celso Ribeiro de Almeida**  
**Francisco Hideo Aoki**  
Organizadores

# **SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**

**HIV/Aids – PESQUISAS E PRÁTICAS**



1ª Edição  
2011

Copyright by © Laboratório HIV / Aids / UNICAMP, 2011. Nenhuma parte  
dessa publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico,  
fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem  
autorização prévia do editor.

S272 Saúde da população negra HIV/AIDS: pesquisas e práticas / Aparecida do Carmo  
Miranda Campos, Celso Ribeiro de Almeida, Francisco Hideo Aoki (organizadores).  
– Campinas, SP: Arte escrita, 2011.  
134p.

ISBN 978-85-6483-03-5

1. Saúde da população negra. 2. AIDS – Doença.  
3. HIV - Doenças. I. Campos, Aparecida do Carmo Miranda. II. Almeida, Celso Ribeiro  
de. III. Aoki, Francisco Hideo. IV. Título.

CDD – 616.9792

Catálogo na publicação: Bibliotecária Sonia Gomes Pereira – CRB-8/7025



Rua Conceição, n.º 233, Centro Empresarial  
Conceição - conjunto 1805, Centro  
Campinas / SP – CEP 13.010-050

telefone 19 3235-3441

faleconosco@editorartescrita.com.br

**www.editorartescrita.com.br**

Israel Geraldi	Diretor
Alcyr M. B. de Araujo Netto	Gerente Administrativo
Oscar Silbiger	Gerente Editorial
César Bittar	Gerente Comercial
Simara B. Manfrinatti Bittar	Preparação e Revisão
Estúdio Raju	Editoração e Projeto Gráfico

## APRESENTAÇÃO

Estimulados pelo desenvolvimento do I Simpósio Nacional de Saúde da População Negra e HIV/Aids, realizado em maio de 2010, promovido por iniciativa do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp e da Disciplina de Infectologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, surgiu esta excelente oportunidade de divulgar resultados de pesquisas feitas, após disputado concurso público de submissão de projetos em busca de recursos de pesquisa, sob Edital do PNDSTAids do Ministério da Saúde e Unesco, tendo como carro-chefe a saúde da população negra e HIV/Aids.

Foram 18 projetos de pesquisa escolhidos que se desenvolveram de 2006 a 2008, realizados em vários estados do Brasil, e alguns resultados destes projetos poderão ser vistos nesta publicação, embora não todos, pelo fato da divulgação de alguns dos projetos já ter sido feita anteriormente.

Tratam-se de projetos originais que tentam esmiuçar, em profundidade, muitos aspectos da saúde da população negra, fazendo intersecção com a pandemia de HIV/Aids, com vistas às identificações de parâmetros, que permitam o desenvolvimento de políticas públicas, para esta imensa população negra brasileira, muitas vezes relegada a planos muito inferiores, em todos os sentidos.

Todos os representantes dos projetos desenvolvidos estiveram na Unicamp, por dois dias inteiros, com atividades paralelas dos ativistas do movimento negro do Brasil, onde se debateram acaloradamente os projetos científicos, além de debates que ocorreram para além dos estudos feitos, com participação intensa de ativistas do movimento negro, e não só, também de profissionais da área de saúde, além das próprias pessoas, profissionais, com pessoas físicas, dando depoimentos de várias situações complexas relacionadas ao atendimento de saúde.

Muito se identificou de preconceito racial, racismo institucional, de gênero, de não acolhimento, de racismo explícito, atraso de diagnósticos de HIV/Aids, atraso no acompanhamento da condição de infectado pelo HIV, com pacientes, muitas vezes, chegando quase à morte, com Aids avançada, por não ter chegado precocemente aos serviços de saúde.

Ah! E a diferença gritante entre a etnia branca e negra muitas vezes “saltou aos olhos” dos cientistas, ainda que os questionários não tivessem

conseguido captar toda a iniquidade, injustiça e desigualdade com que pardos e pretos são tratados, quando comparados a outras etnias.

Boa leitura, bom proveito acerca dos assuntos, esperando que esta publicação possa contribuir com algumas ideias para o desenvolvimento de Políticas Públicas mais adequadas para a população como um todo, bem como, especialmente, para as populações de todas as etnias, sem distinção nenhuma.

Abraços fraternais a todos.

**Aparecida do Carmo Miranda Campos**

**Celso Ribeiro de Almeida**

**Francisco Hideo Aoki**

## PREFÁCIO

Sabemo-nos que o Brasil se encontra, hoje, na marcha dos países emergentes, buscando o seu merecido desenvolvimento, como pré-requisito fundamental para oferecer qualidade de vida mais aceitável para a sua população. No entanto, a nosso ver, o pretendido desenvolvimento nunca deve ser tratado fora da moldura da Sustentabilidade, com as suas diferentes dimensões, incluindo a justiça social e o direito das minorias. É dentro deste contexto que enxergamos o conteúdo do presente livro.

Pesquisadores, médicos, acadêmicos da área de saúde e militantes nos movimentos populares discutiram a situação da saúde dos afrodescendentes durante o I SIMPÓSIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E HIV/Aids, realizado em Campinas-SP, em maio de 2010. Pelo grande envolvimento da UNICAMP, através dos seus profissionais, e pela enorme importância do tema, surge a ideia de publicar os frutos do seminário no presente livro.

Estamo-nos referindo à saúde da proporção majoritária da composição étnica da população de nosso País, os afrodescendentes. Aqueles que continuam colhendo frutos das árvores de preconceito e discriminação, e hoje são vítimas, também, de sérias moléstias, como HIV/AIDS. No sentido de alertar os órgãos públicos e, inclusive, propiciar melhores condições na elaboração de políticas públicas para a saúde dos brasileiros, os organizadores do livro, em diferentes capítulos, tratam de temas de suma importância. Acessibilidade, etnia e vulnerabilidade de comunidades afrodescendentes, em geral, e usuárias com HIV/AIDS, em particular, inclusive daquelas atendidas no HC da UNICAMP, são temas tratados no livro. Comparações entre negros e brancos, incluindo adolescentes, já mostram diferenças significativas no campo social, escolaridade, renda e acesso ao serviço de saúde, resultando sempre em diagnóstico tardio.

O livro será de grande valia, não apenas sob a ótica de diagnóstico, prevenção e terapias, mas também para construir bases sólidas para políticas públicas coerentes com os princípios da equidade e igualdade nos direitos entre as diferentes composições étnicas da sociedade brasileira.

Tanto organizadores quanto coautores deste livro merecem da



nossa parte o reconhecimento e o agradecimento por esta iniciativa, enriquecendo o acervo acadêmico e bibliográfico de um país que conta, na sua composição, com a maior concentração populacional negra que se encontra fora do continente africano.

**Mohamed Habib**

**Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários da UNICAMP**

## SUMÁRIO

<b>Acessibilidade e etnia de população usuária com HIV/Aids atendida no Hospital de Clínicas da Unicamp .....</b>	<b>11</b>
Maria Virginia Riguetti Fernandes Camilo	
Aparecida do Carmo Miranda Campos	
Márcia Cristina Gimenez Corrêa	
Camila Ávila de Lima	
Eliane Ribeiro	
Francisco Hideo Aoki	
<b>Perfil, vulnerabilidade e acessibilidade da população negra quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/Aids .....</b>	<b>27</b>
Aparecida do Carmo Miranda Campos	
Camila Ávila de Lima	
Eliane Ribeiro	
Márcia Cristina Gimenez Correa	
Maria Virgínia Righetti Fernandes Camilo	
Francisco Hideo Aoki	
<b>Vulnerabilidade às DST/Aids de adolescentes femininas afrodescendentes moradoras de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro .....</b>	<b>43</b>
Stella R. Taquette	
<b>Estudo sobre o potencial de adesão de entidades do movimento negro ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids na Região Sul do Brasil .....</b>	<b>55</b>
Laura Cecília López	
Simone Cruz	
<b>As experiências de desenvolvimento de atenção ao HIV/Aids em Moçambique .....</b>	<b>65</b>
Josué Lima	
<b>Síntese da Portaria 922 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra .....</b>	<b>75</b>
Cleusa Aparecida da Silva	

**Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, no Maranhão e em São Paulo .....89**  
István van Deursen Varga

**Mulheres Negras e HIV: Determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro .....101**  
Verônica Santos Albuquerque  
Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço  
Cláudio Sergio Batista

**Como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no Sistema Único de Saúde? .....123**  
Jussara Dia  
Márcia R. Giovanetti  
Naila J. Seabra Santos

**I Simpósio Nacional de Saúde da População Negra e HIV-Aids São Paulo – Carta de Campinas .....133**

# ACESSIBILIDADE E ETNIA DE POPULAÇÃO USUÁRIA COM HIV/AIDS ATENDIDA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP<sup>1</sup>

**Maria Virginia Rigueti Fernandes Camilo**

**Aparecida do Carmo Miranda Campos**

**Márcia Cristina Gimenez Corrêa**

Serviço Social, Hospital de Clínicas/ Universidade Estadual de Campinas.

**Camila Ávila de Lima**

**Eliane Ribeiro**

Pesquisadoras contratadas.

**Francisco Hideo Aoki**

Docente da Disciplina de Moléstias Infecciosas, Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

## RESUMO

Dentre os vários objetivos estabelecidos no presente estudo, este em questão se refere à análise de acessibilidade da população negra em comparação com a população branca quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids e DST. Abrangem soropositivos masculinos e femininos, de etnia negra e branca, maiores de 18 anos, acompanhados no serviço de HIV/Aids na Unicamp. Utiliza entrevista semiestruturada. Resultados indicam desigualdade social entre negros e brancos: menor acesso à escolaridade, à renda e acessibilidade aos serviços de saúde, dificultada pelo diagnóstico tardio realizado em grande parte via internação.

**Palavras-chave:** HIV/Aids, Etnia, Acessibilidade, Saúde, Desigualdade Social.

---

<sup>1</sup> Financiamento: Programa Nacional de DST/Aids – Ministério da Saúde e Unesco.



## INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde no mundo sofre influências dos diversos contextos: históricos, sociais e econômicos, com áreas privilegiadas de alguns países, permitindo, em alguns deles, um melhor acesso à saúde por seus habitantes e mesmo para setores marginalizados que permanecem apenas à mercê de cuidados básicos.

Lopes (2005) afirma que o processo saúde-doença é influenciado diretamente pelos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, delineando impactos sobre o tipo de população e os agravos à saúde enfrentados. No caso da população negra, “o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade” (LOPES, 2005, p. 9). As necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção e prevenção colocam homens e mulheres negras em constante necessidade de proteger-se dos efeitos adversos, provocando, por vezes, maior sofrimento e maior vulnerabilidade individual. No caso específico do HIV/Aids, em todos os espaços mundiais em que as desigualdades raciais são naturalizadas, a epidemia atinge de maneira “mais severa os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados” (LOPES, 2005, p. 31).

A Aids é uma epidemia que afeta a população mundial e que apresenta cerca de 33,3 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (Unisida/Unaid, 2011). A maior concentração de casos encontra-se justamente nas zonas menos favorecidas como a África Subsaariana, com 22,5 milhões de pessoas afetadas pelo HIV, população que compõe dois terços de todos os casos mundiais. A população soropositiva da África Subsaariana engloba praticamente três quartos de todas as mulheres soropositivas do mundo, diferente da população HIV positiva de 610 mil na Europa Ocidental, com uma taxa de mortalidade de 1,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2009 (Boletim epidemiológico Aids e DST ano 7 – nº1 – 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2010 , Ministério da Saúde).

Os dados revelam que a epidemia de Aids no Brasil está num processo de estabilização. O Boletim Epidemiológico Aids/DST (MS-2010) mostra que, de 1980 a junho de 2010, foram registrados 592.914 casos de Aids no país. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas. Durante esses 30 anos, a região

Sudeste apresenta o percentual de notificações com 344.150 infectados, ou seja, 20,4% dos casos no país. O Sul concentra 115.598 (32,5%), o Nordeste 74.364 (13,9%), o Centro-Oeste 34.057 (18,0%) e o Norte 24.745 (20,1%).

A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre os homens, já que, no período de 2000 a 2006, o coeficiente de mortalidade era estável, apresentando aumento entre as mulheres (de 3,7 óbitos por Aids por 100 mil habitantes em 2000, para 4 em 2006), e diminui entre os homens (de 9 em 2000, para 8,1 em 2006).

As informações sobre raça/cor passaram a ser registradas a partir de 2001. É interessante observar que, entre 2001 e 2004, mais de 60% dos casos de Aids masculinos foram considerados brancos, sofrendo pouca variação no período analisado; já entre as mulheres, observa-se redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada pelo aumento na proporção de casos na negra, de 25% (RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA, junho de 2008).

A acessibilidade da população negra é uma questão social de relevância mundial que tem sido publicizada nos debates, conferências e organismos de representação mundial como a ONU, OMS, UNAIDS. Nesse sentido, em decorrência de ações de Movimentos Negros para a redução das desigualdades raciais, percebeu-se a necessidade de discutir a saúde da população negra na sua especificidade, reforçada em 2001 na III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, que aconteceu em Durban, na África do Sul. As deliberações passaram a fazer parte do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, onde os governos dos países da América do Sul propuseram que a OPAS promovesse ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variáveis significantes para a saúde e que desenvolvesse projetos específicos para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com ascendência africana.

Estudos apontam que a contaminação da população negra pelo HIV está cada vez maior. Segundo o Ministério da Saúde, em 2004 foi realizada uma pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática relacionada ao HIV e outras DST com a população entre 15 e 54 anos, onde 8% da população negra não sabiam citar formas de transmissão do HIV, sendo que esta proporção entre os brancos foi 40% menor. O mesmo ocorre em relação às formas de prevenção do HIV, onde o conhecimento da



população negra é proporcionalmente 30% menor do que o comparável entre os brancos. O indicador de conhecimento correto revela que o resultado obtido pela população negra foi de 63,5%, e dos brancos, 73% tinham conhecimento correto.

Salientamos que por vezes são observados diferenças de acesso que revelam situações discriminatórias no serviço público de saúde, revelando presença de racismo – o que vem levando alguns países a elaborar estratégias e ações específicas. O racismo brasileiro, muitas vezes denominado racismo cordial, permite que os brasileiros (governo e sociedade) justifiquem a naturalidade das desigualdades raciais que determinam que no Brasil o racismo seja socialmente apresentado como um “problema do negro”, como se fosse um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais.

O Ministro da Saúde, em entrevista à imprensa realizada em 2006, admite a existência de racismo no atendimento a negros no SUS, refletindo em diagnósticos incompletos, exames não realizados, recusa de se tocar o paciente e até desprezo em emergências. Esse racismo cria condições muito perversas que devem ser combatidas. A reportagem cita dados que confirmam a discriminação no atendimento, em que 12,29 mulheres negras em cada 1000 na região sudeste morrem vítimas da Aids, enquanto 5,45 mulheres brancas em cada 1000 morrem por Aids na mesma região (O ESTADO DE SÃO PAULO, 27/10/2006). As evidências nos estudos publicados, como a pesquisa sobre as Desigualdades Sociais e Raciais do IPEA (2008), reafirmam a necessidade prevista de acordo com a Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009, de instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Negra na “implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão”.

Este estudo vem reafirmar o compromisso com a questão racial, apontando as desigualdades de acesso ao diagnóstico, tratamento e serviços de HIV/Aids entre as populações negra e branca.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado com pacientes portadores de HIV/Aids, atendidos pelos ambulatórios de Infectologia do Complexo Hospitalar do HC-Unicamp, através de uma abordagem multidisciplinar. Também

foram incorporados a esta coorte novos participantes, indicados pelos próprios pacientes, seguindo a metodologia RDS e que foram investigados quanto à possibilidade de infecção pelo HIV, bem como outras infecções como: Vírus da Hepatite B, Vírus da Hepatite C e Sífilis. Os pesquisados participaram da coorte de estudo e foram submetidos individualmente a uma entrevista, na qual se esclareceu sobre o objetivo do estudo, para o qual foram convidados a participar, com a concordância mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>2</sup>.

Dessa forma, ao final deste estudo foram pesquisados clínica e epidemiologicamente 1000 pacientes soropositivos em tratamento na Unicamp; destes, 250 homens brancos, 250 homens pretos/pardos, 250 mulheres brancas e 250 mulheres negras (pretas/pardas), através de entrevistas semiestruturadas e análise de prontuário <sup>3</sup>.

Com o objetivo de comparar a população de portadores de HIV/Aids foi realizado estudo com externos, pessoas indicadas pelos sujeitos da pesquisa. Este universo também abrangeu 1000 entrevistados que foram analisados epidemiologicamente através também de entrevista semiestruturada, coleta e análise laboratorial das sorologias (HIV, Sífilis e Hepatites B e C).

## RESULTADOS

Este artigo traz à tona a questão das desigualdades sociais vivenciadas pela população negra portadora de HIV/Aids, procurando analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e brancos que frequentam o Serviço de Saúde do HC/Unicamp, referência regional no SUS para tratamento nesta área. Do conjunto de dados da pesquisa destacamos a escolaridade, ocupação, renda, naturalidade, estado civil, uso de preservativo e acesso aos serviços de saúde, comparando, quando relevantes, as populações do estudo.

Campinas, como centro de expansão da industrialização da década de 70, teve um crescimento migratório maior que o vegetativo. Nesse sentido, a naturalidade dos entrevistados confirma o movimento migratório de municípios do interior do estado de São Paulo e outros Estados (SEMEGHINI *apud* CAMILO, 1997). Dessa forma, os

---

<sup>2</sup> Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Campinas, 2006.

<sup>3</sup> Nesta pesquisa utiliza-se como referência a nomenclatura do IBGE, sendo que negro inclui as pessoas pardas e negras autorreferenciadas.





resultados sobre naturalidade dos internos comprovam que 65,4% dos entrevistados estão na condição acima referida e que 27,2% são naturais de Campinas e região metropolitana. Os dados mostram que a migração da população negra (41%) está associada ao movimento de mobilidade de outros Estados para a região de Campinas, enquanto nos brancos vemos um equilíbrio maior, tendo no interior de São Paulo (35%) sua naturalidade.

**Tabela 1: Total de Entrevistados segundo Naturalidade e Cor. Internos**

NATURALIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
CAMPINAS	81	16,2	78	15,6
DEMAIS CIDADES DA RMC	77	15,4	36	7,2
SÃO PAULO CAPITAL	32	6,4	40	8,0
INTERIOR DE SÃO PAULO	175	35,0	141	28,2
OUTRO ESTADO	133	26,6	205	41,0
OUTO PAÍS	2	0,4	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

**Tabela 2: Total de Entrevistados segundo Naturalidade e Cor. Externos**

NATURALIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
CAMPINAS	152	30,4	128	25,6
DEMAIS CIDADES DA RMC	54	10,8	24	4,8
SÃO PAULO CAPITAL	48	9,6	33	6,6
INTERIOR DE SÃO PAULO	133	26,6	130	26,0
OUTRO ESTADO	111	22,2	184	36,8
OUTO PAÍS	2	0,4	1	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Os entrevistados negros viveram processos de mobilidade em distância maior que da população branca estudada. Observa-se que

os negros migram mais que os brancos, pois 69,2% deslocaram-se do interior do estado de São Paulo e de outros Estados do país, sendo que na população branca este índice atinge 61,6%. O mesmo pode ser observado em relação aos externos, em que a naturalidade de Campinas está em 30,4% dos brancos e 25,6% dos negros; a mobilidade é acentuada em relação aos outros Estados, em que são 22,2% de brancos e 36,8% de negros.

Os dados sobre estado civil<sup>4</sup> indicam a maioria dos entrevistados na condição de solteiros (33,2%), seguidos dos casados (26,1%) e dos indivíduos que vivem união estável, conforme tabela 3.

**Tabela 3: Total de Entrevistados segundo Estado Civil e Cor. Internos**

NATURALIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
CASADO	127	25,4	134	26,8
SOLTEIRO	165	33,0	167	33,4
VIÚVO	57	11,4	39	7,8
SEPARAÇÃO JUDICIAL	61	12,2	47	9,4
UNIÃO ESTÁVEL	90	18,0	113	22,6
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Do total de entrevistados (brancos e negros), 46,4% possuem relacionamentos estáveis (casados e união estável), confirmando os dados da transição epidemiológica de contaminação ao HIV que atinge número crescente de pessoas que vivem em relacionamentos estáveis, chamando a atenção em relação à parceria fixa que não se configura como medida de prevenção para contaminação pelo vírus HIV.

Observamos também, como um fator positivo, a sexualidade presente na vida dos entrevistados, indicador de qualidade de vida, ou seja, apesar do HIV as pessoas continuam se relacionando, constituindo famílias, vivendo em sociedade.

Não foi encontrada diferença significativa no uso do preservativo entre os entrevistados externos e os internos antes do diagnóstico de HIV, sinalizando para uma prática sexual por vezes de risco, em que na

<sup>4</sup> Cumpre ressaltar que a Previdência Social reconhece a união estável como situação similar ao casamento, prevendo o pagamento de benefícios aos dependentes.



população externa, 51,7% referem não fazer uso do preservativo, não tendo diferença entre brancos e negros (brancos 50,6% e negros 52,8% não utilizam).

A escolaridade é um indicador social que permite analisar as possibilidades de mobilidade social ascendente, pois anos de estudo significam maiores oportunidades de ingresso no mercado de trabalho.

**Tabela 4: Total de Entrevistados segundo Escolaridade e Cor. Internos**

ESCOLARIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
ANALFABETO	5	1,0	17	3,4
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	180	36,0	276	55,2
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	70	14,0	57	11,4
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	38	7,6	25	5,0
ENSINO MÉDIO COMPLETO	117	23,4	96	19,2
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	21	4,2	10	2,0
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	56	11,2	17	3,4
PÓS-GRADUAÇÃO	13	2,6	2	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

**Tabela 5: Total de Entrevistados segundo Escolaridade e Cor. Externos**

ESCOLARIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
ANALFABETO	0	0	3	0,6
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	55	11,0	109	21,8
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	31	6,2	44	8,8
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	18	3,6	35	7,0
ENSINO MÉDIO COMPLETO	169	33,8	221	44,2
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	98	19,6	51	10,2
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	95	19,0	32	6,4
PÓS-GRADUAÇÃO	34	6,8	5	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Dos entrevistados, 45,6% se inserem no ensino fundamental incompleto, não atingindo a conclusão com oito anos de estudo, que possibilita a escolaridade mínima. Mas a desigualdade entre negros e brancos no acesso à escolaridade é ostensiva: os brancos têm 1% de analfabetos, enquanto os negros chegam a 3,4%; no ensino fundamental incompleto estão 36% dos brancos e 55,2% dos negros; no ensino superior (completo e incompleto) estão 15,4% dos brancos e 5,45% dos negros.

Comparando com a população externa, a tendência prevalece em que o ensino fundamental incompleto está presente em 11% dos brancos e 21,8% dos negros e na pirâmide da escolarização o acesso ao ensino superior aponta 38,6% dos brancos, enquanto que os negros 16,6%.

Seguindo tendência nacional, os entrevistados estão concentrados com rendimento mensal familiar de 1 e 2 salários mínimos, perfazendo 42,3%. Porém observamos famílias em extrema pobreza, com até ½ salário mínimo ou sem renda, perfazendo 8%.

**Tabela 6: Total de Entrevistados segundo Renda e Cor. Internos**

RENDA	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
SEM RENDA	18	3,6	22	4,4
ATÉ MEIO SALÁRIO MÍNIMO	10	2,0	30	6,0
1 SALÁRIO MÍNIMO	88	17,7	111	22,3
2 SALÁRIOS MÍNIMOS	102	20,5	120	24,1
3 SALÁRIOS MÍNIMOS	74	14,9	77	15,5
4 SALÁRIOS MÍNIMOS	50	10,0	58	11,7
5 SALÁRIOS MÍNIMOS	33	6,6	20	4,0
MAIS QUE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS	123	24,7	60	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Quando analisamos cor e renda temos a desigualdade expressa, em que 2% dos brancos encontram-se com renda de ½ salário mínimo, sendo que para os negros é de 6%. Na faixa de renda acima de 5 salários mínimos estão 24,75% dos brancos e apenas 12% dos negros.



**Tabela 7: Total de Entrevistados segundo Renda e Cor. Externos**

RENDA	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
SEM RENDA	3	0,60	2	0,40
ATÉ MEIO SALÁRIO MÍNIMO	3	0,6	3	0,60
1 SALÁRIO MÍNIMO	21	4,23	40	8,05
2 SALÁRIOS MÍNIMOS	55	11,07	104	20,93
3 SALÁRIOS MÍNIMOS	58	11,67	95	19,11
4 SALÁRIOS MÍNIMOS	61	12,27	78	15,70
5 SALÁRIOS MÍNIMOS	60	12,07	43	8,65
MAIS QUE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS	236	47,49	132	26,56
<b>TOTAL</b>	<b>497</b>	<b>100</b>	<b>497</b>	<b>100</b>

A população externa reafirma os dados de desigualdade entre negros e brancos. Observa-se que os brancos que recebem mais que 5 salários mínimos correspondem a 47,9%, enquanto os negros são apenas 26,56%. Segundo o IPEA (2007), as desigualdades raciais manifestas em todos os indicadores aqui analisados expressam a recorrente exclusão social à qual homens e mulheres, identificados como negros (pretos e pardos), são submetidos ao longo do percurso de suas vidas. São sistematicamente desfavorecidos quanto às condições de moradia, assistência médico-sanitária, escolaridade, emprego e renda. Para mencionar os mais importantes fatores de exclusão, este segmento populacional de ascendência africana também apresenta maiores níveis de mortalidade infantil, menores valores de esperança de vida ao nascer, maiores índices de mortalidade de jovens e maiores proporções de mortalidade de gestantes (IPEA, 2007).

A desigualdade de acesso da população branca e negra ao diagnóstico de HIV apresenta diferenças significativas, indicando possibilidade maior de ciência do HIV, em fases iniciais, em brancos do que em negros.

**Tabela 8: Entrevistados segundo forma de obtenção do Diagnóstico e Cor. Internos**

COMO OBTVEVE O DIAGNÓSTICO	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
BUSCA ATIVA	130	26,2	95	19,1
BANCO DE SANGUE	39	7,9	22	4,4
COAS	55	11,1	58	11,7
PS/EMERGÊNCIA	26	5,2	39	7,9
INTERNAÇÃO EM HOSPITAL	82	16,5	104	21,0
MÉDICO/CONVÊNIO PARTICULAR	48	9,7	19	3,8
OUTRO	39	7,9	41	8,3
PRÉ-NATAL	46	9,3	73	14,7
UBS	31	6,2	45	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>496</b>	<b>100</b>	<b>496</b>	<b>100</b>

Enquanto os brancos recebem o diagnóstico através de busca ativa (26,2%), os negros o recebem através de internação em hospital (21%), o que pressupõe que os negros descobrem o diagnóstico mais tardiamente, interferindo no sucesso do tratamento.

**Tabela 9: Entrevistados segundo forma de acesso ao tratamento na Unicamp e Cor. Internos**

ACESSO AO TRATAMENTO	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
COAS/AMDA	20	4,0	21	4,2
BUSCA ESPONTÂNEA	27	5,5	13	2,6
CAISM	40	8,1	53	10,7
PS/EMERGÊNCIA	52	10,5	73	14,7
HEMOCENTRO	23	4,6	22	4,4
INDICAÇÃO DE PACIENTE	66	13,3	48	9,7
MÉDICO/CONVÊNIO PARTICULAR	77	15,5	37	7,5
UBS	82	16,6	111	22,3
OUTRO	108	21,9	119	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>495</b>	<b>100</b>	<b>497</b>	<b>100</b>



Analisando os dados de acesso ao tratamento na Unicamp entre brancos e negros, constatou-se que estes acessam principalmente pelos fluxos da rede de saúde pública (92,5%), enquanto os brancos aparecem de maneira significativa nos acessos que não seguem o fluxo da rede SUS, como os encaminhamentos de particulares, por indicação de paciente, por busca espontânea sem encaminhamento institucional (34,3%), chegando ao tratamento específico anterior aos negros, facilitando no processo de saúde.

O fato do resultado da pesquisa mostrar que os usuários negros, ao percorrerem o fluxo da rede pública SUS, retardam o acesso ao serviço especializado ao tratamento, possibilitando assim complicações maiores em relação ao diagnóstico e acelerando o processo de mortalidade, remete ao aprofundamento da discussão da saúde pública no Brasil.

Observamos, dessa forma, que o fluxo de acesso da população negra e branca remete a avaliar a questão do racismo institucional, que muitas vezes é determinante na diferença de acesso entre as populações estudadas, dificultando este acesso à população de baixa renda, e principalmente negra, aos equipamentos sociais, levando a desigualdades na forma de inserção. Este fato perpassa muitas vezes pelo profissional de saúde, pelo inconsciente coletivo marcado pelo

“racismo e sexismo, manifestado através dos preconceitos, estereótipo e discriminação, é gerador de situações de violência física e simbólica, que produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo” (SILVA, 2004, p. 34).

## CONCLUSÃO

Este artigo demonstra que a pesquisa “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhada em serviço público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp” se inscreve na análise da sociedade brasileira, reafirmando na população estudada as profundas desigualdades sociais e de que forma estas afetam diferentemente quando se trata de pessoas negras e brancas no acesso ao diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. O SUS se reveste de uma política pública inscrita na seguridade social, cujos princípios colocam a universalidade, a equidade e a integralidade para a promoção, proteção e recuperação

da saúde, reconhecendo os determinantes sociais do processo saúde/doença. Especificamente no caso do HIV/Aids, o país possui uma das mais avançadas políticas de atenção, com ações de prevenção, garantia de acesso às testagens sorológicas para diagnóstico através do COAS, pré-natal e outros, bem como o tratamento com acesso a exames e distribuição gratuita de antirretrovirais.

Os resultados apontam contradição no acesso ao tratamento quando se trata de população negra e branca: os brancos, ao apresentarem nível maior de escolaridade e renda, buscam meios de acessar o diagnóstico/tratamento de forma mais ágil, via consultórios particulares, buscando quebrar barreiras burocráticas que o setor público impõe pela hierarquização dos serviços, pelos níveis de complexidade. A questão não é a de que a hierarquização seja equivocada; é que ela burocratiza as ações de atenção e se torna barreira que acaba por discriminar o negro que busca os serviços, seguindo as normas e regras morosas e burocráticas que só são rompidas pelo agravamento do estado de saúde. Não é ao acaso que os negros tomam conhecimento do diagnóstico mais pelos serviços de emergência e internações.

Medidas efetivas de promoção da saúde da população negra devem estar pautadas no acesso aos serviços e na necessidade de articulação de políticas públicas, discutindo o racismo brasileiro, a fim de possibilitar equidade a todos.

Os dados sinalizam para a necessidade de profundas modificações na organização dos serviços no sentido de desnaturalizar, desconstruir formas de racismo institucional que afetam a população negra, provocando problemas como a necessidade constante de proteger-se dos efeitos adversos de integração, fazendo com que permaneça em situação de sofrimento e em constante estado defensivo (LOPES, 2005).

Os resultados apresentados sobre a população usuária do HC/Unicamp sinalizam para as hipóteses levantadas de que a população negra é, do ponto de vista socioeconômico, mais vulnerável, apresentando desigualdade no acesso à escolaridade e ocupação, que repercutem na saúde e, no caso específico de diagnóstico e tratamento para HIV/Aids, há iniquidade entre brancos e negros. Dessa forma, analisando o contexto estrutural que a população negra está inserida, despertamos para a necessidade de uma política pública de saúde e de combate ao HIV/Aids que atente para estes aspectos, com capacitação de profissionais, reestruturação dos serviços e um olhar particularizado à questão étnica, buscando equidade e justiça social.





Finalmente, cumpre destacar o apoio institucional e político do Ministério da Saúde e da Unesco para a viabilização dessa pesquisa, que pode contribuir com mudanças na política de atenção ao HIV/Aids e que promova a saúde da população negra.

## **ABSTRACT**

*In this present study proposal, considered many aspects in the research, is to analysis of the afro American population accessibility, compared to the white population in terms of prevention, diagnosis and treatment of HIV/Aids and STD's. The research did include seropositive male and female, comparing patients of afro american and white ethnics, of 18 years age up, accompanied and the HIV/Aids Service of this institution. In the research semi-structured interviews was utilised on afro american and white population with HIV/Aids. The results showed social inequality between afro american and white population, including poor access to schoolhouse, low gross receipts and accessibility to health services, and in fact diagnosis are too late realized, and largely during the hospitalization.*

**KEYWORDS:** *HIV/Aids, ethnics, accessibility, health, inequality.*

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BATISTA, L. E. **Masculinidade, raça/cor e saúde.** Ciência Saúde Coletiva, jan./mar. 2005, v. 10, n. 1, p. 71-80.

\_\_\_\_\_. **Saúde da População Negra no Estado de São Paulo.** Boletim Epidemiológico Paulista: CVE, v. 4, suplemento 1, p. 84-88, São Paulo, 2007.

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** IBGE, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids-DST.** Brasília: MS. Ano VII, n. 1, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População negra e Aids.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, DF: março, 2006.

\_\_\_\_\_. IBGE: **Indicadores sociais**, 2007. Disponível em:<[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

CAMILO, M.V. R. F. **Universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde**. A trajetória histórica do Hospital de Clínicas da Unicamp: 1966/1996. Dissertação de Mestrado de Serviço Social. PUC-São Paulo, 1997.

FACAMP – Faculdades de Campinas. **Composição da População da RMC por cor/raça**. Ano 4, n. 1, p. 5. Campinas, 2006.

FERREIRA J. Ministro da Saúde admite que há racismo no atendimento. **O Estado de São Paulo**, 27-10-2006.

GARRIDO, P. B. *et al.* **Aids, estigma e desemprego**: implicações para os serviços de saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo: Editora USP. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900012)>.

GUIMARÃES. N. A. **Quando a indústria se transforma...** Atores locais e políticas subnacionais de equidade de gênero e raça. São Paulo em Perspectiva, v. 18, n. 4, p. 83-92. São Paulo, 2004.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais – Acompanhamento e análise**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Edição especial, p. 237-243. Brasília, 2007.

LIBANO; J. C. *et al.* **Atlas Racial Brasileiro**. PNUD, 2005.

LIMA, C. **A População Negra e Vulnerabilidade ao HIV**. Disciplina de Epidemiologia Social. Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp. Campinas, 2006.

LOPES. F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer**: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.) **Temas em Saúde Coletiva** 3, p. 53-101. São Paulo, 2005.



MEIRELLIS, R. **Preconceito Racial determina desigualdade**, 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/raca/report.Php.id01=695&lay=ra>.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. **Desigualdades Sociais em Saúde**: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza, v. 32, n. especial, p. 877-897. Fortaleza, 2002.

PNUD/OPAS. **Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes por razões étnicas da população brasileira afrodescendente, 2001.

POCHMANN, M. *e col.* **Atlas da Exclusão Social no Brasil**. Dinâmica e manifestação territorial. v. 2. São Paulo: Cortez Ed., 2003.

SAÚDE BRASIL 2005. **Uma análise da situação de saúde no Brasil**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Situação de Saúde, p. 13. Brasília/DF, 2005.

SIQUEIRA, B.; SCHRAMM, R.; ROLAND F. **A saúde entre a iniquidade e a justiça**: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 1 p. 129-142. Rio de Janeiro, 2005.

## **PERFIL, VULNERABILIDADE E ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA QUANTO À PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HIV/AIDS<sup>5</sup>**

### **Aparecida do Carmo Miranda Campos**

Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC Campinas (1983). Especialização em Família e Instituição – PUC Campinas (1992). Assistente Social do Programa de DST/HIV/Aids do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (desde 1989); Pesquisadora bolsista “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhado em Serviço Público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp” email - tidamiranda@yahoo.com.br.

### **Camila Ávila de Lima**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista – Unesp (2004). Pós-Graduação *latu sensu*: Programa de Aprimoramento Profissional em Serviço Social em atendimento ao portador de HIV no HC/ Unicamp – 2005 – bolsa Fundap – Pesquisadora bolsista “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhado em Serviço Público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp” email - camila\_avila1@yahoo.com.br.

### **Eliane Ribeiro**

Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC Campinas (2004), Pós-Graduação *latu sensu*: Programa de Aprimoramento Profissional em Serviço Social em atendimento ao portador de HIV no HC/ Unicamp – 2005 – bolsa Fundap – Pesquisadora bolsista “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhado em Serviço Público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp” email - eli.rib@uol.com.br.

### **Márcia Cristina Gimenez Correa**

Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC Campinas (1989). Assistente Social do Programa de

<sup>5</sup> Trabalho apresentado no I Congresso Baiano de Pesquisadores Negros – GT Ações Afirmativas.



DST/HIV/Aids do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (desde 1995); Pesquisadora bolsista “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhado em Serviço Público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp” email - marciagimenezcorrea@bol.com.br.

**Dra. Maria Virgínia Righetti Fernandes Camilo**

Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC Campinas (1973); Especialização em Saúde Pública – Faculdade Ciências Médicas Unicamp (1988); Mestrado em Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social PUC São Paulo (1997); Doutorado em Educação Unicamp (2005), Assistente de Coordenação do Projeto “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhado em Serviço Público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp” email - chinacamilo@yahoo.com.br.

Docente: **Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki**

Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

**Palavras-chave:** População Negra; Vulnerabilidade; HIV

## **CORPO DO TRABALHO**

Os negros africanos sofreram, ao longo de centenas de anos, um processo de diáspora do continente africano para praticamente todos os países do mundo.

Aqueles que emigraram dos países africanos e descendentes encontraram sempre situações complexas de vida e continuam a sofrer gravíssimas consequências de ordem social, de fraturas muitas do tecido social de países onde vivem, ou melhor, sobrevivem, com condições econômicas extremamente deficitárias, sofrendo toda sorte de dificuldades que se relacionam com os problemas de racismo, muitas vezes apenas por pertencerem às classes menos favorecidas, como no Brasil, em sua imensa maioria.

A questão racial tem sido decisiva na questão das desigualdades sociais, raciais e econômicas no Brasil.

Análises sobre as desigualdades raciais demonstram que no contexto socioeconômico e no da pobreza, a injustiça social é responsável pelo enorme contingente de pobres em nossa sociedade (PNUD, 2004).

Quando abordada a questão da saúde, o quadro social não é diferente, pois o racismo perpassa acentuadamente por esta temática.

Conforme o Boletim do Instituto de Saúde (2003), estudos sobre as desigualdades sociais em saúde relacionam as condições de vida, ambiente, condições econômicas e políticas, considerando as especificidades sociais e históricas de um grupo populacional/social (CASTELHANOS, 1997; BARATA *et al.*, 1997; VIANA, 2001; BARROS, 1997) evidenciam que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer.

Segundo o Atlas Racial Brasileiro de 2004, a população negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com dados indicando que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca.

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações em cada tempo e lugar. Historicamente, os significados sociais, as crenças e as atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidas em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativas de vida.

Há que se ter um destaque para o racismo, bem como para muitos outros problemas relacionados aos descendentes afro-americanos, quando se trata de estudo que tenta correlacionar inclusão destas populações a programas, inclusive específicos, como o de atenção e combate ao HIV/Aids.

Este estudo destaca o racismo como um dos fenômenos existentes, entre outros de ordem socioeconômico e cultural, no Brasil e em vários países. Contudo, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, a conquista da universalidade dos serviços em geral e na área de saúde tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade.

Conforme Silva e Barros (2002) iniquidade (falta de equidade) em saúde não pode ser considerada como um valor abstrato, mas sim como uma manifestação mensurável da injustiça social.

No Brasil, o que se observa é que em nenhum Estado brasileiro o Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH) da população negra é maior do que o da população branca, independente do seu estágio de desenvolvimento.

Dessa forma, este estudo é um compromisso para o despertar desta questão, no que diz respeito à inclusão dessa etnia no acesso aos diagnósticos, tratamentos e serviços de HIV/Aids e também indicador da vulnerabilidade dessa população à epidemia.



O conceito de vulnerabilidade tem sido muito empregado pela saúde, especialmente nos debates sobre a epidemia do HIV. Segundo o Ministério da Saúde (2005), o termo vulnerabilidade “relaciona-se mais explicitamente ao indivíduo e suas suscetibilidades em relação às adversidades da vida, indicando uma predisposição à deterioração em face de situações estressoras”. Encontramos alguns autores importantes que revisam o termo. Temos em Mann (1993) quando coloca o comportamento individual como determinante da vulnerabilidade ao HIV, porém julga esse não suficiente de responder a questão, já que o comportamento do indivíduo sofre influências e não podendo dessa forma ser considerado como fator único. “Portanto, ao avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida” e Meyer (1997) que nos traz a ideia da implicação do indivíduo no processo

“os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência”.

Aquele autor, pretendendo avaliar a vulnerabilidade ao HIV, define três planos interdependentes de análise: o componente individual, o componente social ou coletivo e o componente político ou programático.

No Brasil, no início dos anos 80, a epidemia atingia principalmente indivíduos homo/bissexuais masculinos, brancos e de classe média ou alta, habitantes das grandes metrópoles. Progressivamente, homens heterossexuais, mulheres e crianças de toda classe social foram sendo atingidos.

Houve, entretanto, manutenção das principais tendências da epidemia: heterossexualização, feminização, envelhecimento, pauperização e enegrecimento cada vez mais refletindo o perfil socioeconômico do povo brasileiro.

Desde o início da epidemia até os dias atuais, muito se fez para proporcionar melhor qualidade de vida aos portadores de HIV/Aids, pois vivemos um novo momento da epidemia de Aids no Brasil.

O Governo Federal, por meio da Coordenação Nacional de DTS/Aids do Ministério da Saúde, e as Secretarias Estaduais e Municipais de

Saúde têm-se empenhado na elaboração e implementação de políticas públicas éticas, efetivas e democráticas no que se refere ao HIV/Aids. As dimensões globais da epidemia e a mobilização da sociedade civil por meio de organizações não governamentais justificam e garantem a prioridade da política pública para este setor (TEIXEIRA, 2000).

O trabalho apresentado faz parte da pesquisa “Aspectos socioepidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/Aids acompanhado em Serviço Público de referência em HIV/Aids – Hospital de Clínicas da Unicamp”, que está sendo executada pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em parceria com o Ministério da Saúde e Unesco.

Embora a pesquisa seja mais ampla e abranja mais aspectos, houve aqui a necessidade de um recorte étnico-racial que possibilite um primeiro debate sobre os pacientes soropositivos negros; dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar o perfil e investigar a vulnerabilidade e acessibilidade da população negra quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/Aids.

O trabalho, além de buscar informações relativas a dificuldades de acesso aos serviços de HIV/Aids, é instrumento indicador para debater a inclusão e combate ao HIV na população negra, tendo também o compromisso de promover dignidade de acesso, atendimento especializado e atenção à saúde, promovendo assim inclusão e equidade a esta população historicamente marginalizada.

A população estudada aqui é composta por 467 entrevistados soropositivos negros (conforme IBGE, junção da cor autodeclarada preta e parda) em tratamento na Unicamp. As entrevistas são analisadas quantitativamente através do software Epi-info e qualitativamente através do programa de análise de dados RDS tool 5.0.1.

Como resultado, temos 467 entrevistados. Destes, 50,75% são mulheres e 49,25% homens, na média de idade de 38 anos (mínimo 18 e máximo 73), advindos 87,80% de Campinas e região metropolitana. Veremos a seguir importantes indicadores socioeconômicos da população estudada.

Quanto à escolaridade (gráfico 1), 56,53% dos entrevistados possuem até o ensino fundamental incompleto. Destacamos ainda que 3,64% são analfabetos e 3,21% citaram possuir ensino superior completo.

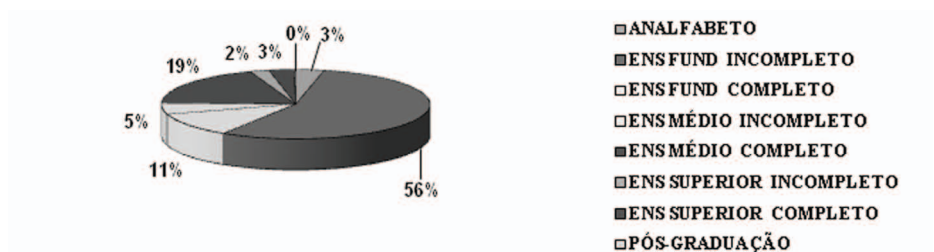
Segundo Martins (2004), a exclusão da população negra ao ensino superior significa “virtual alijamento das ocupações de maior prestígio





e remuneração, das posições de comando e deliberação, das camadas dirigentes tanto no setor público quanto no setor privado...”.

**Gráfico 1: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Escolaridade**

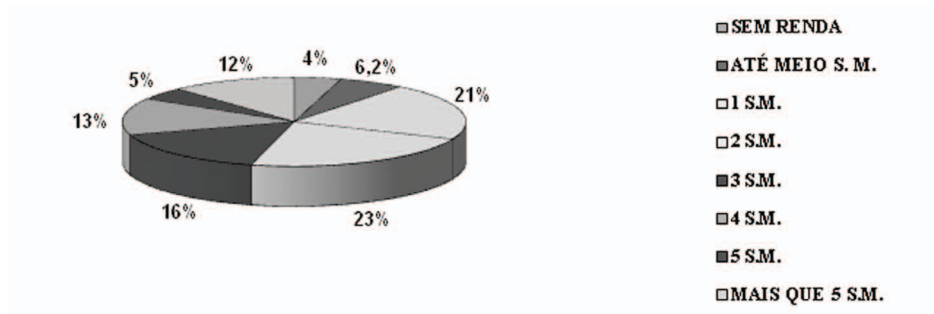


No tocante à renda (gráfico 2), a maioria, 23,28%, recebem 2 salários mínimos, seguido de perto pelos que recebem 1 salário (21,55%), vemos uma proporção parecida entre os que não possuem renda ou recebem até meio salário com 11% e 11,85% que recebem mais que 5 salários mínimos.

Segundo Henriques (2003), a população negra representa aproximadamente 65% da população pobre e 70% da população indigente.

Os nossos dados refletem a renda familiar, não permitindo, nesse momento, analisarmos conforme as medidas de pobreza (renda per capita inferior a 1/2 do salário mínimo) e indigência (renda per capita inferior a 1/4 do salário mínimo).

**Gráfico 2: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Renda**



revelou que a grande maioria (52%) possui casa própria, enquanto 27% alugam, 12,7% residem em casa cedida, 5,8% moram em ocupações e

2,5% apresentam outra forma de moradia (é o caso dos indivíduos que residem em casas financiadas – ainda não quitadas – e aqueles que têm outros tipos de moradias, como os que estão vivendo em instituições, sejam elas casas, abrigos para portadores de HIV, centros geriátricos, ou ainda, cadeias públicas).

Devemos analisar que embora o quadro da habitação seja animador, com a metade dos negros pesquisados vivendo em casas próprias, seja importante contextualizar a região de Campinas.

A cidade sofreu com uma intensidade migratória que seria um dos fatores importantes para explicar a periferização da ocupação residencial, já que boa parte desta ocupação residencial tem se dado em áreas de infraestrutura urbana mais precária, com terrenos menos valorizados e um aumento da parcela de famílias vivendo em barracos e favelas na região – composta por mais de 157 mil pessoas.

Campinas possui ainda um histórico de violência para com as mulheres e homens negros, durante o período escravista, e que perdura até hoje, levando-se em conta que estes continuam vivendo nas regiões periféricas da cidade, excluídos dos direitos sociais.

A malha viária permitiu o surgimento de uma densa ocupação urbana, organizada em torno de algumas cidades de portes médio e grande, revelando processos de conturbação já consolidados ou emergentes.

As especificidades dos processos de urbanização e industrialização, ocorridos na região, provocaram mudanças facilmente perceptíveis na vida das cidades, acarretando desequilíbrios de natureza ambiental e deficiências nos serviços básicos.

Nesse cenário, cidades médias passaram a conviver com problemas típicos de cidades grandes, como na região metropolitana de Campinas. A proliferação de favelas, violência e pobreza urbana revelam um padrão de crescimento bastante perverso, que aprofunda as desigualdades sociais.

### Gráfico 3: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Habitação



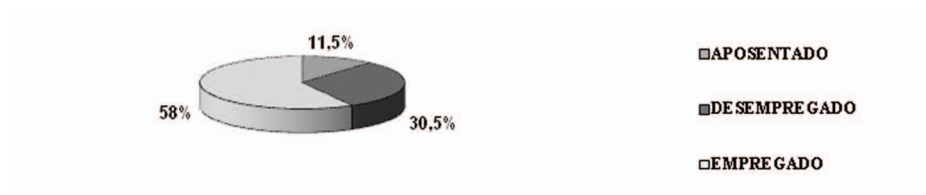
Quanto ao trabalho (gráficos 4 e 5), importante categoria para avaliação econômica e social, vemos que 58% dos entrevistados estão empregados (destes, 31,2% no mercado formal e 27,2% no informal), enquanto 30,5% estão desempregados e 11,5% aposentados.

Vemos que uma grande porcentagem dos entrevistados estão desempregados, ou quando empregados, inseridos no mercado informal, evidenciando, dessa forma, uma parte de nossos entrevistados que sofrem com o empobrecimento no acesso a trabalho de qualidade.

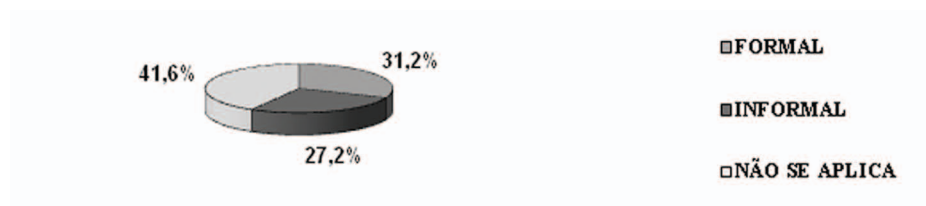
Pochmann (2003) refere que a nova exclusão social, assim denominada em decorrência do desemprego e da precarização das formas de inserção do cidadão no mercado de trabalho, são fontes modernas geradoras de exclusão, com explosão da violência urbana e vulnerabilidade juvenil, em função da flexibilização ocupacional e nível de rendimento.

“O acesso ao mercado formal de trabalho modifica-se a partir dos anos 80 a 2000, em que ocorre uma significativa diminuição do emprego formal, com impacto negativo na proteção social do trabalhador” (POCHMANN, 2003 p. 51).

**Gráfico 4: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Trabalho**



**Gráfico 5: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Situação do Trabalho**



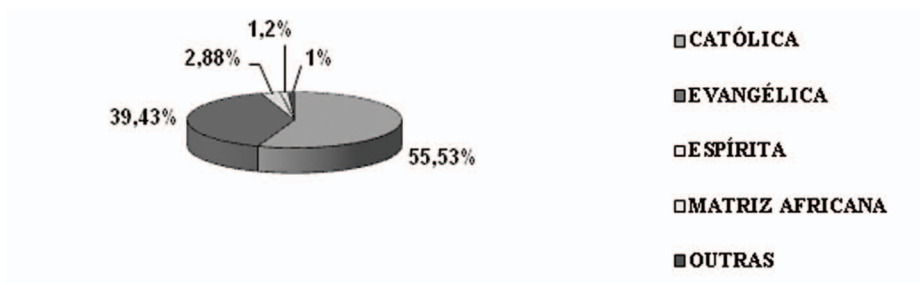
A religiosidade (gráfico 6 e 7) foi outro importante indicador do perfil de nossos entrevistados negros. A pesquisa nos mostra que 89,08% da nossa população negra HIV positiva professa alguma religião e que na maioria (55,53%) essa religião é a católica, seguida de perto pelos evangélicos (39,43%). Notamos que religiões de matriz africana são pouco praticadas pelos nossos pacientes negros, com apenas 1,20% das citações.

Segundo o IBGE (2000), no estado de São Paulo, 26.146.010 pessoas declararam seguir a umbanda ou candomblé, representando apenas 0,28% da população paulista. Sendo assim, justifica-se o pequeno número de entrevistados negros seguidores de religiões de matriz africana, porém devemos despertar para a questão de subnotificações a respeito dessas religiões, já que ainda são estigmatizadas. Ainda devemos considerar que as subnotificações devem-se também pela confusão que se faz entre as religiões afro-brasileiras e religiões de matrizes africanas. Conforme Xavier, “[...] a realidade das religiões afrodescendentes tem-se mostrado mais dinâmica do que a capacidade de enquadramento dos conceitos usados [...]” (SANTOS e SILVA, Org., 2005).

**Gráfico 6: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Religião**



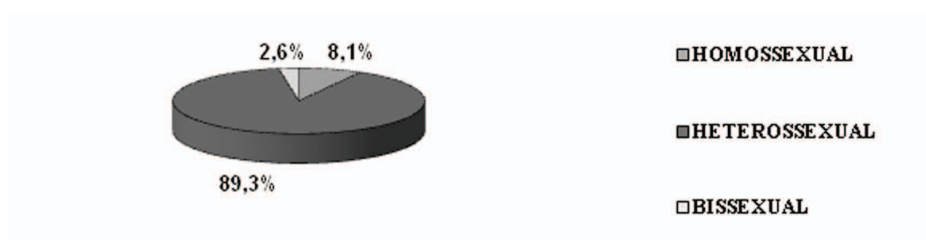
**Gráfico 7: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Religião que Pratica**



Como orientação sexual (gráfico 8), a amostragem nos revela que 89,27% dos nossos pacientes negros são heterossexuais e apenas 10,73% são bi ou homossexuais.

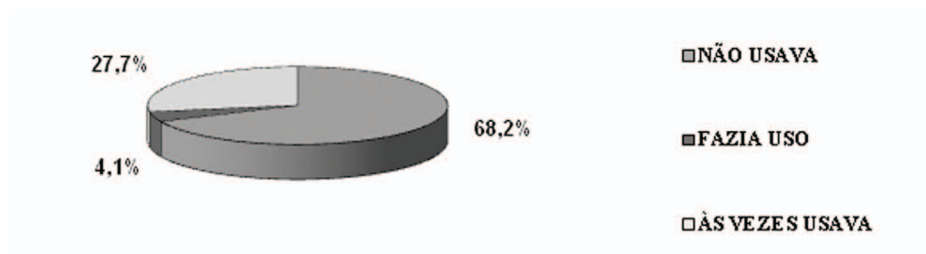
O pequeno número de bi ou homossexuais entre a nossa amostragem indica também o novo perfil epidemiológico do HIV. Um começo de acometimento por populações em “grupos de risco” (especialmente homossexuais) que se estendeu por toda população que vive situação de risco e está inserida em contexto de vulnerabilidade.

**Gráfico 8: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Orientação Sexual**

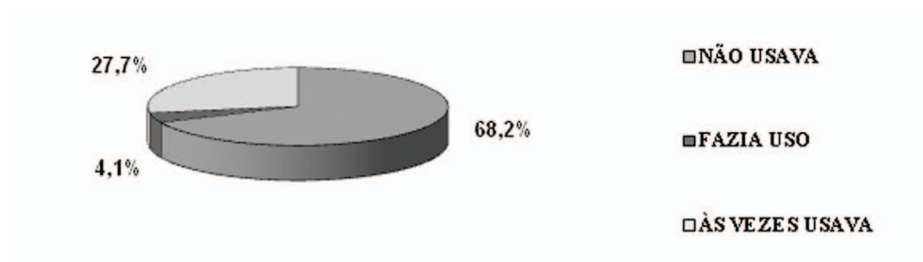


Quanto ao uso de preservativo (gráficos 9 e 10), 68,36% disseram fazer uso atualmente em todas as ocasiões, ou seja, que após o diagnóstico essa porcentagem da nossa amostragem de entrevistados negros relataram usar o preservativo em todas as relações sexuais. E quando mudamos a pergunta para o uso anterior ao diagnóstico, vemos que 68,19% não usavam o preservativo.

**Gráfico 9: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Uso Atual de Preservativo**

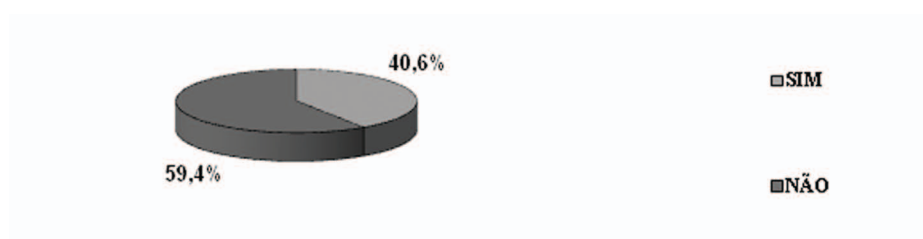


### Gráfico 10: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Uso de Preservativo Anterior ao Diagnóstico



Quanto ao preconceito (gráfico 11), perguntamos aos nossos entrevistados se eles já haviam sofrido preconceito alguma vez (a pergunta aberta foi interpretada pela grande maioria dos entrevistados como sendo uma pergunta relacionando preconceito com o HIV; dessa forma, as respostas que obtivemos – positivas ou negativas – na maioria foram considerando preconceito a suas condições de positividade para o HIV) e, dessa forma, 40,6% dos entrevistados negros disseram já terem sofrido preconceito.

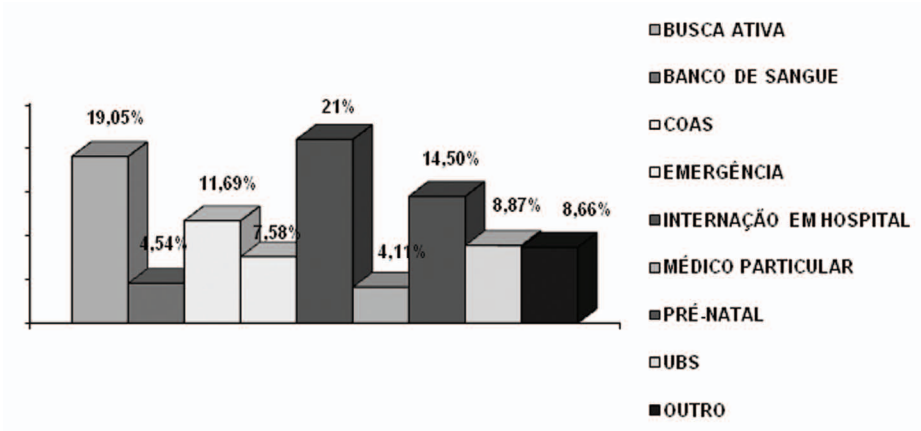
### Gráfico 11: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo já ter sofrido Preconceito



Adentrando, dessa forma, aos indicadores que dizem respeito ao acesso e qualidade dos serviços de HIV/Aids, temos contato com os números que refletem a forma com que os entrevistados negros receberam seus diagnósticos positivos para o HIV (gráfico 12). A maioria dos entrevistados (21%) souberam de sua sorologia positiva através de internação em hospital, seguidos de perto pelos que receberam o diagnóstico através do serviço de busca ativa (19,05%).



**Gráfico 12: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Como obteve Diagnóstico**



E finalmente vemos como os nossos entrevistados negros, soropositivos compreendem seus diagnósticos (gráficos 13, 14, 15 e 16). Medimos a dificuldade de compreensão dos entrevistados acerca da doença (dificuldade de entender o diagnóstico e as formas de transmissão do HIV) e também se existe dificuldade para compreensão do tratamento. Dessa forma temos 23% dos entrevistados citando algum tipo de dificuldade de compreensão da doença (6,9% citando dificuldade em entender o diagnóstico e 6,7% citando dificuldade para entender a forma de transmissão do HIV). Registramos também 21,3% dos entrevistados negros dizendo possuir alguma dificuldade para entender o seu tratamento. Vemos que dentre essas dificuldades de compreensão do tratamento há qualitativamente respostas acerca da compreensão dos exames – CD4 e Carga Viral – e as consultas com os profissionais da área.

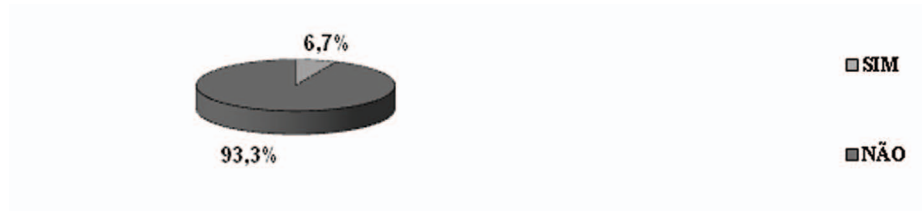
**Gráfico 13: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Dificuldade de Compreensão da doença – HIV/Aids**



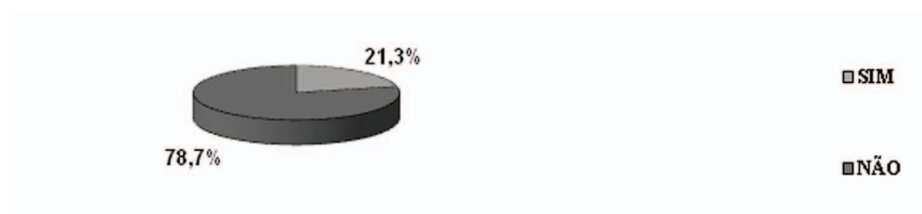
**Gráfico 14: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Dificuldade para Compreender o Diagnóstico – HIV/Aids**



**Gráfico 15: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Dificuldade para Compreender a forma de transmissão da doença – HIV/Aids**



**Gráfico 16: Porcentagem de Entrevistados Negros segundo Dificuldade para Compreender o seu Tratamento – HIV/Aids**



Ao analisar estes dados, onde os resultados mostram a existência de dificuldade de compreensão em relação ao diagnóstico, forma de transmissão e ao tratamento devemos considerar que estes possam ser indicadores da presença de racismo institucional, já que nos remete a acreditar que está relacionada à questão da exclusão social vivida pela população negra, onde a coloca em condições de maior vulnerabilidade e invisibilidade de suas necessidades nas ações e programas de atenção e prevenção, enquanto as expõe a maiores riscos. Conforme Souza:





“O racismo institucional configura uma política institucional “informal” alojada na estrutura do Estado. Não se escreve, não se declara, pratica-se (...) em que a instituição pública é informalmente colocada a serviço de preconceitos originados na ignorância e no despreparo social, inadmissíveis em qualquer instituição pública” (SANTOS e SILVA, Org., 2005, p. 72-74).

Tivemos aqui a intenção de uma breve análise sobre a população negra inserida num Serviço de HIV/Aids. Como já dissemos, esses dados são parte de um estudo que ainda está em fase de conclusão, mas que já nos traz importantes reflexões sobre a acessibilidade e vulnerabilidade dessa população no Brasil, especialmente na saúde.

Com o trabalho se faz importantes as medidas afirmativas e o compromisso do Estado com ações programáticas, a fim de promover equidade.

“Uma política de saúde destinada à população negra torna-se mais que necessária, é uma obrigação do Estado em tratar de maneira positiva e diferenciada pessoas que historicamente vêm sendo discriminadas e excluídas. Assumir um dos princípios do SUS, que é a equidade, representa o aprofundamento do princípio de igualdade formal de todos(as) diante da lei, no qual pessoas e coletividades que se encontram em circunstâncias especiais, ou que são diferentes, sejam tratadas de forma especial ou diferenciada” (GILMAR SANTIAGO – Secretário Municipal da Reparação de Salvador - BA).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Luís Eduardo. **Masculinidade, raça/cor e saúde**. Ciênc. saúde coletiva, jan./mar. 2005, v. 10, n. 1, p. 71-80. ISSN 1413-8123.

**BIS – Boletim do Instituto de Saúde**. n. 31, dez., 2003.

Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde Ano XIV, jan./março, 2004.

**40** CAMILO, Maria Virginia Righetti Fernandes. **Programa de Aprimoramento Profissional para Saúde: Qualificação de Assistentes Sociais**. Tese de Doutorado. Unicamp – Campinas, fev., 2005.

**Composição da População da RMC por cor/raça (1991-2000).** Estudos CAESEC. FACAMP – Faculdades de Campinas. Ano 4, n. 1, maio, 2006.

**Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador.** Prefeitura Municipal de Salvador. Salvador, 2006.

FRY, Peter H. *et al.* **Aids tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18/07/2007. Pré-publicação.

GUIMARÃES, Nadya Araújo. **Quando a indústria se transforma... Atores locais e políticas subnacionais de equidade de gênero e raça.** São Paulo em Perspectiva, 18 (4): 83-92, 2004.

HENRIQUES, R. (2001). **Desigualdade racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90.** Texto para Discussão n. 807. IPEA.

IBGE. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. IBGE, 2002.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **A Aids no mundo.** Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume-Dumará, 1993.

MARTINS, R. B. (2004). **Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente.** CEPAL-SERIE políticas sociales n. 82.

MEYER, Dagmar E. Estermann *et al.* **"Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000600022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000600022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03/10/2007.



OSÓRIO. 2003. <http://www.pnud.org.br/raca/reportagens/index.php?id01=695&lay=ra>. Acesso em 06/03/2006.

PNUD/OPAS. **Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade**. Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes por razões étnicas da população brasileira afrodescendente, 2001.

POCHAMANN, Marcio (Org.); AMORIM, Ricardo (Org.). Atlas da Exclusão Social no Brasil. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2003, v. 1, 221 p.

**Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População negra e Aids**. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e Aids. Brasil, março, 2006.

**Saúde Brasil 2005. Uma análise da situação de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília - DF. 2005.

SANTOS, Genivalda; SILVA, Maria Palmira da (Org.). **Racismo no Brasil: percepções da discriminação e do preconceito no século XXI**. 1. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. **Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história**. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 12, n. 6, 2002. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892002001200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002001200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03/10/2007.

SIQUEIRA, Rodrigo B.; SCHRAMM, Fermin Roland. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):129-142, 2005.

TEIXEIRA, Paulo R.; PAIVA, Vera; SHIMMA, Emi. **Tá difícil de engolir? – Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em SP**. Nepaids, 2000.

# VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS DE ADOLESCENTES FEMININAS AFRODESCENDENTES MORADORAS DE COMUNIDADES POBRES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

**Stella R. Taquette**

Prof.<sup>a</sup> Adjunta da FCM-UERJ

## RESUMO

O estudo objetivou verificar a vulnerabilidade ao HIV/Aids de adolescentes moradoras de comunidades pobres do Rio de Janeiro.

Foi utilizada uma combinação de métodos, quantitativo e qualitativo. Realizou-se um estudo de corte transversal por meio de entrevistas e exames para diagnóstico das DST e grupos focais para discutir os temas sexualidade, DST/Aids, gênero e discriminação racial.

Realizaram-se 816 entrevistas em 10 favelas e 10 grupos focais, um em cada comunidade: 75,5% eram negras, 39% tinham atividade sexual, e destas, 24,4% eram portadoras de DST.

Houve uma relação significativa entre a variável raça/cor negra e a atividade sexual. Na fase qualitativa, evidenciou-se que a discriminação racial sofrida é cotidiana e contribui para a construção de autoimagem negativa, que aliada à pobreza, violência de gênero e dificuldade de acesso aos serviços de saúde amplia a vulnerabilidade às DST/Aids.

O estudo sugere aumento da oferta de serviços de atendimento ginecológico a este público, com ações que favoreçam e contribuam para reduzir a desigualdade social, de gênero e de raça.

**Palavras-chave:** DST/Aids, adolescência, vulnerabilidade, raça/cor, gênero, violência.

## INTRODUÇÃO

A epidemia da Aids tem tido mudanças no seu perfil, com tendência à pauperização e à feminização, mais intensa na faixa etária de 13 a 19 anos. Quanto à raça/cor, a partir do ano 2000, quando passou a ser informada, houve um aumento dos casos de Aids na população negra, apesar da análise dessa variável ser bastante limitada pela grande quantidade de casos notificados sem essa informação<sup>1</sup>.



Não se conhece de forma precisa a prevalência de DST em adolescentes<sup>2</sup>, pois poucas são de notificação compulsória e frequentemente são assintomáticas, principalmente nas mulheres<sup>3,4</sup>. As adolescentes têm risco aumentado de infecções genitais, devido à maior exposição do epitélio uterino, e estão numa posição de menor poder de negociação de práticas sexuais seguras, além de não terem reconhecida a legitimidade de seu exercício sexual<sup>5</sup>. Frequentemente lhes é negado atendimento nos serviços de saúde quando não acompanhadas de seus responsáveis, impedindo as ações de prevenção e tratamento de DST, essenciais para deter o avanço do HIV. A associação entre pobreza/violência/sexo feminino e um maior risco de DST/Aids foi verificada em estudos realizados com adolescentes e jovens<sup>6,7</sup>.

Apesar do quadro de vulnerabilidade deste segmento populacional, são escassas as pesquisas realizadas especificamente com este público. Este estudo teve como objetivo verificar a vulnerabilidade ao HIV/Aids de adolescentes moradoras de comunidades pobres do Rio de Janeiro e identificar as diferenças étnico/raciais no processo de adoecimento.

### **Percurso metodológico**

A população alvo foi de adolescentes do sexo feminino, moradoras de dez comunidades populares da cidade do Rio de Janeiro. Na etapa quantitativa da pesquisa, a amostra, de 816 adolescentes, estudada foi significativa, de acordo com o censo do IBGE de 2000. O método utilizado foi observacional, de corte transversal por meio de entrevista e exames para diagnóstico de DST. Seguiu-se um roteiro baseado na ficha informatizada “História do Adolescente”, da OPAS-OMS<sup>8</sup>, que contemplava a avaliação de saúde da adolescente e a coleta de informações a respeito da vida social, autoclassificação racial, histórico de violência e inquérito detalhado sobre sexualidade. Foram feitos testes de confiabilidade e validade do instrumento, assim como das entrevistadoras. As variáveis estudadas apresentaram valores de concordância acima de 90% da estatística *kappa*.

Após a entrevista, as adolescentes foram convidadas para uma consulta de enfermagem clínica e/ou ginecológica e coleta de sangue para exames sorológicos de pesquisa de DST/Aids, conforme a abordagem sindrômica do Ministério da Saúde<sup>9</sup>, e as que tinham atividade sexual, para o exame colpocitológico preventivo e bacterioscópico/cultura da

secreção vaginal. Houve, entretanto, limitações no diagnóstico das DST, já que não foram realizados exames específicos para clamídeas, devido ao seu alto custo e, do total de 299 entrevistadas que relataram já terem tido relações sexuais com penetração vaginal, somente 90 (30,1%) se submeteram ao exame ginecológico. Os dados quantitativos foram analisados no programa SPSS com valor de  $p < 0,05$ .

Na etapa qualitativa do estudo, realizou-se um grupo focal em cada uma das dez comunidades, com no máximo 15 adolescentes, convidadas na ocasião da entrevista. O conteúdo das gravações das reuniões foi transcrito na íntegra, e este material foi lido e relido exaustivamente para a organização dos relatos e elaboração de categorias, tendo como base conceitual a hermenêutica-dialética<sup>10</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Todas as adolescentes que participaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, assim como seu responsável, quando presente, ou uma testemunha.

## Resultados e Discussão

### Etapa quantitativa

A faixa etária das entrevistadas variou de 10 a 24 anos ( $n=816$ ), sendo que 96,6% eram menores de 20 anos. A maior parte era solteira (93,4%) e 4,8% viviam em união estável. Quanto à raça/cor, em 2% não foi informada ( $n=16$ ) e 75,5% das informadas ( $n=800$ ) se autodeclararam pardas ou pretas. No inquérito sobre puberdade e sexualidade observou-se que aproximadamente 9,0% ainda não tinham menstruado. A menarca ocorreu aos 10 anos ou menos em 7,0% das meninas, entre 11 e 13 anos na maioria delas (67,3%) e após os 13 anos em 16,1%. Em relação à atividade sexual, 39,0% afirmaram ter tido algum tipo de experiência sexual. A idade média da primeira relação sexual foi de 14,4 anos, dentre aquelas com idade informada. Um percentual de 72,3% das adolescentes com atividade sexual relatou ter tido de 1 a 2 parceiros sexuais no último ano e apenas 14,8% se relacionou sexualmente com 3 a 4 parceiros no mesmo período. Esse baixo percentual contradiz a opinião do senso comum de que a adolescência é uma fase da vida que se caracteriza por uma variedade e multiplicidade de parcerias sexuais. Em relação ao histórico prévio de DST, apenas 7,8% das sexualmente iniciadas relataram já ter tido.



A incidência de DST neste grupo de adolescentes com experiência sexual que se submeteu ao exame ginecológico foi de 24,4%. Devido ao fato de nem todas terem feito exames sorológicos e exames específicos da secreção vaginal para clamídea, podemos inferir que esta taxa, apesar de alta, pode estar subestimada. Considerando-se a DST principal, o diagnóstico mais frequente foi de cervicite/doença inflamatória pélvica (DIP) em 45,4% das portadoras de DST, seguida do HPV (22,7%), da sífilis (18,2%) e da tricomoníase (13,6%). Não houve nenhum caso de HIV, hepatite B ou C. Dentre os poucos dados disponíveis no Ministério da Saúde (2008) sobre a prevalência em populações específicas, o de sífilis na população de gestantes com mais de 13 é de 4%, semelhante ao encontrado nesta pesquisa (4 casos em 90 exames). Apesar de não ter sido verificado nenhum caso de HIV positivo neste grupo, vale ressaltar que ter uma DST aumenta as chances de infecção por este vírus e os estudos evidenciam a incidência de quase 100% de HPV em mulheres HIV positivas<sup>11</sup>.

Nas análises comparativas entre adolescentes negras e não negras foi encontrada uma associação significativa entre as variáveis raça/cor e atividade sexual (Tabela 1) e entre ter tido uma DST e a raça negra (Tabela 2). Entretanto, o mesmo não foi verificado quanto ao diagnóstico de DST. Ressaltamos as limitações destas análises devido ao número reduzido de exames ginecológicos realizados. Também não houve significância nas associações entre: idade da sexarca, histórico de gravidez e de abuso sexual por raça/cor.

**Tabela 1 - Distribuição das adolescentes segundo experiência sexual por raça/cor autodeclarada**

VARIÁVEL	NEGRA		NÃO NEGRA		TOTAL		X <sup>2</sup>	P-VALOR
	n	%	n	%	n	%		
	TEVE EXPERIÊNCIAS SEXUAIS?							
SIM	255	71,7	89	28,3	314	100,0		
NÃO	379	78,0	107	22,0	486	100,0		
TOTAL	604	75,5	196	24,5	800	100,0		

**Tabela 2 - Distribuição das adolescentes segundo histórico de DST por raça/cor autodeclarada**

VARIÁVEL	NEGRA		NÃO NEGRA		TOTAL		X <sup>2</sup>	P-VALOR
	n	%	n	%	n	%		
HISTÓRICO DE DST							7,109	<b>0,004</b>
SIM	17	100,0	0	0,0	17	100,0		
NÃO	208	70,0	89	30,0	297	100,0		
TOTAL	255	71,7	89	28,3	314	100,0		

### Etapa qualitativa

O número médio de participantes nos grupos foi de 11 adolescentes, e 53 minutos a mediana de tempo de duração das reuniões. A análise partiu de três categorias gerais relacionadas a contextos de vulnerabilidade às DST/Aids: exercício sexual na adolescência, desigualdade de gênero e discriminação racial.

### Atividade sexual de adolescentes femininas em contextos de pobreza

O debate abordou os tipos de relacionamentos amorosos vivenciados pelos jovens na atualidade, como eles acontecem, que fatores estão envolvidos, as influências mais fortes e os motivos alegados para o uso de proteção em relação às DST e à gravidez. Foi discutido também o que representa o início da atividade sexual para a vida das meninas. Observaram-se dois tipos principais de relacionamentos amorosos, o “ficar” e o “namorar”, cuja principal diferença entre eles é o compromisso assumido pelo casal e a fidelidade. Vários fatores intervêm na decisão de iniciar a atividade sexual, assim como as atitudes perante o risco de relações sexuais desprotegidas, como, por exemplo, a falta de conhecimento, de maturidade, de diálogo com a família, ou então o desejo de melhorar de vida e de ter um companheiro. O desejo e a pressão social foram apontados como fatores de forte influência para o início da vida sexual. Por outro lado, pensar no futuro se apresentou como fator que contribui para a manutenção da virgindade.

Quanto à vulnerabilidade às DST/Aids, todas mostraram ter conhecimento do que é DST e Aids, como se transmite e se previne. Deram como sugestão para incentivar os adolescentes a usarem preservativo,





mostrar cruamente o que são as doenças, os doentes de Aids, como eles ficam mal. Ressaltaram que uma das dificuldades de se proteger é o fato das pessoas que têm DST não aparentarem e dificilmente contarem que estão infectadas. Uma outra sugestão foi disponibilizar camisinhas em larga escala nas comunidades e nas escolas e oferecer serviços de planejamento familiar em abundância. Indicaram também que se inicie a educação sexual para os adolescentes bem mais precocemente, a partir da quinta série. Algumas não vão aos postos de saúde buscar camisinha para não serem alvos de comentários maldosos na comunidade.

Os relatos das adolescentes demonstram que o início sexual tem ocorrido dentro de um contexto em que poucas são sujeitas de sua sexualidade e mais objeto de satisfação dos desejos dos outros. Há uma forte pressão social ao início da atividade sexual genital e uma cultura de erotização precoce em que o sexo é visto como objeto de consumo. Segundo alguns autores, os adolescentes têm relacionamentos muitas vezes até sem saber o nome de seus parceiros<sup>12</sup>. Neste período de grande experimentação, muitas vezes os jovens abrem mão de seus desejos para seguir uma tendência do grupo. Eles querem deixar de ser crianças, têm muita curiosidade e sentem desejos sexuais intensos influenciados pelas mudanças hormonais pubertárias. E quando não há uma estrutura familiar protetora, mais precocemente aderem a modelos fora da família e se expõem a riscos. Em pesquisa com adolescentes femininas, foi demonstrado que aquelas que são providas de investimento afetivo familiar se apropriam mais de sua sexualidade, agem com maior proteção e não se submetem meramente à satisfação dos desejos de outrem. Ou seja, têm iniciação sexual em condições mais seguras e com menos risco<sup>13</sup>.

#### A permanência das desigualdades de gênero

A segunda categoria geral advinda das discussões nos grupos focais foi a “desigualdade de gênero”. Verificou-se que os padrões hegemônicos de comportamento de gênero masculino e feminino se mantêm, com predominância do poder do homem sobre a mulher. A mulher é desvalorizada pela sociedade quando “perde” a virgindade e se tem variados parceiros, enquanto que o homem é prestigiado pelos mesmos motivos. Ela se submete com frequência a ter relações sexuais atendendo a vontade do parceiro, e refere que na sociedade a infidelidade masculina é aceita como normal e esperada.

Os relatos revelaram que a mudança de status de virgem para não virgem tem representações variadas. Algumas encaram como ganho, pois amadurecem, deixam de ser adolescentes, passam a ter experiência sexual; outras como perda, pois passam a ser olhadas com preconceito e, por vezes, são rejeitadas pela família; e uma outra parcela destaca as transformações em sua vida resultantes do início da atividade sexual, como o dever com o cuidado da casa e ter que trabalhar.

Verificou-se que apesar de perceberem os riscos de uma relação sexual desprotegida, muitas são passivas no ato sexual e aceitam a dominação masculina. Algumas se apresentaram mais autônomas em relação à negociação do uso do preservativo, mas têm pouco controle sobre seu desejo.

Na opinião das adolescentes, todos os homens são infiéis e as mulheres também traem, mas por vingança, quando são traídas. Nas comunidades onde moram há pouca privacidade, pois as casas são muito próximas umas das outras e há muita divulgação das intimidades das pessoas. As mulheres que traem são difamadas pela sociedade e pelas próprias mulheres. São chamadas de “piranha”, “galinha”, etc. Ao contrário dos homens, que são elogiados por terem muitas parceiras, chamados de “garanhão” e muitas vezes referidos como motivo de orgulho de seus pais. Apesar de afirmarem que todos os homens são infiéis, as meninas quando estão namorando, confiam em seus parceiros e dispensam o uso do preservativo nas relações sexuais. A traição do homem é tratada socialmente como natural e o homem traído é criticado e ridicularizado.

Verificou-se nas falas nos grupos que o comportamento de gênero é aprendido desde a infância, dentro de casa. A menina, depois que deixa de ser virgem, perde direitos e passa a ser tratada com menos carinho, porque “envergonhou” a família. No campo sexual, é obrigação da mulher transar sempre que seu parceiro quiser e ela muitas vezes negocia seu corpo para ser aceita e amada por ele e para conseguir objetivos materiais. Neste cenário é muito difícil negociar o uso do preservativo.

### Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids

A terceira categoria geral advinda das discussões em grupo foi a “discriminação racial”. Os relatos revelam de forma contundente o cotidiano de discriminação e humilhação que as pessoas sofrem por serem negras. Isso tem como resultado uma baixa autoestima e a vontade



de clarear a família. Por isso, preferem se casar com homens brancos. Uma parte delas relacionou a raça negra à Aids, por ser uma doença vinda da África. A maioria relatou não ter acesso fácil a serviços de saúde. Observou-se nas falas que se sentem discriminadas devido a questões relacionadas ao aspecto físico, ao caráter e à capacidade intelectual, como vemos nos exemplos a seguir:

– *Aquela miquinha, aquela macaca do cabelo duro! – Ou então, você tá no ônibus e alguém levanta o braço, se você sentir um cheiro de suor, olham logo pra pessoa escura! “Ah, tu já saiu com ela, mas é feia pra caraca”.*

– *Vai o segurança atrás de você. – Branco no volante é doutor, preto no volante é ladrão. Tem um ditado que é assim: “preto quando corre é bandido”. – Viu um pretinho, já guarda a bolsa, esconde o dinheiro!*

– *Eles acha que nois... da cor assim, num têm a mesma capacidade dum branco. – Às vezes nós somos melhor do que eles, mas eles num dão oportunidade.*

As manifestações de discriminação provocam grande sofrimento. Quando questionadas sobre casamento e filhos, ficou demonstrado o desejo que têm de deixarem de ser negras e assim não serem rejeitadas pela sociedade. Abaixo, seus relatos:

– *Ah, eu gosto dum branquinho assim. O branco é pra clarear um pouco, gente! – Porque, gente, isso é muito difícil, cabelo duro é uma tristeza! – Minha mãe fala: “você tem que arrumar um namorado branquinho pra clarear a família!”*

Verificou-se nas narrativas das adolescentes a associação entre a raça/cor negra e a feiura, a falta de caráter, a incapacidade intelectual. Além disso, houve quem justificasse um maior risco de DST/Aids pela atividade sexual mais intensa e precoce, e ao fato da Aids ser uma doença advinda da África. Outro dado observado foi a dificuldade de acesso desta população a serviços de saúde, e também o atendimento de má qualidade. Vejamos seus relatos:

– *“Ih, a negrinha já tá grávida!”. Tinha que ser preta! – Não adianta, gente, todo mundo acha que é o perfil: preta, pobre, entendeu, só sabe ir pro pagode e rebolar, vai ficar grávida e não trabalhar. – Ah, eu acho que se você é preta você tem doença! – As doenças sexualmente transmissível já tá relacionado à pessoa negra. Principalmente a Aids, que dizem que veio da África... – ... os negros têm mais facilidade pra pegar uma doença.*

– *Pra você conseguir um atendimento tem que chegar de madrugada... – É só chegar uma preta que: “oh, já vem esses favelados”. “Pô essa preta aí, essa negra, não vou atender ela não! – Mas, muito das vezes, os próprios médicos têm nojo de tocar num negro.*

Verificou-se que as meninas se esforçam para alterar suas características raciais. Tentam alisar e alongar o cabelo, pintam de loiro. Ser preta significa ser feia, suja, fedorenta, do cabelo ruim, “beijuda”, ladra e incapaz. Para não sofrerem e serem aceitas, principalmente pelos homens, querem ser brancas. Muitas adolescentes passam a vida mordendo os lábios na intenção de reduzir seu tamanho, colocam pregador de roupa no nariz para afiná-lo e evitam comer feijão para não ficarem mais pretas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto em que vivem as adolescentes de comunidades pobres do Rio de Janeiro pode ampliar suas vulnerabilidades às DST/Aids devido à intersecção de vários fatores, entre eles destacam-se a pobreza, a discriminação racial e a violência de gênero. O cotidiano de discriminação racial vivenciada por este estrato populacional compromete o desenvolvimento e a autoestima e impede ou dificulta o acesso a bens e serviços. A pobreza em que sobrevivem acirra o racismo, o sexismo e a homofobia. Neste sentido, o debate da conferência mundial contra o racismo, realizada em Durban em 2001<sup>14</sup>, destaca a importância do diálogo em torno da interseccionalidade, ou seja, das articulações entre a discriminação de gênero, a homofobia, o racismo e a exploração de classe, opressões comuns do contexto internacional da globalização<sup>15</sup>.

Pode-se inferir que a origem das desvantagens e desigualdades em saúde deste grupo populacional se encontra na discriminação racial. Há uma inegável relação entre raça/cor e gênero na distribuição das riquezas. Apesar de poucos dados estatísticos sobre saúde de afrodescendentes estarem disponíveis, estes mostram que as mulheres negras se encontram nos mais baixos patamares de renda<sup>16</sup>. Elas apresentam menor escolaridade, piores condições de moradia e, ao mesmo tempo, usam menos métodos contraceptivos, têm mais filhos e vivem mais sozinhas, sem companheiro. Estes dados levam a crer que embora na sociedade brasileira não exista uma segregação racial legal, o significado social negativo atribuído a determinados padrões fenotípicos resulta em um



tratamento desigual e em uma enorme barreira que impede e dificulta a mobilidade social da população negra.

A discriminação racial evidenciada nas narrativas das adolescentes pesquisadas mostra que mulheres e homens, brancos e negros ocupam lugares diferentes nas redes sociais e trazem experiências distintas de viver e adoecer. Estes dados devem ser levados em consideração na elaboração de políticas públicas para que ofereçam tratamento diferente àqueles que estão inseridos de forma desigual na sociedade, contemplando de fato suas necessidades e promovendo o direito à igualdade. Segundo Ayres<sup>17</sup>, são ações indissociáveis na prática preventiva e do cuidado, a intervenção estrutural, organização comunitária, construção da cidadania, ativismo político, ação jurídica e direitos humanos. Sugere-se que em curto prazo haja investimentos no aumento da oferta de serviços de atendimento ginecológico a este público, a médio prazo ações que favoreçam a utilização de preservativo feminino e a longo prazo políticas de ação afirmativa para reduzir a desigualdade social, de gênero e de raça.

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Ano IV n. 01. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007.

<sup>2</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Prevalências de DST em populações específicas**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/dados/documentos>. Acesso em: 28/03/2008.

<sup>3</sup>CODES, J. S. *et al.* **Deteção de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Clínica de Planejamento Familiar da Rede Pública no Brasil 2002**. RBGO, 24(2): 101-6.

<sup>4</sup>JIMENEZ, A. L. *et al.* Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. **Cad. Saúde Pública**, 2001. 17(1):55-62.

<sup>5</sup>TAQUETTE, S. R. O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/Aids. *In*: Taquette SR. **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2009. p. 135-154.

<sup>6</sup>TAQUETTE, S. R. *et al.* Z. **Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/Aids**. Cad. de Saúde Pública, 2003, 19(5):1437-1444.

<sup>7</sup>TAQUETTE, S. R. *et al.* **Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro**. Cad. de Saúde Pública, 2004, 20(1):282-290.

<sup>8</sup>OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1995. Publicação científica Clap 1324.01. Montevidéu – Uruguai, 1995.

<sup>9</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

<sup>10</sup>MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.

<sup>11</sup>LEVI, J. E. *et al.* High Prevalence of Human Papillomavirus (HPV) Infections and High Frequency of Multiple Genotypes in Human Immunodeficiency Virus Infected Women in Brazil. **Journal of Clinical Microbiology**, 2002, 40(9):3341-3345.

<sup>12</sup>BECKERMAN, M. **Geração T.E.E.N. – Transei e Esqueci o Nome**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

<sup>13</sup>TAQUETTE, S. R. *et al.* **Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência**. Psicologia em Estudo, 2008, 13(1):105-114.

<sup>14</sup>BLACKWELL, M; Naber, N. **Interseccionalidade em uma era de globalização: as implicações da conferência mundial contra o racismo para práticas feministas transnacionais**. Estudos Feministas, 2002, 10(1):189-198.

<sup>15</sup>CARNEIRO, S. A. **A Batalha de Durban**. Estudos Feministas, 2002, 10(1): 209-214.



<sup>16</sup>LOPES, F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005, 21(5):1595-1601.

<sup>17</sup>AYRES, J. R. C. M. *et al.* O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: Czeresnia D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-139.

# ESTUDO SOBRE O POTENCIAL DE ADESÃO DE ENTIDADES DO MOVIMENTO NEGRO AO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

## **Laura Cecília López**

Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

## **Simone Cruz**

Mestre em Saúde Coletiva pela UNISINOS – Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN).

O presente trabalho apresenta resultados de pesquisa realizada durante os anos 2006 e 2007 em parceria entre o Núcleo de Antropologia e Cidadania (NACi) da UFRGS e a Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN), sistematizados na publicação *Saúde da População Negra como Ação Afirmativa* (Cruz *et al.*, 2008)<sup>6</sup>.

A investigação teve como objetivo identificar as organizações e militantes negros que atuam na área da saúde, particularmente em relação ao HIV/Aids, na região sul do Brasil, com o intuito de examinar quais as ações desenvolvidas e o lugar destas nas agendas do movimento negro, assim como os entraves na relação com o poder público.

Foi uma pesquisa qualitativa, que adotou o enfoque antropológico de conhecer a “perspectiva do ator” (GEERTZ, 1996) para compreender as mobilizações políticas. Foram realizadas entrevistas etnográficas com militantes e observação participante em eventos e atividades das organizações mapeadas.

O estudo foi centrado na noção de rede, como teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas, definida por suas conexões, seus pontos de convergência e de bifurcação, como campo visível de efetividade onde ocorrem agenciamentos concretos entre os atores que a compõem (KASTRUP, 2004).

---

<sup>6</sup> A pesquisa contou com a coordenação da professora Denise Jardim e os pesquisadores do NACi, Laura López, Daniel Etcheverry e Miriam Steffen Vieira, e da ACMUN, Simone Cruz. Foi financiada pela Unesco através do Programa Nacional de DST e Aids (atual Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais) do Ministério da Saúde





O mapeamento foi realizado a partir dos múltiplos laços e imbricações estabelecidos entre organizações dos movimentos, participantes individuais e outros atores da sociedade civil e o Estado. Foram perseguidos os empreendimentos em saúde na forma de uma rede constituída em torno das ações localizadas e da mediação de militantes em cenários que as potencializam e as disseminam como demandas ao poder público. Nesse sentido, não se pretendeu dar conta da totalidade de organizações e militantes atuantes no sul do Brasil e sim a identificação de trabalhos em rede. Partimos dos contatos da própria organização parceira na pesquisa (a ACMUN) e fomos ampliando a observação às organizações que os militantes indicavam. Foram identificados 15 grupos (entre organizações da sociedade civil e coletivos conformados dentro de instituições) nos três Estados: 5 no Paraná, 4 em Santa Catarina e 6 no Rio Grande do Sul, a maioria localizados nas cidades capitais.

Destacamos que “rede” serviu no estudo não só como recurso metodológico de identificação de uma determinada realidade social, mas também apareceu como categoria êmica de organização da militância na proposição de políticas e no controle social na área da saúde, como mostraremos mais adiante.

Ao longo do trabalho de campo junto às entidades pesquisadas foi possível perceber que as ações de enfrentamento ao HIV/Aids, do ponto de vista dos ativistas, são compreendidas no contexto mais abrangente da discussão sobre “saúde da população negra”, que constitui, na atualidade, uma política pública: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, oficializada no DOU de 13 de maio de 2009 e em processo de implementação em Estados e Municípios.

Percebemos que esse contexto está relacionado à permeabilidade da temática racial em órgãos do governo e à inserção de profissionais negros nas esferas do Estado. A atuação destes profissionais e de ONGs, particularmente de mulheres negras, começou a disseminar a temática racial na área da saúde nas diferentes regiões do Brasil já a começos da década de 1990. Essa atuação foi fortalecida no contexto posterior à Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e outras formas conexas de discriminação, Durban, África do Sul, 2001, e as obrigações que os Estados assumiram.

Entendemos, então, a mencionada política pública como produto da trajetória contemporânea da militância negra, de resistências e lutas

disseminadas na esfera pública por evidenciar o racismo na sociedade brasileira e demandar ações governamentais que provoquem um processo de desracialização.

A seguir, apresentaremos brevemente o mapeamento, que aponta uma pluralidade da militância em saúde, assim como focaremos os resultados em torno de dois eixos analíticos utilizados para interpretar especificidades e potencialidades do trabalho da militância em saúde da população negra.

### **Mapeamento: a pluralidade da militância**

Ao longo da pesquisa nos deparamos com o fato de que as ações de enfrentamento ao HIV/Aids, do ponto de vista dos ativistas, eram compreendidas no contexto mais abrangente de “saúde da população negra”, como mencionamos anteriormente. E mesmo as ações em saúde deviam ser compreendidas no contexto mais amplo de demandas por políticas de combate ao racismo, ou de ações afirmativas transversais a diferentes áreas (educação, mercado de trabalho, etc.).

Observamos que a atuação das organizações não tem uma tendência única. Esta é difusa, mas coerente com as trajetórias dos militantes, que apresentam origens variadas (em outros movimentos sociais, profissionais, etc.) relacionadas à diversidade atual do movimento negro e do trabalho engajado de profissionais e militantes na área de saúde da população negra.

Identificamos uma diversidade de formas organizativas e de focos de atuação: organizações não governamentais de mulheres negras, associações surgidas de casas de religião de matriz africana, ou criadas a partir da proximidade de seus membros com uma doença (anemia falciforme, HIV/Aids), assim como entidades do movimento negro com alcance nacional.

As organizações de mulheres negras identificadas desenvolvem um trabalho local, principalmente a partir de projetos junto a este público destinatário, sejam eles de prevenção, de aproximação aos serviços de saúde, etc. Também participam de conselhos de saúde e de outros órgãos públicos e redes de militância através dos quais realizam mediações entre as comunidades que atendem e o poder público.

Já as entidades nacionais realizam um trabalho identificado por seus membros como de “articulação política” entre diferentes setores da



sociedade civil e em relação ao poder público. Porém, estas entidades podem apresentar particularidades locais, como é o caso da Unegro, que mostrou diferenças no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina.

As associações surgidas de terreiros atuam no diálogo entre concepções de saúde e cura das religiões de matriz africana e o atendimento público em saúde, assim como em projetos junto às comunidades de terreiro.

As organizações originadas a partir da preocupação com doenças específicas disseminam informações sobre anemia falciforme ou HIV/Aids a diversos públicos, assim como cuidam do acolhimento e tratamento de pacientes.

Os públicos atendidos por estas organizações são variados: moradores da periferia, usuários e trabalhadores de instituições de saúde, instituições de ensino, comunidades de religiões de matriz africana.

As observações no trabalho de campo destacaram também a atuação de militantes e/ou profissionais negros que participam de instituições públicas de saúde e inseriram um enfoque racial em seu trabalho profissional. Ainda que em alguns momentos deste estudo essas ações tenham aparecido de uma forma que destaca os indivíduos, elas devem ser interpretadas como ações inseridas no contexto do movimento negro e, portanto, contêm uma dimensão coletiva e relacional (conforme as conexões apontadas com a noção de rede).

Observamos que o que produz um elo entre militantes e organizações com atuações diversas, distantes do ponto de vista espacial e organizativo, é o reconhecimento e a definição por outros do pertencimento ao movimento negro. Algumas amplamente reconhecidas como parte do movimento, outras com uma relação ambígua, mas em diálogo. Esse pertencimento pode ser pensado como um elo de solidariedade, esta última entendida como a capacidade dos atores sociais de reconhecerem e serem reconhecidos como partes de uma unidade social (MELUCCI, 1994), que inclui ações individuais em ações coletivas em prol de perspectivas de mudanças sociais.

As organizações mapeadas diferem em termos de trajetória política, mas também em termos de estrutura organizacional (recursos econômicos, sede, equipamentos, recursos humanos). Em termos gerais, observamos que existem organizações com uma relação de parceria com o poder público e/ou com agentes financiadores, mais ou menos consolidada. Algumas entidades estão sediadas na casa de

um dos integrantes e dependem do trabalho voluntário. Um aspecto comum às entidades foi o fato de manifestarem problemas relativos à descontinuidade de financiamentos, impactando diretamente no trabalho desenvolvido, assim como na relação de confiança estabelecida com os públicos envolvidos nos projetos.

### **A militância das mulheres negras em saúde e o enfrentamento ao HIV/Aids como agenda**

Na pesquisa, observamos um número maior de organizações de mulheres negras ou de militantes mulheres negras dentro de organizações do movimento negro, mistas ou feministas, que reivindicavam demandas em saúde e realizavam uma mediação local-nacional com esse foco.

Atribuímos este fato à convergência de percepções e pautas do movimento de mulheres negras e o feminismo que, desde inícios da década de 1980, assumiu a “saúde sexual e reprodutiva” e a “violência contra as mulheres” como eixos prioritários de sua agenda política. Desta trajetória de lutas no campo da saúde e da violência podemos interpretar, por exemplo, a problematização do HIV/Aids dentro do campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

As ações de enfrentamento ao HIV/Aids que identificamos durante a pesquisa eram majoritariamente desenvolvidas por militantes mulheres negras e decorriam de um trabalho local realizado em bairros de periferia. Essas ações estavam inseridas, por exemplo, em projetos de mulheres negras multiplicadoras, de ACMUN/RS, Maria Mulher/RS e Unegro/SC. Os projetos abrangem mulheres que formam parte das comunidades que as organizações atendem – ou seja, que já têm uma inserção e uma vivência nesse contexto – são formadas para transmitir informações de prevenção e cuidado para “suas pares”, supondo uma relação mais fluida por acionar nessas conversas os vínculos de vizinhança. No caso da Rede de Mulheres Negras do PR, com o projeto “Quarta do Fuxico”, que combina um âmbito de sociabilidade de mulheres, uma fonte de renda através da produção de artesanato e a disseminação de informação em prevenção e cuidado de saúde com uma linguagem mais familiar para as mulheres atendidas.

As militantes participantes da pesquisa ressaltaram a necessidade de prestar atenção às linguagens locais, sendo uma atividade decorrente a elaboração de campanhas de prevenção em HIV/Aids com referências



das comunidades com as quais trabalham. Estas ações estão baseadas na ideia de que um dos fatores que produz vulnerabilidade ao HIV entre a população negra é a não identificação deste público com as linguagens transmitidas nas campanhas de prevenção que se pensam “neutras” em termos étnico-raciais, mas que refletem olhares brancos estereotipados sobre o tema. Nesse sentido, as militantes usam metodologias de trabalho de prevenção baseadas na educação produzida e desenvolvida por e entre iguais<sup>7</sup>.

O trabalho comunitário das organizações de mulheres negras, voltado a temáticas em saúde, permite-nos entender como surge a demanda de enfrentamento ao HIV/Aids entre a militância negra brasileira. Pode-se constatar que particularmente entre as organizações de mulheres negras, assim como entre os religiosos de matriz africana<sup>8</sup>, a questão do HIV surgiu como problemática a ser levada em consideração do próprio trabalho nas comunidades e a visibilidade do aumento de casos entre a população negra nesses locais para além dos dados estatísticos. Como referido pelas militantes, o aumento de casos de HIV/Aids entre as mulheres negras foi percebido pela militância social antes de que dados oficiais fossem divulgados. Foi nesse cenário que a militância negra começou a pleitear políticas públicas e participar de espaços onde podiam decidir sobre as políticas de enfrentamento à epidemia.

### **Articulação em redes de movimentos sociais**

Um aspecto relevante a ser considerado é que a atuação das entidades pesquisadas na área da saúde é reforçada pela participação em redes nacionais, como são a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a Rede de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, a Rede de Controle Social e Saúde da População Negra.

Estas redes têm incidência no local de atuação, por contribuir ao capital social destas entidades, que redundam em possibilidades de financiamentos para suas ações. Por sua vez, as redes de atuação local são estruturadas tendo como horizonte essas redes maiores às quais as organizações pertencem.

---

<sup>7</sup> Galvão (1997) menciona o caso dos grupos gays, que foram um dos primeiros grupos a atuar com educação produzida e desenvolvida por e entre iguais, em relação à prevenção da epidemia de HIV/Aids.

<sup>8</sup> Para aprofundar como vem sendo construídas as ações de prevenção em HIV/Aids nas redes de militância das religiões de matriz africana, pode ser consultado Silva (2003).

As redes mais abrangentes pautam determinadas temáticas, que modelam o trabalho local das organizações, ao mesmo tempo em que essa atuação “micro” constitui o embasamento das decisões das redes nacionais.

Um exemplo disso pode ser precisamente o HIV/Aids. Os casos das organizações pesquisadas apresentam essa dupla mão: muitas das organizações incluem a temática em suas ações por ser uma pauta das redes nacionais; entretanto, essa pauta surgiu da observação *in loco* dos casos de adoecimento que foram crescendo entre as pessoas atendidas por essas organizações, como mencionamos anteriormente. Podemos citar os trabalhos da ACMUN e Maria Mulher, nas quais a pauta surgiu na relação entre a inserção delas nas redes feministas e de mulheres negras (que propiciaram um olhar treinado para atender a relação entre HIV/Aids, racismo e desigualdades de gênero); e a própria constatação do avanço da epidemia entre as mulheres negras que atendiam. No caso da Rede de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, o avanço da epidemia entre os religiosos de matriz africana foi percebido pelas entidades participantes e pautado como uma questão fundamental de ação.

Pensando na perspectiva das redes, de como estas potencializam os trabalhos pontuais de organizações e militantes, vemos que quando se trata de redes do movimento negro, particularmente de mulheres negras e de religiosos de matriz africana, a participação de organizações e militantes potencializa o trabalho em face ao HIV/Aids.

Por exemplo, o surgimento em 2005 da Rede de Mulheres Negras do PR (já a própria associação se pensa desde o início como rede) potencializou a militância de mulheres negras que tinham uma trajetória mais ou menos extensa em movimentos sociais e como profissionais da saúde. O HIV entra como uma das temáticas de atenção através das redes maiores com as quais a Rede interage, assim como pelas possibilidades de parceria com o setor de DST e Aids da Secretaria de Saúde do Estado do PR.

Cabe salientar que a atuação individual de militantes dentro de instituições públicas se transforma em uma ação coletiva a partir das redes de militância nas quais essas pessoas participam, e potencializa o trabalho dentro da instituição. É o caso da Comissão Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (CEPPIR) dentro do Grupo Hospitalar Conceição (GHC/RS). A CEPPIR foi criada no ano 2003 por um grupo de trabalhadores da instituição, alguns deles militantes



do movimento negro, que realizaram articulações com organizações da sociedade civil para fortalecer as demandas dentro do GHC. A CEPPIR impulsionou a discussão transversal de ações afirmativas, por exemplo, ao pleitear políticas de cotas para negros nos concursos de recursos humanos do GHC, formação dos profissionais em saúde para incorporar o enfoque étnico-racial no atendimento, a abertura da discussão sobre racismo institucional, o diálogo com lideranças religiosas de matriz africana (que levou, em 2008, a criar um “espaço inter-religioso”, no qual os religiosos de matriz africana podem atender a seus fiéis).

Eventos locais e nacionais na área da saúde também se mostraram como importante lugar de constituição e fortalecimento de relações. A abertura desses espaços de discussão com formato de seminários e cursos possibilita o intercâmbio entre os militantes, que ao mesmo tempo em que os atualiza em relação aos temas abordados, articula politicamente e propicia ou incentiva a mobilização e criação de grupos e projetos conjuntos em regiões em que ainda não existiam. Podemos citar o caso da Rede de Mulheres Negras do PR, que no momento da pesquisa estava em processo de constituição. Assistimos ao primeiro seminário organizado pela associação, com a temática Saúde das Mulheres Negras, sediado no auditório da UFPR, ao qual foram convidados representantes da sociedade civil e do poder público para discutirem diferentes dimensões. Pelas observações no local e as conversas com as integrantes da Rede, esse espaço serviu para articulação política, disseminação de informações e visibilidade não só da Rede, mas também da temática de saúde da população negra em Curitiba.

Podemos ainda ressaltar que as redes mapeadas no período de realização da pesquisa, algumas delas incipientes, fortaleceram-se (assim como surgiram outras novas) no contexto atual de aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apontaremos algumas considerações. Em relação à pluralidade da militância em saúde e a relação entre sociedade civil e Estado, mais do que se buscar uma uniformidade, essa diversidade de militância e ação coletiva expressa a necessidade de adequação do poder público como interlocutor que leve em consideração essas especificidades. Sugerimos que muitos dos problemas apontados pela militância decorrem do não

reconhecimento e valorização por parte desses órgãos da pluralidade de formas organizativas e tipos de militância que a sociedade civil apresenta. Além disso, os financiamentos não levam em consideração a necessária continuidade para o desenvolvimento dos projetos. Enquanto os financiamentos visam ações pontuais, a ação das entidades é pensada como um projeto político mais amplo, que envolve mudanças sociais de longo prazo e a ampliação de suas ações atingindo a esfera do próprio poder público.

Quanto ao protagonismo das mulheres negras na militância em saúde e particularmente no enfrentamento ao HIV/Aids, os resultados desta pesquisa abrem vários questionamentos que precisam ser aprofundados em outras pesquisas. Por exemplo, sobre relações de gênero no próprio movimento (como explorou Cruz, 2010). Ou sobre a construção do corpo como lócus de ação política por parte das mulheres negras, que leva a focalizar a interseccionalidade de raça, gênero e produção de saúde (como explorou López, 2009).

Por fim, evidenciamos as potencialidades do trabalho que vincula HIV/Aids e racismo dentro da constituição de redes. As diversas atuações, consolidadas ou embrionárias, mapeadas neste estudo foram interpretadas a partir desta noção, que nos permite identificar os entrelaçamentos de ações que compõem o campo da saúde da população negra e a rede como uma categoria êmica de organização da militância.

Esperamos que este trabalho possibilite uma reflexão ampliada sobre os caminhos percorridos e as contribuições para a constituição da saúde da população negra como campo de atuação, particularmente focando no trabalho que vincula HIV/Aids e racismo que algumas destas organizações da região sul do Brasil empreenderam. Desejamos também contribuir para pensar o atual contexto de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ, S.; LÓPEZ, L. C.; ETCHEBERRY, D.; VIEIRA, M. S. **Saúde da População Negra como Ação Afirmativa**. Porto Alegre: Metrópole, 2008.

CRUZ, S. **Análise do campo da saúde da população negra sob a perspectiva de gênero**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde





Coletiva). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2010.  
GALVÃO, J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids. *In*: PARKER, R. (Org.) **Políticas, Instituições e Aids. Enfrentando a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar/Abia, 1997.

GEERTZ, C. **La interpretación de las culturas**. Barcelona: Gedisa, 1996.

KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. *In*: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da Rede. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2004.

LÓPEZ, L. C. “**Que América Latina se sincere**”: uma análise antropológica das políticas e poéticas do ativismo negro em face às ações afirmativas e às reparações no Cone Sul. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MELUCCI, A. **Asumir un compromiso**: identidad y movilización en los movimientos sociales. *Zona Abierta*, n. 69, p. 153-180, 1994.

SILVA, J. M. A religiosidade afro-brasileira como estratégia possível de educação e prevenção. *In*: **Racismos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Takano Ed., 2003.

# AS EXPERIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO DE ATENÇÃO AO HIV/AIDS EM MOÇAMBIQUE

**Josué Lima**

ICAP – Columbia University

Acho importante inicialmente destacar que as questões relacionadas ao HIV/Aids, direta ou indiretamente, estão contidas em algumas das oito “Metas do Milênio” que foram definidas no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais de saúde. Essas metas, adotadas pelos Estados membros da ONU, foram apresentadas na “Declaração do Milênio” e trazem uma série de compromissos concretos que, se cumpridos nos prazos fixados, deverão melhorar o destino da humanidade neste século.

Os dados de 2009 da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que há 33,3 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVH) no mundo, sendo que 30,8 milhões são adultos (51,6% mulheres) e 2,5 milhões são crianças com menos de 15 anos de idade. Em 2009, 2,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus, sendo 14,2% crianças (< 15 anos). Nesse mesmo ano, 1,8 milhões de pessoas faleceram devido ao HIV, sendo 14,4 % crianças.

A África continua sendo o continente mais atingido pela Aids no mundo, pois quase 70% das PVH encontram-se na África subsaariana, onde o impacto dessa patologia sobre as comunidades tem sido devastador.

Os dados de prevalência do HIV nos países africanos são os maiores já relatados. Entre os dez países com maiores prevalências encontram-se: Suazilândia, Botswana, Lesoto, Zimbabwe, África do Sul, Zâmbia, Malawi, Moçambique, Quênia e Tanzânia. Nesses países, as taxas nacionais de prevalência podem ir de 25,9 % a 7,0% na população de 15 a 49 anos. A principal categoria de exposição ao HIV nos países africanos é a heterossexual. Destacamos também a grande importância da transmissão vertical (mãe-filho). Dados otimistas têm demonstrado resultados de impacto nos últimos anos em relação à redução do número de infecções infantis evitadas com o uso da profilaxia com antirretrovirais em gestantes com HIV. O acesso acelerado ao tratamento antirretroviral (TARV) na África tem diminuído muito a morbi-mortalidade da doença, além de contribuir também para a redução da transmissão do vírus.

Moçambique está entre os países com maior prevalência do HIV no mundo. O país (Figura 1) tem uma localização estratégica ao longo



da costa da África Austral, constituindo passagem para o mar a seis países da região. Moçambique possui uma grande extensão territorial (799.380 km<sup>2</sup>) e é subdividido em 11 províncias. Nos últimos dez anos, o crescimento populacional no país tem sido muito acelerado, com incremento de cerca de um terço do total de habitantes, cuja estimativa para 2010 é quase 23 milhões. Cerca de 70% da população vive na zona rural. A faixa etária jovem é a predominante, sendo que cerca de 47% são menores de 15 anos de idade. A taxa de analfabetismo é bastante alta (50%), sendo que um terço dos jovens (entre 6 e 17 anos) estão fora da escola. A maior parte da força de trabalho (76%) dedica-se a ramos primários de atividade, ou seja, agricultura, silvicultura, pesca e extração de minério.

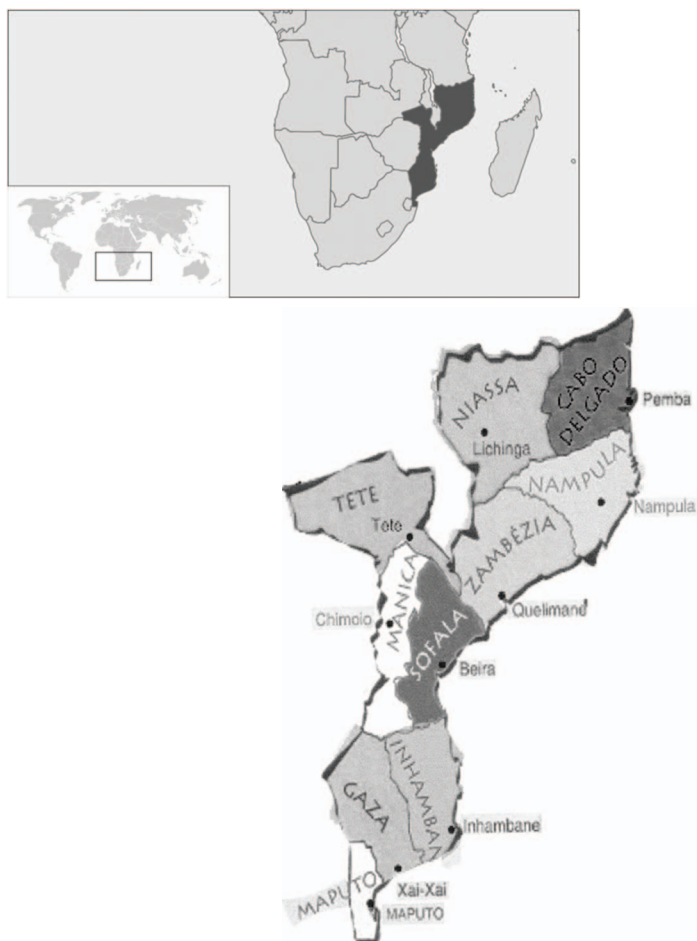


Figura 1: Moçambique – localização geográfica na África e divisão em províncias.

As estimativas de prevalência do HIV em Moçambique têm demonstrado uma taxa nacional de 11,5% (de 15 a 49 anos), mas com marcantes diferenças regionais. A região sul é a mais atingida, com taxa de 17,8%. Já no centro do país encontramos uma taxa de 12,5%, enquanto no norte esse índice é de 5,6%. Algumas províncias podem apresentar taxas muito altas, como é o caso da província de Gaza (região sul), onde a taxa atual é de 25,1% (INSIDA, 2009).

Moçambique vive três epidemias regionais do HIV. A região sul tem níveis altos de prevalência, onde evidencia-se ainda uma tendência crescente, mas com possível estabilização. A região centro, embora com níveis altos de prevalência, já apresenta uma tendência para decrescer discretamente nos últimos anos. A região norte, com níveis mais baixos de prevalência, apresenta tendência para uma estabilização. É importante lembrar que todos os países que fazem fronteira com Moçambique também apresentam altas taxas de prevalência do HIV.

A faixa etária mais acometida pelo HIV é a dos jovens e adultos jovens, e entre os infectados, 59% são mulheres. As estimativas para 2010 é de que 1,7 milhões de pessoas vivam com HIV em Moçambique. As avaliações têm demonstrado que a velocidade do crescimento do número de PVH vem reduzindo nos últimos anos.

Há vários fatores determinantes para o aumento do número de infectados pelo HIV em Moçambique, destacando-se as altas prevalências do vírus e das infecções transmitidas sexualmente, as parcerias múltiplas e concomitantes, o baixíssimo uso de preservativos, entre outros fatores biológicos, econômicos e socioculturais.

O impacto do HIV em Moçambique tem levado a uma crescente demanda para projetos, programas e atividades preventivas e curativas, o que tem provocado uma superlotação nas unidades de saúde e um grande aumento no número de óbitos. Estimativas demonstram uma perda de 9.200 professores e de 15% dos profissionais de saúde até 2010. Os gastos com medicamentos já são astronômicos. O acúmulo de órfãos devido a Aids no país aponta para quase 300 mil em 2010.

Inúmeros programas e projetos vêm sendo desenvolvidos no país voltados à prevenção, cuidados e tratamento do HIV, com grande destaque pelo financiamento externo das ações por parte de organizações não governamentais, cooperações e organismos internacionais.

Os cuidados e tratamento antirretroviral em Moçambique iniciaram-se em 2003, com uma abordagem mais centralizada e desenvolvendo-se em



serviços especializados. Em 2006, iniciou-se nos serviços de saúde que atendiam pessoas com HIV o processo de descentralização e integração para o nível dos cuidados primários de saúde. Isso possibilitou um aumento de unidades sanitárias que atendiam HIV, sendo que em 2004 havia 24 unidades para o atendimento e em 2009 esse número aumentou para 220. No final de 2009, mais de 170 mil pessoas já encontravam-se em TARV no país e um número estimado de quase o dobro desse em seguimento clínico.

No contexto exposto acima, estabeleceu-se em 2004, em Moçambique, o ICAP, que são organizações da Mailman Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, e que estão presentes em diversos países: Camarões, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Lesoto, Moçambique, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Tailândia e Ásia Central (Figura 2).



Figura 2: Países onde o ICAP está presente

Os ICAP têm como missão assegurar o bem-estar das famílias e das comunidades através do fortalecimento dos sistemas de saúde ao redor do mundo. A visão dos ICAP é promover cuidados de saúde de qualidade e que devem ser disponibilizados para todos. A organização tem liderado esforços no apoio à prevenção, cuidados e tratamento para HIV/Aids e afecções correlacionadas em vários países em desenvolvimento e tem encorajado a promoção de serviços de alta qualidade, com enfoque para os governos centrais no âmbito da capacitação para o elaboração e implementação de programas. Além do apoio ao nível central dos países, os ICAP também apoiam intensamente as estruturas governamentais nas províncias, distritos e nas unidades sanitárias, com inclinação para os cuidados primários integrados de saúde.

O escritório central do ICAP (ICAP – Nova Iorque), composto por inúmeros especialistas com conhecimentos em várias áreas ligadas à saúde e atentos às mais recentes evidências científicas e às boas práticas, apoia os diversos programas nos países em que estão presentes.

O ICAP–Moçambique, em coordenação com o Ministério da Saúde do país desde agosto de 2004, apoia a expansão e o acesso aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV/Aids na cidade de Maputo e em quatro outras províncias das regiões norte, centro e sul, a saber: Gaza, Inhambane, Zambézia e Nampula. Além dos programas relacionados aos cuidados e tratamento a adultos e crianças, o ICAP-Mz, com uma equipe de mais de 200 profissionais nacionais e internacionais, apoia também ações voltadas ao suporte psicossocial, à saúde materno-infantil, à prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV), à pediatria, à tuberculose (TB), a laboratórios clínicos, à farmácia, à nutrição, ao aconselhamento e testagem do HIV, à capacitação, a avaliações em saúde pública e à monitoria e avaliação. Destaque especial deve ser dado ao grande número de capacitações oferecidas aos diferentes profissionais de saúde por meio de mais de 800 treinamentos em formação contínua (Figura 3), a formação de quase 1000 educadores de pares e o apoio a 269 profissionais de saúde em formação inicial.





Figura 3: Capacitação realizada na província da Zambézia (região central)

O ICAP tem trabalhado também em estreita parceria com o Ministério da Defesa de Moçambique, apoiando duas das suas Unidades Sanitárias e nas mesmas áreas já citadas.

O apoio do ICAP nas unidades de saúde que oferecem cuidados e tratamento em HIV/Aids vem sendo expandido, e atualmente apoia 62 unidades sanitárias que atendem adultos, sendo que a maioria dessas também atendem crianças com o vírus. O apoio aos serviços de saúde materno-infantil, especialmente no componente da PTV, foi expandido para um total de 132 unidades sanitárias, sendo dois “Centros Modelos de Cuidados em Saúde Materno-Infantil e PTV”. A maioria dessas unidades já tem acesso aos exames de PCR DBS para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em crianças expostas. O apoio em aconselhamento e testagem voluntária e iniciado pelo provedor é apoiado em 55 unidades sanitárias do país. O apoio em adesão e suporte psicossocial, cujo objetivo principal é apoiar os usuários durante todo o seu percurso, do diagnóstico ao TARV, e evitar, dessa forma, as ausências e os abandonos no seguimento clínico, ocorre na maioria das unidades em que o ICAP está presente. Ressaltamos também o apoio nas atividades colaborativas de TB e HIV em 55 serviços de HIV/Aids e 51 serviços de TB. Até o momento, um total de 263.189 PVH foram inscritos em cuidados e tratamento nas unidades sanitárias apoiadas pelo ICAP, dos quais 22.065 (8,4%) possuíam idade compreendida entre 0-14 anos (Figura 4). Um

total cumulativo de 95.309 pacientes iniciou TARV nas Unidades Sanitárias apoiadas pelo ICAP, incluindo 8.162 crianças (8,6%). Do total de pacientes HIV atualmente em tratamento e seguimento em Moçambique, cerca de um terço recebem apoio do ICAP.

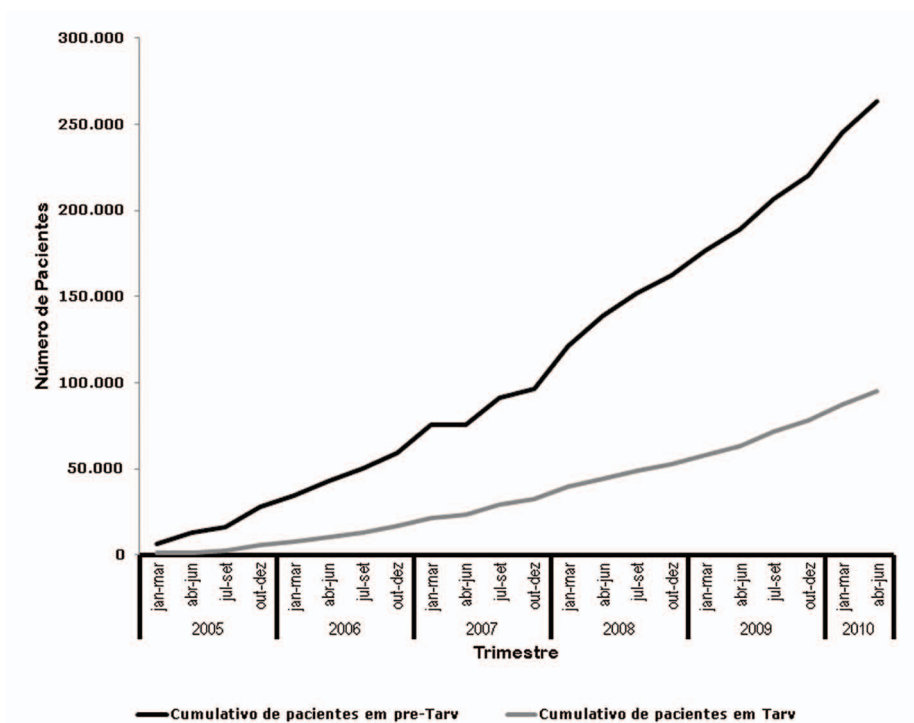


Figura 4: Pacientes inscritos em cuidados e tratamento antirretroviral com suporte ICAP – 2010.





Todo esse suporte pode ser otimizado e adequado por meio das inúmeras reformas e adaptações promovidas nas infraestruturas físicas de 70 unidades de saúde do país, incluídos hospitais urbanos e rurais, laboratórios e centros de saúde (Figura 5).



Figura 5: Clínica no Hospital Central da Nampula (região norte) e Laboratório do Hospital Geral de Mavalane – Maputo (região sul)



Todas as atividades mencionadas acima estão centradas nas diretrizes e princípios do ICAP de apoiar serviços de alta qualidade através de parcerias e atividades de mentoria, que possuem o núcleo familiar como principal foco da atenção (Figura 6). O ICAP-Mz tem procurado fortalecer o Serviço Nacional de Saúde de Moçambique nos diversos níveis, através da assistência técnica e desenvolvimento de capacidades, infraestruturas, treinamentos e pessoal técnico. Nos últimos três anos, um processo de transição e garantia da sustentabilidade das ações foi iniciado pelo ICAP, de forma a garantir que o governo e a sociedade civil local possam responder cada vez mais integralmente na luta contra a epidemia do HIV, assim como outros agravos de saúde correlacionados.

O ICAP em Moçambique é financiado com recursos do governo americano por meio do PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS*

*Relief*). O PEPFAR foi lançado em 2003 e é reconhecido como único entre as iniciativas internacionais voltadas ao HIV desenvolvidas por um país.



Figura 6: Crianças em oficina de pintura sobre o tema “Família”



**ICAP**

Global. Health. Action.  
COLUMBIA UNIVERSITY  
Mailman School of Public Health



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. “UNAIDS/10.11E | JC1958E”.

ICAP – Columbia University – <http://www.columbia-icap.org>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – <http://www.ine.gov.mz>

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009 (INSIDA, 2009). Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE – <http://www.misau.gov.mz>

RABKIN, M.; El-SADR, W.; ABRAMS, E. Care and Treatment of HIV/AIDS in Resource-Limited Settings – The Columbia Clinical Manual, 2005.

# SÍNTESE DA PORTARIA 992 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

## 14/05/2009

**Cleusa Aparecida da Silva**

### SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS

Primeiramente quero agradecer a Unicamp e principalmente a Coordenação e toda equipe responsável pela realização do I Simpósio de Saúde da População Negra e HIV-Aids, realizado em maio de 2010, assim como a equipe responsável pela organização, produção e publicação do livro “SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA HIV/Aids – Pesquisas e Práticas”. Agradecer a oportunidade de contribuir com esta produção, elaborando uma breve síntese da trajetória de luta dos movimentos sociais negros, em Campinas e no Brasil, em defesa da saúde pública e da saúde da população negra. E que culminaram com a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e a publicação da Portaria 992 do Ministério da Saúde no Diário Oficial da União, no dia 14 de maio de 2009, que constitui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Convite este recebido com muito orgulho, posto que 2011 seja o “Ano Internacional dos Afrodescendentes”, instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU), e a Unicamp ao longo da história tenha contribuído imensamente com constituição do conceito saúde da população negra, que ganhou visibilidade e conquistou legitimidade no interior do movimento pela reforma sanitária na construção do Sistema Único de Saúde. Reconstruir a trajetória destes movimentos realizados na cidade metropolitana de Campinas explicita que trilhamos caminhos múltiplos no Brasil, ressuscitaram-se vivências, experiências e memórias que nos une na temporalidade, na espacialidade e no território, no enfrentamento cotidiano aos três sistemas mundiais de dominação: o racismo, o sexismo patriarcal e o capitalismo.

E transgridem a constituição do conceito “saúde da população negra”, que subsidiou a formulação e efetivação da Portaria 992 do Ministério da Saúde, sobre a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da População Negra. Esta publicação explicita a constituição de mais um marco institucional pró-consolidação de princípios



básicos do Sistema Único de Saúde ainda não alcançada: a equidade e a integralidade das políticas públicas. “Nossa história vem de longe” e apontamos, ao longo desta trajetória, que ao Estado brasileiro cabe o papel de ser propulsor como exemplaridade de políticas públicas efetivas, de promoção da igualdade: étnico-racial, de gênero, de geração, de deficiência, de orientação sexual. Que o racismo, o sexismo-patriarcal são ideologias que orientam e organizam o pensamento social (estado – sociedade) e têm impacto estrutural na qualidade de vida das pessoas. Cujos resultados são maiores riscos: de adoecer e morrer por mortes evitáveis, de menor expectativa de vida, de maior taxa de morbi-mortalidade e de inúmeras desigualdades: no acesso, na prevenção, no diagnóstico, na terapia e cura, e que retroalimentam as desigualdades: de tratamento, de oportunidade e de condições em todas as áreas sociais no Brasil, comprovando que o racismo faz mal à saúde.

O livro “Saúde da População Negra HIV/Aids – Pesquisas e Práticas” reafirma a aliança mútua, uma transposição nos “muros acadêmicos” que contabilizam para além dos aspectos biomédicos do conceito saúde da população negra, e apontam elementos construídos socialmente, a exemplo: bem-estar, qualidade de vida, posto que as iniquidades produzidas pela sociedade recrudescam os fatores sociais determinantes nas condições de saúde da população. Como demonstram os indicadores de pesquisas, as literaturas e fontes de informações sobre o tema. No universo dos debates, a cidade metropolitana de Campinas, a própria Unicamp ao longo da história, está envolvida e fortalecendo a inclusão de temas referentes ao impacto biopsicossocial do racismo na vida das pessoas, vítimas dessas mazelas. Neste sentido esta publicação realizada pela Unicamp soma-se a esforços coletivos e compromissos assumidos pela academia, governos e uma diversidade de atores sociais e políticos na produção, na ampliação e no intercâmbio de conhecimentos e saberes sobre o impacto do HIV/Aids na vida da população negra.

População esta que vivencia no seu cotidiano diferentes dimensões da vulnerabilidade (preconceito, discriminação, violência, violação de direitos). O desafio posto na atual conjuntura é de incidir no repertório das desigualdades de tratamento, de oportunidade e de condições em saúde, maculado pela simbiose do racismo e do sexismo institucional. Nesta perspectiva, construir caminhos para a consolidação da equidade, da integralidade no Sistema Único de Saúde, que com a Portaria 992 começa a sair do papel. Isto é, deixar de ser um conjunto de disposições,

medidas e procedimentos que traduzidos orientam a política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas ao interesse público. As políticas públicas em saúde integram um campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população, dos ambientes, do trabalho e da vida no planeta.

Revisitando a trajetória dos movimentos sociais que se articulam em defesa do Sistema de Seguridade Social com ênfase no SUS, percebemos que no século XX vários marcos institucionais foram conquistados pela população brasileira, fruto de mobilizações e de luta social em defesa de direitos humanos, econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais. Destaco, neste breve relato, as estratégias adotadas pelo Movimento Negro e, principalmente, o Movimento de Mulheres Negras no Brasil e seu pioneirismo na produção de conhecimentos e ação permanente; a exemplo citarei apenas duas lideranças (Werneck J. e Lopes F. texto Saúde da População Negra – Da conceituação às políticas públicas de direito, publicado no livro “Mulheres Negras: Um Olhar sobre as Lutas Sociais e as Políticas Públicas no Brasil”. Criola, Rio de Janeiro, 2010). Para ilustrar, formas, pessoas e literaturas que priorizam o enfrentamento ao racismo e ao sexismo institucional. A discriminação institucional permeia todas as ações e procedimentos nos serviços de atendimento à saúde, e em todas as áreas sociais, nos espaços públicos e privados e explicitam a incompetência destes órgãos em suprir todas as necessidades de uma determinada população.

Assim, a tarefa coletiva de busca de eliminar a discriminação e garantir igualdade de oportunidades, de tratamento e de condições no acesso aos bens potencialmente disponíveis e respeito à diversidade em todas as esferas da vida pública e privada explicitam um novo horizonte para as políticas públicas no Brasil. Uma das conquistas fundamentais dos movimentos sociais foi a introdução, na Constituição Federal de 1988, do sistema de seguridade social, do qual a saúde figura como direito universal; de acordo com a Constituição Federal (artigo 196) "a saúde é um 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". É no contexto dessa nova ordem social focada na promoção do bem de todas as pessoas, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 1988, art. 3º, inc.IV), que o Sistema Único de Saúde/SUS é criado.



O SUS foi instituído como uma política de Estado para garantir a saúde como um direito efetivo para todas e todos. A organização de suas ações e serviços tem como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade para garantir que políticas, ações e programas respondam adequadamente às necessidades das populações em condições de desigualdade e para que sejam ofertadas ações diferenciadas para grupos com necessidades singulares e específicas. Desde o ponto de vista organizativo e programático, a integralidade é o princípio fundamental do SUS, dado que garante a todas as pessoas uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema. E também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (Brasil, 2009). O princípio da equidade em saúde garante a igualdade da atenção, sem privilégios ou preconceitos, e impõe ao Sistema a obrigatoriedade de disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades em saúde de cada pessoa (Brasil, 2009). Por meio desse princípio há o reconhecimento de que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição essencial para sua redução, sobretudo aquelas consideradas desnecessárias e evitáveis, e julgadas injustas quando da análise do contexto e das condições de saúde dos demais membros de uma sociedade (WERNECK J. e LOPES F.).

O conceito de saúde da população negra, cunhada pelo movimento negro na década de 80, em plena reforma sanitária, e aprimorada pelo movimento de mulheres negras na década de 90, está orientada pela análise sistemática das desigualdades raciais em saúde e no julgamento de que sua manutenção, ao longo dos séculos, é determinada pelo racismo, pelo sexismo patriarcal e outras formas de inferiorização social a ele associadas (WERNECK, 2010). Como afirma Marques (1995, 2007) o racismo opera, basicamente, por meio de duas lógicas: a desigualitária ou da inferiorização e a da diferenciação. Na primeira, ele inscreve os grupos racializados na teia das relações sociais, concedendo-lhes um lugar de inferioridade, desvalorização e menosprezo social. Na segunda, os grupos racializados são percebidos como uma ameaça que deve ser afastada, não lhes sendo admitido qualquer lugar no sistema social. Corresponde a um desejo de rejeição, de exclusão, de distanciamento e,

nas situações extremas, de expulsão ou destruição. Para o autor, nesse caso, o outro é considerado poluente, como um corpo estranho, ameaçador da homogeneidade social e dos valores que permitam reconhecimento de identidade, “nós”, menciona Werneck J.

É a partir dessa compreensão sobre a operação do racismo e do pressuposto de que saúde e doença não são fatalidades ou "obras do destino", que ativistas, pesquisadores, profissionais de saúde, gestores negros (em sua maioria mulheres negras) e outros atores políticos orientam suas ações em busca da equidade e da integralidade, considerando o racismo e a discriminação racial como fatores determinantes das condições de saúde. Não se trata de utilizar a noção de raça construída no campo da biologia e da genética ou ressaltar especificidades biológicas, dado que apenas 0,012% das variações genéticas são responsáveis por diferenças entre humanos, de acordo com Witzig (1996).

A saúde da população negra, enquanto campo de produção de conhecimento e saberes, atitudes, práticas e estratégias de gestão, é construída e aprimorada a partir da necessidade de compreender e intervir nos impactos do racismo sobre a saúde das pessoas, em particular de negras, de confrontá-los e superá-los como pressuposto para a consecução de uma sociedade efetivamente democrática, menos desigual e injusta (WERNECK J. e LOPES F.).

Este breve relato não permite uma retrospectiva cronológica da incidência contemporânea em torno do estabelecimento de uma política nacional de saúde da população negra; devido à extensão dos eventos, o cenário tem como pano de fundo não apenas as lutas negras da segunda metade do século XX, mas também as demais mobilizações sociais, tanto no plano nacional quanto internacional, por acordos assinados pela diplomacia brasileira que permitam um horizonte de justiça e equidade racial.

Vejamos, a seguir, uma síntese dos eventos ocorridos na cidade metropolitana de Campinas que contribuíram para a consolidação e publicação da Portaria 992 do Ministério da Saúde, que constitui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra.





## **SÍNTESE DOS ANAIS DA HISTÓRIA NA DÉCADA DE 90**

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, na gestão do Dr. Gastão Wagner, foi uma das cidades pioneiras que em resposta às demandas dos movimentos sociais negros, o legislativo/executivo sancionou a Lei Municipal que determina às maternidades da cidade incluir no teste do pezinho, realizado no nascimento, o diagnóstico da anemia falciforme, uma patologia de maior incidência na população negra. Vejam abaixo:

a) Decreto 13834/2002 – Regulamenta a Lei 9479 de 20/11/97 que institui o Programa de Acompanhamento e Aconselhamento Genético Preventivo e Assistência Médica Integral às pessoas portadoras de traço falciforme e com anemia falciforme no município de Campinas e dá outras providências.

b) Lei 9216/1997 – Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização dos exames diagnósticos de hemoglobinopatias no período neonatal, nas maternidades e estabelecimentos hospitalares congêneres do município de Campinas.

c) Lei 9479/1997 – Programa de Acompanhamento e Aconselhamento Genético Preventivo e Assistência Médica Integral às pessoas portadoras de traço falciforme e com anemia falciforme no município de Campinas e dá outras providências.

Para realizar a gestão partilhada desta política pública foi constituído um Grupo de Trabalho de Acompanhamento Permanente, com representações da sociedade civil, gestores públicos e conselheiros.

## **FORTALECIMENTO DAS LUTAS A PARTIR DE 2001**

I Seminário Municipal de Saúde da População Negra – Desafios e Perspectivas no SUS (20 e 21/03/2001), com enfoque na anemia falciforme, impulsionado pelo órgão assessor ao gabinete do Prefeito Antonio da Costa Santos, denominada Coordenadoria de Assuntos da Comunidade Negra em ação transversal com a Secretaria Municipal de Saúde – Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Coordenadoria da Mulher, Coordenadoria da Juventude e movimentos sociais elaboraram diretrizes e estratégias de mobilização, de capacitação de gestoras, conselheiros e espaços de

troca entre saber ancestral das comunidades tradicionais de terreiros (fitoterápicos – ervas medicinais).

**2003:** II Seminário Municipal de Saúde da População Negra (21 e 22/03/03), organizado pela Coordenadoria de Assuntos da Comunidade Negra em ação transversal com a Secretaria Municipal de Saúde – Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Sanasa, Ceasa, Secretaria Municipal de Educação, Coordenadoria da Mulher, Coordenadoria da Juventude, CIPOI/Boldrini e contou com a participação de palestrantes renomadas, especialistas em saúde da população negra, Dr.<sup>a</sup> Jurema Werneck (Criola – RJ) e Dr.<sup>a</sup> Fátima Oliveira (Rede Feminista de Saúde).

**2004:** Coordenadoria de Assuntos da Comunidade Negra e o Programa Municipal HIV/Aids contaram com o apoio do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, e Comunidades Tradicionais de Terreiros organizaram seminários, oficinas, rodas de conversas descentralizadas nas comunidades do axé, cujo enfoque era a temática da vulnerabilidade da população negra no enfrentamento ao HIV/Aids e outras DSTs, foram produzidos cartazes e cartilha.

**2005:** Coordenadoria de Assuntos da Comunidade Negra publica uma Cartilha sobre ações educativas socioambientais, em parceria com as comunidades tradicionais de terreiros e contou com apoio técnico na produção, publicação da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Ceasa, Sanasa, Coordenadorias da Juventude, da Mulher, do Orçamento Participativo dos Conselhos; Saúde, Meio Ambiente, Participação, Desenvolvimento da Comunidade Negra, entre outros pares.

**2007/2008:** Conselho Municipal de Saúde de Campinas, seguindo os passos do Conselho Nacional de Saúde, amplia a participação da sociedade civil e inclui movimentos sociais: negros, LGBT, juventude, entre outros, fortalecendo a democracia agregam às demandas os novos sujeitos sociais e políticas protagonistas nas últimas décadas do século XIX e constituem o Grupo de Trabalho Saúde da População Negra.

**2009/2011:** O GT Saúde da População Negra está atualmente finalizando o desenho institucional do Comitê Técnico de Saúde da



População Negra, como determina a Portaria 992 do Ministério da Saúde, e será publicado no Diário Oficial do Município de Campinas. Cujas composição é paritária: 50% representação de gestores públicos em saúde e 50% sociedade civil organizada, e responde diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. O Comitê Técnico de Saúde da População Negra é uma instância da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e está organizando o III Seminário Municipal sobre os Desafios e Perspectivas da Efetivação da Portaria 992 pelo SUS Campinas, que será realizado no dia 27/10/11, Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra, e ocorrerá no Plenário da Câmara Municipal de Campinas. Vejamos abaixo uma síntese da Portaria 992 do Ministério da Saúde, o texto na íntegra ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

## **PORTARIA 992 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra**

### **DIRETRIZES GERAIS**

- Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde.

- Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.

- Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.

- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas.

- Promoção de ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde.

- Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

**OBJETIVO GERAL:** Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde.

- Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social.

- Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.

- Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.

- Definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde.

- Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra, visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.

- Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar.

- Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando a garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios.

- Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

## **ESTRATÉGIAS DE GESTÃO**

- Implementar ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão.

- Desenvolvimento de ações específicas para a redução das



disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbi-mortalidade materna e infantil e naquela provocada por causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, transtornos mentais.

- Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas.

- Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.

- Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios.

- Articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, qualificação e humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação.

- Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

- Incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar.

- Implantar e implementar os Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM n.º 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004b).

- Elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas.

- Fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da

referida população aos serviços e ações de saúde.

- Articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra.

- Apoio técnico e financeiro para implementação desta Política, incluindo as condições para realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos Estados e Municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social.

- Estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando a promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

- Implementar o processo de monitoramento e avaliação das ações desta Política nas distintas esferas de gestão.

## **RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO**

### **Gestor Estadual**

- Apoio à implementação desta Política em âmbito nacional.
- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual.

- Garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual 2008-2011, em consonância com as realidades locais e regionais.

- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.

- Implantação e implementação do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra ou instância similar.

- Apoio à implantação e implementação dos Comitês Técnicos



Municipais de Saúde da População Negra ou instâncias similares.

- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

- Elaboração de materiais de divulgação visando a socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

- Articulação Intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política.

- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

### **Gestor Municipal**

- Implementação desta Política em âmbito municipal.

- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.

- Garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial 2008-2011, em consonância com as realidades e necessidades locais.

- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos.

- Implantação e implementação de Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra ou instância similar.

- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

- Articulação Intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política.

- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

- Elaboração de materiais de divulgação visando a socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Apoio aos processos de educação popular em saúde, pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial: Brasília, 30 de junho a 02 de julho de 2005: Relatório Final – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2005.

LOPES, F. Se você me nega, eu me assumo. O direito à saúde e a busca por justiça social. **Jornal Irohin**, número 18. Disponível em: <http://www.irohin.org.br/imp/template.php?edition=18&id=50>.

LOPES, F.; QUINTILIANO, R. **Racismo institucional e o direito humano à saúde**. Democracia Viva, 2007, n. 34, p. 8-16.

**Nem Gênero, Nem Raça: mulheres negras como sujeitos das políticas públicas**. Rio de Janeiro: AMNB, 2007 (mimeo).





WERNECK, J. **Mulheres Negras**: Um Olhar sobre as Lutas Sociais e as Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

\_\_\_\_\_. Mulheres jovens negras e vulnerabilidades ao HIV/Aids: o lugar do racismo. *In*: TAQUETTE, S. (Org.). **Aids e Juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro: EdUERJ, p.247-266. (no prelo).

\_\_\_\_\_. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. *In*: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/FUNASA. Lopes F. (Org.). **Saúde da População Negra no Brasil**. Brasília: Funasa, 2005, p. 315-386.

# ACOLHIMENTO E ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HIV/AIDS PARA A POPULAÇÃO NEGRA, NO MARANHÃO E EM SÃO PAULO

István van Deursen Varga

## INTRODUÇÃO

O projeto “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, no Maranhão e em São Paulo” (VARGA, 2005), do Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), foi financiado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), através da chamada para seleção de pesquisas sobre população negra e HIV/Aids número 2/2005, do Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids) do Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)/Unesco, gerando, para sua execução, o contrato Unesco/Fundação Souzafrade para o Desenvolvimento da UFMA, número SA-4821/2006, de 18/5/2006.

A Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (UPDT) do PN DST/Aids, no entanto – por considerar insatisfatórios os resultados alcançados até 11/6/2007 (data de realização do “2º Workshop de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa da Chamada 323/2005”, em Brasília), por considerar que a metodologia adotada não era “científica” (sic), e priorizando a obtenção de dados quantitativos que demonstrassem ou refutassem, com rigor estatístico, a tese da presença de práticas racistas em serviços de saúde – impôs uma profunda reformulação do projeto, de modo a que, a curtíssimo prazo, tivéssemos os resultados finais da pesquisa, com todos os dados coletados, processados e analisados.

Para tanto, reduziu-se drasticamente o universo da nova pesquisa (“Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, em dois SAEs de São Luís/MA” – cf. VARGA, Org., 2007, 1-2), que passou a ser o dos usuários de dois Serviços de Atendimento Especializado em DST/Aids (SAEs) em São Luís/MA: o do Hospital Presidente Vargas (HPV), gerenciado pelo Governo do Estado, com aproximadamente 1355 pacientes inscritos, e o do Centro de Saúde de Fátima (CSF), com 720 pacientes cadastrados e gerenciado pelo Município de São Luís, num total de 2075 usuários.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de corte transversal.

Utilizamos-nos de uma adaptação do instrumento de coleta de dados da pesquisa internacional multicêntrica, denominada *Enhancing Care Initiative* (ECI): a partir da realização de um pré-teste, com base no qual foram feitas as adaptações necessárias ao questionário, para sua aplicação definitiva.

Foi realizada uma amostra de conveniência, em que se buscou o maior número de indivíduos no período de tempo previsto para a coleta de dados (amostra de casos consecutivos), conforme Hulley e Cummings *apud* Lopes (2003). Os pacientes que aguardavam sua consulta foram convidados a participar da pesquisa, excluindo-se menores de 18 anos de idade, pessoas que estivessem se sentindo mal ou sem condições físicas e mentais para participar. As pessoas que aceitassem participar da pesquisa eram encaminhadas, individualmente, para uma sala reservada, onde era realizada a entrevista.

A amostra final envolveu 156 usuários do Hospital Presidente Vargas e 92 do Centro de Saúde de Fátima, num total de 248 usuários entrevistados, entre 22 de outubro e 07 de dezembro de 2007, em todos os dias da semana e todos os períodos de atendimento, de modo a representar a população atendida no serviço.

Para as variáveis nominais ou categóricas, empregou-se o teste do qui-quadrado de *Pearson* com nível de significância de 5% para comparar proporções. Para os dados numéricos, utilizou-se a estatística descritiva e para a comparação de médias, utilizou-se o teste t de *Student* não pareado (nível de significância de 5%). Para a análise estatística foram utilizados os programas SPSS 16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e XLSTAT versão 2009.4.03 (Copyright Addinsoft, 1995-2009).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra e cumpre os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki. O termo de consentimento livre e esclarecido pré-informado foi elaborado de acordo com as regras estabelecidas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa de campo propriamente ocupou cerca de seis meses do cronograma do projeto, consistindo na seleção e capacitação de

entrevistadores, numa etapa de pré-teste da pesquisa, com a aplicação experimental de questionário adaptado da pesquisa ECI, seguida de algumas readaptações deste questionário, que se mostraram necessárias, e, finalmente, na aplicação deste questionário em sua versão definitiva, contendo uma questão sobre a cor/raça do/a entrevistado/a (a ser respondida por autoidentificação do/a próprio/a entrevistado/a) e as demais 74 referentes a diversos aspectos de suas condições de vida e a seu acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids nos SAEs.

Tanto nos procedimentos e critérios de inclusão dos entrevistados, como nos dos entrevistadores e em sua capacitação, assim como no processamento e análise dos dados colhidos, seguimos os mesmos adotados na pesquisa ECI e por Lopes (2003):

#### CÁLCULO DA AMOSTRA

Hospital Presidente Vargas: 1.359 pacientes inscritos

Centro de Saúde de Fátima: 716 pacientes inscritos

TOTAL: 2.075 pacientes inscritos

Considerando a população finita de 2.075 pessoas, aplicamos a seguinte equação (MEDRONHO, 2006):

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} NP(1-P)}{\epsilon^2 (N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

Considerado:

- N=2.075, número de pessoas atendidas em ambos os SAEs;
- P=50% consideram o atendimento bom (conforme LOPES, 2003);
- $\alpha=5\%$  (conforme LOPES, 2003);
- Intervalo de confiança de 90% (conforme LOPES, 2003);
- temos amostragem definida em 90 pessoas para o SAE do Hospital Presidente Vargas e 84 para o SAE Fátima, totalizando 174 pessoas.

Na análise das variáveis numéricas (renda individual, renda familiar, escolaridade, idade, etc.), para a comparação entre os entrevistados



negros e não negros, foi utilizado o teste “t” de *Student* não pareado, com nível de significância (“p”) de 5%. Para as variáveis nominais ou categóricas foi realizado teste do  $\chi^2$ , com nível de significância de 5%.

A diferença da pesquisa ECI e de Lopes (2003), no entanto – que adotaram categorias de cor/raça (“branca”; “preta/negra”; “parda/morena/morena clara/mestiça”; “amarela/oriental”; “outra: \_\_\_\_\_”; “não quer informar”, “não sabe informar” – cf. LOPES, 2003, p. 204)<sup>9</sup> ainda diversas das do IBGE – optamos por adotar exatamente as mesmas categorias utilizadas pelo IBGE (“branca”, “preta”, “parda”, “amarela”, “indígena”, acrescidas de “não quer informar”, “não sabe informar”, conforme a pesquisa ECI e LOPES, 2003, que em sua somatória corresponderiam à categoria “sem declaração”, adotada pelo IBGE – cf. VARGA (Org.) 2007-2, p. 34), por entender que, como neste momento estas constituem o instrumento adotado no planejamento de políticas públicas, permitiria melhor aproveitamento para sua discussão e para a formulação de subsídios a elas.

Nesta presente pesquisa, assim como para o IBGE, o grupo dos usuários negros foi definido a partir da somatória dos autoidentificados como de cor/raça “preta” e “parda”.

Foram selecionadas/os e capacitadas/os um total de 15 entrevistadoras/os, todas/os profissionais de nível superior, com experiência em serviço ou projeto de atenção às DST/Aids. Como dentre estas/os entrevistadoras/es várias/os são funcionárias/os dos SAEs, cujas clientelas se está estudando, estabeleceu-se que estas/es funcionárias/os não entrevistariam os usuárias/os de seus próprios serviços, apenas os do outro SAE.

## RESULTADOS

Foram realizadas 248 entrevistas entre os meses de outubro e dezembro de 2007, nos SAEs do Hospital Presidente Vargas e do Centro de Saúde de Fátima, na cidade de São Luís, Maranhão. Do total das entrevistas, houve 01 (uma) em que o/a usuário/a não soube se identificar em relação às categorias de cor/raça apresentadas (IBGE), motivo pelo

---

<sup>9</sup> Transcrevemos os comentários de Lopes (2003) a respeito, no tópico “6.1.11 Validade das categorias e terminologia racial adotadas”: “2. embora as condições de vida de mulheres brancas, indígenas e de ascendência asiática sejam diferentes, a opção pelo agrupamento foi motivada pela baixa frequência de mulheres nas categorias de cor amarelas e indígenas (n = 8).” (LOPES, 2003, p. 150).

qual este questionário foi excluído da análise de dados, pois foram trabalhadas as categorias de usuários negros e não negros.

Os indivíduos foram divididos em dois grupos a partir da variável dependente cor/raça. Dentre os entrevistados, destaca-se que 80,2% identificaram-se como negros e 19,8% não negros, num total de 247 entrevistas analisadas.

Mostraram-se estatisticamente diferentes em relação à raça/cor as variáveis:

- Consumo de bebidas alcoólicas: 30,3% dos negros consumiam algum tipo de bebida alcoólica, contra 18,4% dos não negros.

- Consumo de maconha: 19,2% dos negros relataram seu consumo, contra 28,6% dos não negros.

- Busca de apoio da Igreja: 24,7% dos negros, contra 46,9% dos não negros.

- Serem atendidos sem serem olhados: 11,6% dos negros, contra 26,6% dos não negros.

- Passar por dor ou desconforto por erro do serviço: 6% dos negros, contra 16,3% dos não negros.

As demais variáveis, embora frequentemente indicassem importantes diferenças entre negros e não negros, não apresentaram variações estatisticamente significantes entre os dois grupos estudados.

O processamento estatístico e a análise dos dados colhidos não indicou diferenças significantes quanto às experiências dos indivíduos negros e não negros enquanto pessoas vivendo com Aids. Para os entrevistados, as informações levantadas parecem indicar que esta condição é que passou a ser a principal variável e agravante, num multifacetado processo de exclusão e de vulnerabilidade, que se revela em várias dimensões e aspectos de sua qualidade de vida, abordados pelas entrevistas.

A grande maioria de negros entre os usuários entrevistados nesta pesquisa parece condizente e proporcional com a grande maioria de negros entre a população geral do Maranhão, segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

A renda individual média dos negros era de R\$ 479,55±492,96, enquanto a dos não negros era de R\$ 547,13±651,16 ( $p > 0,6$ ).

A renda familiar média variava de R\$ 655,72±685,06 para os negros, enquanto para os não negros era de R\$ 776,05±1516,78.



No que se refere à distribuição por gênero, entre os negros havia maior proporção de mulheres (51%), enquanto entre os não negros havia maior proporção de homens (53,1%).

A média de anos de estudo para o total de usuários entrevistados foi de  $7,25 \pm 3,86$  anos.

O grupo dos negros entrevistados chama atenção, no entanto, por revelarem piores condições de vida e maior vulnerabilidade social em relação ao dos não negros, em vários aspectos:

- nele, as mulheres eram significativamente mais numerosas que os homens (reflexo da tendência de feminização da epidemia, ou por “se cuidarem mais” e, conseqüentemente, procurarem mais os serviços de saúde, sendo diagnosticadas e tratadas mais precocemente?... ) e que no grupo dos não negros;

- como neste grupo predominam as mulheres, ambas as condições (a de ser negra e de ser mulher) sobredeterminavam-se, agravando sua vulnerabilidade social;

- entre os negros era menor o número de anos de estudo em relação aos não negros:  $7,21 \pm 3,9$  anos para os negros, e de  $7,54 \pm 3,6$  anos para os não negros ( $p > 0,6$ );

- 6,6% dos negros apresentavam menos de 01 ano de escolaridade, contra 2% dos não negros;

- entre os indivíduos que responderam não terem escolaridade alguma, 92,9% eram negros ( $p > 0,67$ );

- era maior o número de negros entre os que habitam em condições mais precárias; dentre os que responderam morar em casas de taipa, 78,3% eram negros ( $p > 0,11$ ).

No que se refere à vulnerabilidade individual e fatores de risco, o grupo dos negros chama atenção pelas seguintes características:

- 17,2% dentre as negros informaram que, mesmos após o diagnóstico positivo para o HIV, nunca fizeram uso de preservativo em suas relações sexuais;

- 12,6% deles diziam pensar em ter filhos e apenas 70,2% relataram uso de preservativos para evitar filhos (o que certamente impacta nas taxas de transmissão vertical entre negros);

- tinham 1,4 vezes mais chances de não se perceberem doentes que os não negros, porque a maioria (62,1%) de seus testes foram feitos por iniciativa dos serviços de saúde;

- sua percepção quanto à prevenção e autocuidado era precária: apenas 22,7% dos negros entrevistados decidiram fazer o teste por precaução e/ou por se considerarem infectados.

No que se refere ao acolhimento pelos serviços estudados, 44,9% informaram não ter recebido nenhuma orientação no serviço de saúde em que realizaram o exame para o HIV, contra 46,9% dos não negros ( $p > 0,49$ ).

Totalizaram 11,6% os negros que se sentiram mal acolhidos (8,6% sentiram-se tratados com indiferença, 2% discriminados, 1% com acusação ou tom de crítica), contra 12,2% entre não negros.

Neste aspecto, o grupo dos negros também chama atenção, no entanto, por:

- ao receberem o resultado positivo do exame para o HIV, 8,1% informaram que o profissional de saúde apenas entregou o resultado sem nada a dizer, contra 4,1% entre não negros;

- havia usuários negros que não foram atendidos por médico clínico ou infectologista, o que não se observou entre os não negros.

## **CONCLUSÃO: SUGESTÕES, PROPOSTAS E DESAFIOS**

A análise dos dados colhidos nesta pesquisa confirma, portanto, o que diversos autores e outras pesquisas já vêm demonstrando: também em São Luís, a população negra apresenta piores condições de vida, maiores vulnerabilidades programática, social e individual, e está exposta a maiores riscos de contaminação e transmissão do HIV, do que a população “não negra” – motivo porque deve ser objeto de maiores e mais específicas atenções e investimentos por parte das políticas e instituições públicas.

Reiterando o que já mencionamos no que se refere à metodologia adotada, a pesquisa ECI, que serviu como referência inicial para esta pesquisa, adotou categorias de cor/raça (“branca”; “preta/negra”; “parda/morena/morena; clara/mestiça”; “amarela/oriental”; “outra: \_\_\_\_\_”; “não quer informar”, “não sabe informar” – cf. LOPES, 2003, p. 204) diversas das do IBGE (talvez por se tratar de pesquisa internacional multicêntrica: os comentários de Lopes, 2003, embora abordem a questão da validade destas categorias, não permitem conclusões a respeito do porquê desta opção por categorias distintas das do IBGE).





A nosso ver, à parte eventuais conveniências para comparações entre dados de diferentes países (como nos parece que talvez tenha sido o caso da pesquisa ECI), a opção por categorias de cor/raça distintas das do IBGE traz, atualmente, complicações e dificuldades para o aproveitamento dos resultados da pesquisa no âmbito das políticas públicas no Brasil, uma vez que estas têm sido as categorias adotadas para o planejamento, discussão e controle social de políticas públicas em geral – e das de promoção da igualdade racial, em particular.

Este foi também o motivo porque, nesta pesquisa, como já mencionamos, optamos por adotar exatamente as mesmas categorias utilizadas pelo IBGE (“branca”, “preta”, “parda”, “amarela”, “indígena”), acrescidas de “não quer informar”, “não sabe informar”, conforme a pesquisa ECI e Lopes (2003) que, em sua somatória, corresponderiam à categoria “sem declaração”, adotada pelo IBGE. Nesta presente pesquisa, assim como para o IBGE, o grupo dos usuários negros também foi definido a partir da somatória dos autoidentificados como de cor/raça “preta” e “parda”.

A categoria “parda”, por sua vez, já permite um leque bastante diverso de interpretações: numa população intensamente miscigenada como a brasileira (e como a maranhense, em particular), essa diversidade de interpretações traz complicações para uma análise fidedigna da dimensão étnico-racial da epidemia, uma vez que tanto indivíduos com parte de sua ascendência africana e/ou afro-brasileira, quanto indivíduos com parte de sua ascendência indígena, podem identificar-se como de cor/raça “parda”.

A fusão da categoria “parda”, no entanto, com as categorias “morena/morena clara/mestiça” – tal como na pesquisa ECI – tende, a nosso ver, a complicar ainda mais a interpretação dos dados numa análise da dimensão étnico-racial da epidemia, no contexto brasileiro: por que um indivíduo que se identifique como “mestiço”, por se saber descendente de europeus e indígenas, por exemplo, deva ter seus dados inseridos no grupo de usuários negros (por definição, resultante da soma dos “pretos” e dos “pardos”)? Por que um indivíduo que, em função da tonalidade de sua pele, identifique-se com as categorias “morena” ou “morena clara”, por exemplo – embora não reconheça ou não se identifique com eventual ascendência africana ou afro-brasileira – deva ter seus dados inseridos no grupo dos negros?

Neste sentido, recomendamos, portanto, ao Ministério da Saúde e ao PN DST/Aids, que estabeleçam como referencial básico e necessário

(embora não necessariamente exclusivo) para os instrumentos de coleta de dados, nos futuros editais e chamadas para projetos que abordem a dimensão étnico-racial da epidemia, as categorias de cor/raça adotadas pelo IBGE, o que facilitará sobremaneira o aproveitamento de seus respectivos resultados para avaliação, planejamento e controle social de suas políticas, e para a comparação entre os dados de diversas pesquisas.

No que se refere especificamente à categoria “indígena”, várias pesquisas e autores<sup>10</sup> demonstram que, se há um processo histórico de “branqueamento” da população negra no país, este se manifesta de modo tão ou mais abrangente e insidioso com relação à população indígena.

Em função das políticas e práticas indigenistas tutelares, largamente hegemônicas até o início da década de 1990, no Brasil, as práticas reproduzidas pelas instituições e serviços públicos (inclusive os de saúde), e o senso comum construído a respeito, induziam à percepção de que “índio de verdade” é o que “mora na aldeia”, aprofundando ainda mais o processo histórico de “branqueamento” e invisibilização deste segmento da população, sobretudo em centros urbanos.

A instituição da tutela, largamente superada e abandonada pela Constituição de 1988, continua vigorando, no entanto, na prática de parte significativa dos funcionários do órgão indigenista oficial, a Fundação Nacional do Índio (Funai), na prática de muitos funcionários de serviços de saúde e de boa parte da população, para os quais “índio é assunto da Funai”, agravando ainda mais seu processo de exclusão, sua dificuldade de acesso a serviços de qualidade e, portanto, sua vitimação pelo racismo institucional.

Tornamos, por este motivo, a recomendar veementemente ao Ministério da Saúde e ao PN DST/Aids, portanto, que prescrevam a integral adoção das categorias de cor/raça e da metodologia da autoidentificação do IBGE, no cadastramento dos usuários dos serviços do SUS, o que necessariamente deve incluir a categoria “indígena” (não adotada na pesquisa ECI), mesmo quando o foco de uma eventual pesquisa em questão esteja voltado à população negra.

O levantamento que realizamos junto às Coordenações de todos os SAEs do Estado (subsidiário para realização da 1ª Oficina do projeto “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para

---

<sup>10</sup> OLIVEIRA, 1968; RANGEL, 1984; VARGA e ADORNO, 2001; AZEVEDO e RICARDO, 2002; VARGA, 2002; VARGA, 2003-1,2; CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS, 2003; RAFAEL e VARGA, 2003; ADORNO, VARGA e VASCONCELLOS, 2004; VARGA, 2005.



a população negra, no Maranhão e em São Paulo”), indicou grande diversidade de metodologias adotadas na coleta dos dados referentes ao quesito cor/raça abrangendo, além de diferentes modalidades de heteroclassificação, diferentes modalidades também de autoidentificação, motivo porque recomendamos ao Ministério da Saúde, ao PN DST/Aids e às Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, que invistam na sensibilização e capacitação das equipes destes serviços para a adoção da autoidentificação de modo padronizado, segundo categorias e metodologia do IBGE, no cadastramento de suas clientelas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; VARGA, István van Deursen; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Povos e Comunidades Indígenas vivendo fora de terras demarcadas**: desafios aos sistemas de coleta de dados e de Indicadores de Saúde. *In*: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2004, Recife. VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2004, Recife, v. 1. p. 1-12, 2004.

AZEVEDO, Marta; RICARDO, Fany. 2002. Censo do IBGE revela contingente “indígena” pouco conhecido. **Notícias Socioambientais**, 13/5/2002. Publicação eletrônica, acessada no site:  
<http://www.socioambiental.org/website/noticinoticia.asp?File=Indios\2002-05-10-11-05.html>.

Dos medicamentos aos índios “genéricos”: problemas e desafios legados, pelo governo Fernando Henrique Cardoso, aos campos das políticas indigenista e de saúde para os povos indígenas no Brasil. *In*: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003, v. 8, supl. 2, p. 98.

Dos medicamentos aos índios ‘genéricos’: os campos da política indigenista e de saúde para os povos indígenas, no Brasil, frente ao Censo Demográfico de 2000. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 32-45, 2003.

**residente, por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação.** Publicação eletrônica, disponível no site [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros\\_resultados\\_amostra/grandes\\_regioes/pdf/tabela\\_2\\_1\\_1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultados_amostra/grandes_regioes/pdf/tabela_2_1_1.pdf), 2002.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo.** São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública (tese de doutorado – mimeo), 2003.

MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia.** Ed. Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Urbanização e tribalismo – a integração dos índios Terena numa sociedade de classes.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968.

(Org.) **Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, no Maranhão e em São Paulo.** Universidade Federal do Maranhão/Mestrado em Saúde e Ambiente (projeto de pesquisa). 2005.

(Org.) **Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, em dois SAEs de São Luís/MA.** Universidade Federal do Maranhão/Mestrado em Saúde e Ambiente. 2007.

(Org.) **Roteiro para realização e formatação de relatório técnico de progresso de pesquisa financiada pelo PN DST/Aids – “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, em dois SAEs de São Luís/MA”.** Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências da Saúde/Mestrado em Saúde e Ambiente (mimeo), 2007.

RAFAEL, Andréa Santos; VARGA, István van Deursen. **Índios vivendo com AIDS, em São Paulo.** In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 8, supl. 1, p. 625, 2003.



RANGEL, Lúcia Helena. Vida em Reserva. *In*: Monteiro, John Manuel *et alli*, 1984. **Índios no Estado de São Paulo**: Resistência e Transfiguração. São Paulo: Comissão Pró-Índio de São Paulo, Yankatu Editora, p. 83-122, 1984.

VARGA, István van Deursen. **Pelas fronteiras e trincheiras do indigenismo e do sanitarismo**: a atenção às DST em comunidades indígenas, no contexto das políticas e práticas indigenistas e de saúde, na Pré-Amazônia. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública (tese de doutorado – mimeo), 2002.

VARGA, István van Deursen; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Terceirizando a indianidade? – Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos '500 anos'. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo/SP: Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário/USP, v. 2, n. 1, p. 9-26, 2001.

# MULHERES NEGRAS E HIV: DETERMINANTES DE VULNERABILIDADE NA REGIÃO SERRANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## **Verônica Santos Albuquerque**

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ). Mestre em Microbiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Unifeso).

E-mail: veronicatere@gmail.com

## **Edneia Tayt-Sohn Martuchelli Moço**

Médica. Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Unifeso).

E-mail: edtsm@terra.com.br

## **Cláudio Sergio Batista**

Médico. Doutorando em Ciências da Saúde pelo Programa e Medicina Interna e Terapêutica pela Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp). Mestre em Efetividade em Saúde Baseada em Evidências (EPM/Unifesp). Especialista em Educação Médica pela Faculdade de Medicina de Petrópolis. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (AMB/Febrasgo).

E-mail: csergiobatista@gmail.com

Contato: Av. Alberto Torres, 111/5º andar – Alto – Teresópolis – RJ. CEP: 25.964-004 – Tel: (21)26417034

## **RESUMO**

Trata-se de estudo de base quantitativa, que teve como objetivo central analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilidade ao HIV/Aids a partir da percepção de mulheres negras na Região Serrana do estado do Rio de Janeiro. Para tal, foram entrevistadas 1.464 mulheres negras dos diferentes municípios que compõem esta região. Os principais determinantes que marcaram com maior intensidade a vulnerabilidade dessas mulheres associaram-se aos seguintes fatores: baixa escolaridade,



renda e, conseqüentemente, acesso a bens e serviços, baixo índice de uso sistemático do preservativo e percepções de gênero que reforçam a menor autonomia feminina na tomada de decisões protetoras.

**Palavras-chaves:** vulnerabilidade, mulheres negras, HIV/Aids

### **ABSTRACT**

*This quantitative study aimed to analyze social, cultural and behavioral components related to HIV vulnerability from perception of black women that lives on a specific region of Rio de Janeiro – the highland area. For that, 1.464 black women from different towns of this region were interviewed. The main components that influenced vulnerability of these women could be associated to some factors, like: poor schooling, poverty, difficulty to access property and services, low rates of using condom appropriately and some gender perceptions that reinforce short women's autonomy on protective decisions.*

**Key-words:** vulnerability, black women, HIV/Aids

### **INTRODUÇÃO**

Para a reflexão sobre os componentes que determinam a vulnerabilidade de mulheres negras ao vírus da deficiência humana adquirida (HIV), adotamos o conceito de vulnerabilidade, a partir da definição de Ayres *et al.* (1999), que a significa como: “as diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais à Aids, resultantes do conjunto das condições individuais e coletivas que os põem em maior ou menor contato com a infecção e com as chances de se defender dela”.

Frente à infecção pelo HIV, Mann (1993) infere que o comportamento individual é conectado socialmente, variando durante toda a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, na meia-idade e na terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, parceiros, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações. Portanto, ao avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a vida social, a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais que possam influenciar as suscetibilidades pessoais durante o curso de uma vida.

O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Neste contexto, a vulnerabilidade na população feminina negra no Brasil merece um olhar especial, já que ela pode estar ampliada, tendo em vista o somatório das discriminações resultantes das iniquidades raciais e de gênero, que atingem diretamente a mulher negra, tornando sua situação particularmente dramática (INSPIR, 2000). No que se refere à vulnerabilidade ao HIV em mulheres negras, Werneck (2001) traz à tona a discussão das desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil. Neste sentido, constata-se a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, de ser negra e a pobreza.

Cabe ressaltar que o presente estudo relaciona a desigualdade à vulnerabilidade, não como sinônimos, mas como um fator predisponente.

A desigualdade entre os gêneros aparece em diversos contextos individuais e coletivos. São inúmeras as situações de exclusão das mulheres em instâncias de poder e decisão na vida pública e na vida privada. As mulheres recebem salários menores do que os homens para o mesmo trabalho e são a maioria dos casos de pessoas atingidas pela violência doméstica e sexual. No cotidiano, as mulheres têm menor liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, como também têm menos poder de decisão acerca do uso do preservativo pelo parceiro sexual. Cabe ressaltar, neste ponto, que o principal método disponível para a prevenção da AIDS é de controle e uso masculino.

Considerando-se que a desigualdade racial tem sido um fator de influência e/ou determinação do lugar do indivíduo na sociedade, definindo seu acesso, maior ou menor, à riqueza, escolaridade, moradia, bens públicos, serviço de saúde, informação, entre outros, pode-se visualizar sua participação na possibilidade de maior incidência do HIV sobre a população negra.

A vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV seria consequência também da violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. A exclusão social, a qual afrodescendentes estão submetidos, influencia também o desenvolvimento e continuidade dos programas de prevenção.





O Brasil tem um dos melhores programas de prevenção e tratamento do HIV/Aids do mundo. No entanto, este nível de excelência não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização negrófila (WERNECK, 2001).

O primeiro passo para enfrentar, de modo eficaz, a epidemia do HIV na sociedade brasileira é reconhecer os diferentes níveis de vulnerabilidade que fragilizam de maneira mais intensa segmentos específicos da sociedade. E, principalmente, no que se refere à vulnerabilidade das mulheres negras, é preciso reconhecer a força com que fatores como escolaridade, pobreza, habitação, concepções e percepções individuais e coletivas concorrem para expor cada vez mais as mulheres negras ao risco de contrair o vírus.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilidade ao HIV/Aids a partir da percepção de mulheres negras na região serrana do estado do Rio de Janeiro.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, e que pode ser classificado como descritivo, exploratório, com recorte transversal (TOBAR & YALOUR, 2001). A população-alvo é formada pelas mulheres negras (pretas + pardas), residentes em municípios que compõem a Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, segundo o Plano Diretor de Regionalização (NOAS 2001/2002). O Censo Demográfico do IBGE (2000) – questionário da amostra – estimou a população feminina de cor negra em 125.388 mulheres, que residiam na Região Serrana no ano de 2000, com distribuição pelos dezesseis municípios, como apresentado na tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição da população-residente feminina por raça/cor segundo microrregiões de saúde – Região Serrana – 2000.**

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO FEMININA			(A)/(B) (%)
	PRETA/ PARDA (A)	OUTRAS	TOTAL (B)	
PETRÓPOLIS	41.152	107.271	148.423	27,7
<b>SUBTOTAL 1: SERRANA I</b>	<b>41.152</b>	<b>107.271</b>	<b>148.423</b>	<b>27,7</b>
CARMO	2.669	4.975	7.644	34,9
GUAPIMIRIM	9.694	9.314	19.008	51,0
SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	2.264	7.344	9.608	23,6
SUMIDOURO	1.618	5.263	6.881	23,5
TERESÓPOLIS	19.852	51.118	70.970	28,0
<b>SUBTOTAL 2: SERRANA II</b>	<b>36.097</b>	<b>78.014</b>	<b>114.111</b>	<b>31,6</b>
BOM JARDIM	1.925	9.220	11.145	17,3
CACHOEIRAS DE MACACU	11.600	12.497	24.097	48,1
CANTAGALO	4.106	5.818	9.924	41,4
CORDEIRO	3.702	5.834	9.536	38,8
DUAS BARRAS	1.798	3.221	5.019	35,8
MACUCO	1.194	1.343	2.537	47,1
NOVA FRIBURGO	17.837	71.300	89.137	20,0
SANTA MARIA MADALENA	2.271	2.864	5.135	44,2
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	1.809	2.310	4.119	43,9
TRAJANO DE MORAES	1.897	3.004	4.901	38,7
<b>SUBTOTAL 3: SERRANA III</b>	<b>48.139</b>	<b>117.411</b>	<b>165.550</b>	<b>29,1</b>
<b>TOTAL: REGIÃO SERRANA</b>	<b>125.388</b>	<b>302.696</b>	<b>428.084</b>	<b>29,3</b>

Fonte: SIDRA/IBGE, a partir dos dados do Censo Demográfico do IBGE (2000), disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acessado em 27 de outubro de 2005.

O plano de amostragem proposto nesse estudo previu a seleção de uma amostra aleatória representativa para cada uma das microrregiões de saúde (Serrana I – SR I, Serrana II – SR II, Serrana III – SR III) da Região Serrana, tendo sido considerado o cálculo do tamanho das amostras, erros esperados de amostragem das estimativas a serem calculadas da



ordem de 4,5% e alocação das unidades de amostragem dentro de cada microrregião, proporcional aos municípios que a compõem. Com isso, no caso de SR I,  $n_1 = 488$ , no caso SR II,  $n_2 = 487$  e no caso SR III,  $n_3 = 489$ . A amostra global, resultado da somatória das três subamostras é igual  $n = n_1 + n_2 + n_3 = 1.464$ , distribuída pelas microrregiões da Região Serrana.

Os dados foram coletados através de entrevista individual, mediante termo de consentimento livre e esclarecido, tendo por base instrumento contendo questões que abordaram determinantes socioculturais e comportamentais que vulnerabilizam em maior ou menor grau estas mulheres. As entrevistas foram realizadas no período de maio a novembro de 2007.

As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares em diferentes grupos de bairros dos municípios da Região Serrana, a partir da amostra selecionada em cada microrregião de saúde, conforme tabela 2.

**Tabela 2 – População feminina de cor/raça parda ou negra, amostra selecionada e fração de amostragem segundo microrregiões de saúde – Região Serrana 2000.**

MICRORREGIÕES	POPULAÇÃO (A)	AMOSTRA (B)	FRAÇÃO DE AMOSTRAGEM (B)/(A) (%)
SUBTOTAL 1: SERRANA I	41.152	488	1,19
SUBTOTAL 2: SERRANA II	36.097	487	1,35
SUBTOTAL 3: SERRANA III	48.139	489	1,02
<b>TOTAL: REGIÃO SERRANA</b>	<b>125.388</b>	<b>1.464</b>	<b>1,17</b>

Fonte: SIDRA/IBGE, a partir dos dados do Censo Demográfico do IBGE (2000), disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acessado em 27 de outubro de 2005.

Os dados foram organizados em programa de edição de planilhas – *Microsoft Excel* (2003) com cálculo das frequências relativas para cada variável. Os percentuais das tabelas univariadas geradas foram analisados à luz de referenciais que abordam as relações de gênero e raça frente à vulnerabilidade ao HIV.

Para esta análise, as variáveis foram relacionadas a duas dimensões do conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres *et al.* (2003),

especialmente ao seu componente individual, que diz respeito ao grau de informação e capacidade de elaborar e incorporar essas informações ao repertório cotidiano de preocupações, e ao componente social, que se refere ao acesso à escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar nas decisões, existência de coerções violentas como fatores que influenciam na capacidade de incorporar mudanças práticas protegidas e protetoras.

Cabe ressaltar, ainda, que a pesquisa que gerou o presente artigo respeitou os princípios éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Educacional Serra dos Órgãos em 13 de fevereiro de 2006 (número de protocolo: 018/2005).

### Resultados e Discussão

Considerando os três componentes interligados que constroem a vulnerabilidade – individual, social e programático (AYRES *et al.*, 2003) –, os fatores que constituem o componente social apresentaram resultados referentes à escolaridade, à renda e à inserção no mercado de trabalho, sendo importantes variáveis para análise.

**Tabela 3 – Mulheres negras entrevistadas segundo escolaridade**

ESCOLARIDADE	n	%
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	327	23,2
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	502	35,6
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	243	17,2
ENSINO MÉDIO COMPLETO	176	12,5
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	111	7,8
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	52	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>1411</b>	<b>100</b>

Mais da metade das mulheres entrevistadas (829/1464) possuía apenas o ensino fundamental completo/incompleto. Isso sem contar aquelas que referiram ser analfabetas (53/1464). A renda individual média se mostrou muito baixa (R\$280,00), menor que o salário-mínimo. Das mulheres negras participantes do estudo, 44,8% estavam



desempregadas. E, dentre aquelas que afirmavam estar exercendo alguma atividade laboral, a maioria estava inserida informalmente no mercado de trabalho. Das mulheres entrevistadas, 36,6% (536/1464) afirmaram receber algum tipo de ajuda financeira governamental, destacando-se, majoritariamente, recurso do “Bolsa Família”.

**Tabela 4 – Mulheres negras entrevistadas segundo inserção no mercado de trabalho**

<b>TRABALHO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
FUNCIÓNÁRIA PÚBLICA	075	9,3
REGIME CLT	131	16,2
AUTÔNOMA	226	28,0
MERCADO INFORMAL	376	46,5
<b>TOTAL</b>	<b>808</b>	<b>100,0</b>

Os dados encontrados no presente estudo são reflexos das desigualdades étnicas no Brasil e são coerentes com pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese). Essas pesquisas mostram uma realidade mais precária enfrentada pelos negros no mercado de trabalho, em comparação com a enfrentada pelos não negros, quando se consideram dados como as taxas de desemprego, a presença nos diferentes postos de trabalho e os valores dos rendimentos, entre outros.

Esses dados nos levam à reflexão de que quando se situam as desigualdades como produtos de fatores estruturais, é possível constatar diferenças significativas na combinação das variáveis raça e gênero. Estudo de Henriques (2001) evidencia com clareza tais diferenças, baseando suas análises em Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares (PNAD) do IBGE, realizadas nos anos 90. Independentemente de sexo, o que o estudo identificou foi uma composição da pobreza que aponta para a exclusão racial. Os negros em 1999 representavam 45% da população brasileira, mas correspondiam a 64% da população pobre e 69% da população indigente. Os brancos, por sua vez, eram 54% da população total, mas somente 36% dos pobres e 31% dos indigentes. A partir desse estudo, que privilegiou a desigualdade como categoria

central, conclui-se que há uma imensa desigualdade de oportunidades que penaliza a população negra, fazendo com que a pobreza não esteja “democraticamente” distribuída entre as raças.

A vida sexual e reprodutiva também foi foco de análise do presente estudo, com repercussões na vulnerabilidade da população negra feminina: das entrevistadas, 81,4% (1192/1464) referiram possuir filho(s). O número médio de filhos vivos dentre essas mulheres foi de 2,6. Um dado que merece destaque é a frequência significativa de entrevistadas que referiu ter engravidado antes dos 20 anos de idade (30,5%).

**Tabela 5 – Mulheres negras entrevistadas segundo faixa etária referente ao nascimento do primeiro filho**

<b>IDADE (ANOS)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13 – 20	364	30,5
20 – 25	421	35,3
25 – 30	277	23,3
30 – 35	084	7,0
35 – 40	046	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>1192</b>	<b>100,0</b>

A gravidez na adolescência envolve situações que se associam às condições de vulnerabilidade. Do ponto de vista social, evidenciam-se implicações como abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e consequente circularidade da pobreza (OMS, 1989; BRASIL, 1999). Cabe ressaltar que o evento de gravidez durante a adolescência está presente nas diferentes classes sociais; no entanto, seu impacto é mais evidenciado entre as classes mais desfavorecidas economicamente, onde as implicações anteriormente citadas se fazem mais fortemente presentes, além das maiores chances de um acompanhamento precário da gestação e de um baixo suporte à maternidade. Nesse contexto, pesquisa realizada por Perpétuo (2000) constatou que a proporção de mulheres negras que se encontram sob “risco reprodutivo” é 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 ou mais filhos.

Com relação à vida sexual, 97,5% (1428/1464) das mulheres entrevistadas afirmaram já ter mantido relações sexuais, sendo que 83,4% (1221/1464) referiram possuir vida sexual ativa. A idade de início à vida sexual variou de 10 a 31 anos, com mediana de 15,3. Na primeira relação sexual, 40,8% (582/1428) das entrevistadas referiram ter utilizado algum método contraceptivo. E apenas 30,9% (441/1428) afirmaram o uso de preservativo nessa relação. Segundo o relato das entrevistadas, o número de parceiros sexuais desde o início da vida sexual variou de um a 20, com mediana de 4,7.

Das 1221 entrevistadas com vida sexual ativa (que referiram manter relações no último ano), as características da parceria são apresentadas na tabela 6:

**Tabela 6 – Mulheres negras entrevistadas segundo parceria sexual no último ano**

<b>PARCEIROS SEXUAIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
APENAS COM O MARIDO	767	62,8
APENAS COM O NAMORADO	327	26,8
COM O MARIDO E COM OUTRA(S) PESSOA(S)	046	3,8
COM O NAMORADO E COM OUTRA(S) PESSOA(S)	022	1,8
COM PESSOAS COM QUEM NÃO TEM RELACIONAMENTO FORMAL	059	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>1221</b>	<b>100,0</b>

Das 1221 mulheres que referiram vida sexual ativa no momento da entrevista, 89,6% (1094/1221) relataram manter relações apenas com um parceiro fixo, o que é um fator interferente na decisão pelo uso do preservativo, como será discutido adiante. Neste momento, cabe ressaltar que um número crescente de mulheres brasileiras está sendo contaminado por seus parceiros fixos. A literatura tem mostrado que as estratégias de sexo seguro tendem a ser menos efetivas com parceiros fixos do que com ocasionais (SHEPHERD *et al.*, 2000; SILVEIRA *et al.*, 2002).

Com relação à contracepção, os principais métodos citados pelas entrevistadas foram os anticoncepcionais hormonais orais (525),

a laqueadura tubária (294) e o coito interrompido (278). Chamamos atenção para o fato de que nenhum desses três métodos é protetor das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Só em quarto lugar surge a menção ao uso do preservativo (237). Especial destaque deve ser dado à opção pelo coito interrompido por 278 entrevistadas. Segundo o Ministério da Saúde, o coito interrompido não deve ser estimulado como método contraceptivo, já que há grande possibilidade de falha (BRASIL, 2006), com conseqüente gravidez indesejada e disseminação de infecções sexualmente transmissíveis.

Apenas 23,8% das mulheres entrevistadas relataram uso sistemático da “camisinha”. Das 665 entrevistadas que afirmaram nunca utilizar preservativo, 27% (180/665) afirmaram não fazê-lo, pois suas relações sexuais aconteciam no contexto de um relacionamento de confiança. E ainda, 14,1% (94/665) referiram dificuldade de negociar a utilização do preservativo com o parceiro e 11,4% (76/665) afirmaram não gostar de utilizar “camisinha”.

**Tabela 7 – Mulheres negras entrevistadas segundo a frequência de utilização do preservativo**

UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO	n	%
SEMPRE	291	23,8
ÀS VEZES	265	21,7
NUNCA	665	54,5
<b>TOTAL</b>	<b>1221</b>	<b>100,0</b>

Santos *et al.* (2002) chama a atenção para as dificuldades de negociação do uso do preservativo entre homens e mulheres, especialmente para sua utilização constante em relações que se estendem por longo tempo.

Cabe ressaltar que a utilização de práticas sexuais seguras não está relacionada apenas ao grau de conhecimento que o indivíduo tem sobre as doenças sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção, mas também à sua formação psíquica e comportamental. Isso fica claro nesse estudo, já que a maioria das mulheres do estudo (1287/1464) reconheceu o preservativo como forma de contracepção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Porém, apenas 291 entrevistadas afirmaram usar o preservativo sempre. A construção de um imaginário





individual sobre formas de prevenção é um fator que deve ser lembrado. Por exemplo, a mulher que julga estar protegida no casamento ou na fidelidade do parceiro não utiliza preservativo nas suas relações sexuais; no entanto, acredita não estar na esfera de risco da infecção pelo HIV.

Nesse sentido, Souza *et al.* (1998) apontou para o fato de que indivíduos possuidores de conhecimento satisfatório acerca da transmissão e prevenção da infecção pelo HIV continuam a realizar práticas sexuais genitais e orais sem uso de barreiras protetoras contra o HIV. A percepção de risco pode estar estreitamente relacionada a formas de proteção que são reinterpretadas e readaptadas pelo indivíduo na subjetividade da sua compreensão.

Ainda a respeito dessa questão, cabe introduzir o conceito de “proteções imaginárias”, fenômeno que mostra que a maioria dos indivíduos conhece a necessidade da administração de riscos, está convencida da sua importância e procede a uma reapropriação das normas de prevenção, deslocando seu sentido para outras perspectivas, ainda que, sob a ótica deles, o objetivo preventivo seja o mesmo (MENDÈS-LEITE, 1995).

Estudo desenvolvido por Lopes, Buchalla e Ayres (2007), comparando características relacionadas à vulnerabilidade individual de mulheres negras e não negras, infectadas pelo HIV, evidenciou a contaminação sexual como a principal forma de transmissão. Para essa via de exposição, destacou-se a categoria “relações sexuais desprotegidas com parceiros infectados em outras relações heterossexuais” com mais frequência entre as negras.

Foi interessante observar que apesar de grande parte das mulheres entrevistadas referirem nunca utilizar o preservativo, a metade das entrevistadas (50%) não se julgava vulnerável ao HIV. Das que se consideravam sob o risco da infecção, a maioria (249/357) classificava a sua vulnerabilidade como pequena.

**Tabela 8 – Mulheres negras entrevistadas segundo a autopercepção de vulnerabilidade**

VULNERABILIDADE (AUTOPERCEPÇÃO)	n	%
SIM	357	24,4
NÃO	733	50,0
NÃO SEI	374	25,6
<b>TOTAL</b>	<b>1464</b>	<b>100,0</b>

Esses dados mostram que apesar da exposição, as pessoas tendem a subestimar seu grau de vulnerabilidade. Estudo realizado com mulheres no município de Pelotas mostrou que a prevalência de comportamentos de risco era alta e a autopercepção de risco era muito baixa e frequentemente inadequada, mostrando que essa autopercepção de vulnerabilidade não é um bom indicador, tendo em vista que os indivíduos não identificam corretamente seu nível de risco (SILVEIRA *et al.*, 2002). A autopercepção de vulnerabilidade é uma variável muito importante, uma vez que mais do que informação, essa percepção é o diferenciador entre a adoção ou não de comportamentos protetores (FERREIRA, 2003).

Questões de gênero também foram relevantes no presente estudo. Foi solicitado às 1464 entrevistadas que atribuíssem responsabilidade de determinadas atitudes ao homem, à mulher, a ambos ou a nenhum dos dois. Os resultados obtidos estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1 – Mulheres negras entrevistadas segundo as percepções de papéis de gênero**

AÇÃO	PAPEL DO HOMEM		PAPEL DA MULHER		PAPEL DE AMBOS		PAPEL DE NENHUM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IR AO MÉDICO REGULARMENTE	0055	3,8	0068	4,6	1297	88,6	0044	3,0
COMPRAR CAMISINHA	0844	57,6	0142	9,7	0310	21,2	0168	11,5
TRAZER CAMISINHA CONSIGO	0901	61,5	0157	10,7	0315	21,5	0091	6,3
COLOCAR A CAMISINHA	0796	54,4	0175	11,9	0442	30,2	0051	3,5
CONVERSAR SOBRE SEXO COM OS(AS) AMIGOS(AS)	0433	29,6	0266	18,2	0721	49,2	0044	3,0
CONVERSAR SOBRE SEXO COM A FAMÍLIA	0148	10,1	0345	23,6	0573	39,1	0398	27,2
NEGOCIAR O USO DA CAMISINHA COM O PARCEIRO(A)	0360	24,6	0354	24,2	0522	35,6	0228	15,6
BUSCAR INFORMAÇÕES SOBRE SEXO	0210	14,3	0198	13,6	0879	60,0	0177	12,1
BUSCAR INFORMAÇÕES SOBRE AIDS	0123	8,4	0144	9,8	1058	72,3	0139	9,5
CONHECER O FUNCIONAMENTO DO CORPO DO HOMEM	0500	34,1	0104	7,1	0812	55,5	0048	3,3
CONHECER O FUNCIONAMENTO DO CORPO DA MULHER	0288	19,7	0312	21,3	0795	54,3	0069	4,7



CONHECER OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	0200	13,7	0456	31,1	0669	45,7	0139	9,5
ESCOLHER O MÉTODO CONTRACEPTIVO	0210	14,3	0655	44,7	0518	35,4	0081	5,6
USAR O MÉTODO CONTRACEPTIVO	0408	27,9	0579	39,5	0455	31,1	0022	1,5

A compra e o uso do preservativo foram considerados, pelas mulheres negras entrevistadas, um papel predominantemente masculino; enquanto o conhecimento, a escolha e o uso do método contraceptivo foram associados ao papel feminino. Os papéis sexuais determinados pela nossa sociedade e sobre os quais se constrói a sexualidade masculina e feminina nos fazem acreditar, erradamente, que o homem é inexoravelmente um ser genital, naturalmente preparado para o coito, e que a mulher, com seu “instinto maternal”, priorizaria a reprodução (BRASIL,1996).

Paiva, Peres e Blessa (2002) inferem que os *scripts femininos* e *scripts masculinos*, que são as diferentes maneiras de pensar, sentir e agir que se aprende desde criança e que definem o *ser homem* e *ser mulher*, particularmente os *scripts sexuais femininos* e *masculinos* que incorporamos têm sido uma dificuldade central na prevenção da Aids. Precisamos questionar por que portar a “camisinha” e tomar a iniciativa por sua utilização é papel do homem, e a mulher que o fizer pode ser vista como “oferecida”, “escolada” ou “disponível para o sexo”. E ainda, é preciso refletir por que ser homem é não controlar seus impulsos sexuais e ter que corresponder a todas as investidas para uma relação sexual ou será colocada em xeque sua virilidade, dentre diversos outros aspectos que envolvem diferenças de gênero relacionadas à sexualidade e prevenção da Aids que precisam ser sempre discutidas.

Em relação às discussões de gênero existentes e a condição da mulher na sociedade contemporânea, para Schaurich e Padolin (2004, p. 105) a prevenção da Aids está ligada ao controle do comportamento sexual, e este guarda relação com a reprodução e os papéis de gênero:

“Embora homens e mulheres sejam vulneráveis ao HIV/Aids, compreende-se que o ser-mulher apresenta maior vulnerabilidade em relação ao ser-homem, quando considerados à associação de fatores biológicos, individuais e sociais fortemente arraigados à evolução histórica da humanidade.”

A violência também apareceu como um fator significativo de vulnerabilidade no grupo de mulheres negras participantes do estudo: 20% (293/1464) das entrevistadas afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência, com distribuição apresentada no Quadro 2.

### **Quadro 2 – Mulheres negras entrevistadas segundo o tipo de violência sofrida**

<b>TIPO DE VIOLÊNCIA</b>	<b>n</b>
FÍSICA	163
MORAL	96
SEXUAL	84

A violência contra a mulher constitui uma grande questão para a saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Suas várias formas de opressão incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (SCHRAIBER *et al.*, 2002). Na base da violência contra a mulher estão arraigados modelos culturais (GIFFIN, 1994), pois os atos violentos, vistos a partir das relações de gênero, distinguem um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídos, reproduzidos cotidianamente e subjetivamente assumidos pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (MINAYO, 1994).

No presente estudo, relacionamos vitimização feminina pela violência com vulnerabilidade, porque, de acordo com Guimarães (2004), a constatação é que mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integridade física e mental, apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa ideia de inferioridade, que tem como parâmetro a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade.

Por fim, propomos a reflexão sobre alguns fatores que permitam melhor compreensão das vulnerabilidades das mulheres negras relacionados ao componente programático: o acesso aos serviços de saúde se mostrou precário. Das entrevistadas, 62,2% (911/1464) referiram comparecer a serviços de saúde apenas em situações de urgência. Mais especificamente, com relação à prevenção e controle da infecção



pelo HIV, pequena parte das entrevistadas (129/1464) identificou os profissionais de saúde como fontes potenciais de informação sobre a temática. As principais fontes de informação citadas por essas mulheres foram os(as) amigos(as), seguido dos meios de comunicação.

Destaque especial pode ser dado ao percentual de mulheres que referiram já ter realizado o exame anti-HIV – 71,6% das entrevistadas, frequência muito superior aos dados apresentados em pesquisas com a população em geral. De acordo com Paiva *et al.* (2006), o percentual de pessoas testadas cresceu significativamente nos últimos anos, passando de 20% em 1998 para 32,9% em 2005. Contudo, a maior parte da população testada é composta por mulheres de 25 a 39 anos, proporção explicada pela incorporação do anti-HIV na rotina do pré-natal. Essa inferência é coerente com os dados encontrados na presente pesquisa, onde 976 das 1048 mulheres que referiram já ter realizado a sorologia apontaram o pré-natal como circunstância para a realização da testagem.

### **Quadro 3 – Mulheres negras entrevistadas segundo as circunstâncias de testagem anti-HIV**

<b>CIRCUNSTÂNCIAS TESTAGEM ANTI-HIV</b>	<b>n</b>
EXAMES PRÉ-NUPCIAIS	028
PRÉ-NATAL	976
DOAÇÃO DE SANGUE	088
ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	043
POR OCASIÃO DE CIRURGIA (PRÉ-OPERATÓRIO)	053
POR TER RELAÇÕES SEXUAIS DESPROTEGIDAS	066
OUTRA CIRCUNSTÂNCIAS	032

Das 1048 entrevistadas que passaram por testagem anti-HIV, 53,4% (560/1048) referiram ter passado por aconselhamento, 43,2% (452/1048) negaram ter passado por aconselhamento e 3,4% (36/1048) não sabiam ou não lembravam.

Embora o percentual de testagem anti-HIV encontrado entre as mulheres negras entrevistadas tenha sido elevado, identificou-se um índice baixo de realização de aconselhamento para essas mulheres. No presente estudo, das 1048 mulheres que realizaram a sorologia, 43,2% (452/1048) negaram ter passado por aconselhamento. De acordo com o

Ministério da Saúde, a prática do aconselhamento desempenha um papel importante no contexto da epidemia da Aids no Brasil desde a criação do Programa de DST/Aids, e se reafirma como um campo de conhecimento estratégico para a qualidade do diagnóstico do HIV e da atenção à saúde (BRASIL, 2003). Porém, pesquisas recentes de base populacional e com pessoas vivendo com HIV têm indicado que o aconselhamento é pouco valorizado como espaço estratégico para prevenção (MARQUES *et al.*, 2002; SEGURADO *et al.*, 2003).

Frente aos dados apresentados de dificuldade de acesso, é importante refletir sobre a interferência da discriminação étnico-racial no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Diversos estudos ponderam que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde (FISCELLA *et al.*, 2000; COOPER, HILL e POWE, 2002; RYN e FU, 2003; LOPES, BUCHALLA, AYRES, 2007).

## CONCLUSÕES

Com base nos dados obtidos no presente estudo, os determinantes que marcaram com maior intensidade a vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV associaram os seguintes fatores: baixa escolaridade, renda e, conseqüentemente, acesso a bens e serviços. Os métodos contraceptivos utilizados por essas mulheres não protegem contra a infecção pelo HIV, o que é evidenciado pelo baixo índice de utilização sistemática do preservativo. Essa dificuldade de adesão ao uso de preservativo se relaciona a questões de gênero e de “proteções imaginárias”, principalmente, na concepção de que relações de confiança são protetoras frente à possibilidade de infecção pelo HIV. Cabe ressaltar, ainda, que muitas mulheres atribuem a responsabilidade pela aquisição e utilização do preservativo ao homem. Acreditam que mulheres devem se preocupar com a contracepção. Estas concepções relacionadas às diferenças de gênero tornam as mulheres menos autônomas e mais vulneráveis à infecção. Embora fique claro que a exposição ao HIV é possível, metade das entrevistadas não se considera vulnerável. E dentre aquelas que se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV, classificam seu grau de vulnerabilidade como pequeno. Relatos de violência foram encontrados no estudo, o que aumenta a vulnerabilidade, porque evidencia a situação de “inferioridade” e pouca possibilidade de negociação em que vivem



essas mulheres. Por fim, encontramos alguns dados que apontam para uma vulnerabilidade relacionada aos serviços de saúde: o acesso é inadequado, os profissionais de saúde não são reconhecidos como fontes potenciais de informação sobre HIV/Aids e o aconselhamento na testagem anti-HIV não acontece sistematicamente.

Os dados e as discussões apresentadas nos levam à reflexão sobre a postura de serviços, programas e profissionais de saúde frente à população feminina negra. De acordo com o Ministério da Saúde, por razões sociais e de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica (BRASIL, 2005). Nesse contexto, cabe introduzir as questões levantadas por Oliveira (2004) sobre etnicidade e políticas públicas no Brasil:

“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.”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C.; FRANÇA Jr., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: Novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-140.

\_\_\_\_\_. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. *In*: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. **Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), 1999. p. 49-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no**

**Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras.** Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Fique sabendo – aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica.** Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira:** constituindo uma agenda nacional. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Adolescente. **Bases programáticas.** Brasília, 1996.

COOPER, L. A.; HILL, M. N.; POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 17, p. 477-486, 2002.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/Aids: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 213-222, 2003.

FISCELLA, K.; FRANKS, P.; GOLD, M. R.; CLANCY, C. M. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. **Journal of American Medical Association**, v. 283, n. 19, p. 2579-2584, 2000.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994.

GUIMARÃES, I. Violência e gênero. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, 2004.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil:** evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro/Brasília: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 807). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/presidencia/noticias>. Acesso em 23 set. 2006.





IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2004**: Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica nº. 15. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicao/condicao/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/default.shtm>. Acesso em 20.08.2005.

INSPIR. **Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho no Brasil**. 2000. Disponível em: <http://www.inspir.org.br/cartmap.htm>. Acesso em 24.08.2005.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 39-46, 2007.

MANN, J. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARQUES, H.; LATORRE, M. R.; NEGRA, M. D.; PLUCIENNIK, A.; SEGURADO, A.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALA, C. M.; FRANÇA Jr., I.; PAIVA, V. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 385-392, 2002.

MENDÈS-LEITE, R. Identité et altérité – Protections imaginaires et symboliques face au sida. **Gradhiva**, 1995; 18:93-103.

MINAYO, M. C. S. Inequality, violence and ecology in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.

MONTEIRO, S.; MAIO, M. C. Etnicidade, raça e saúde no Brasil: Questões e desafios. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. **Críticas e atuantes – ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 473-485.

OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina**: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes**: uma estratégia para ação: uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Genebra, 1989.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, p. 109-119, 2006.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de Aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 60-66, 2002.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. Brasília, v. 22, p. 03-04, 2000.

PNUD Brasil. **Atlas Racial Brasileiro**. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/publicações/atlas\\_racial/index.php](http://www.pnud.org.br/publicações/atlas_racial/index.php). Acesso em 24.08.2005.

RYN, M. V.; FU, S. S. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 2, p. 248-255, 2003.

SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILIPPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2002.

SCHAURICH, D.; PADOLIN, S. M. M. Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/Aids. **Esc Anna Nery R Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 101-108, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA Jr., I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.



SEGURADO, A.; LATORRE, M. R.; PLUCIENNIK, A.; FRANÇA Jr., I.; AYRES, J. R. C. M.; MARQUES, H.; LACERDA, R.; GRAVATO, N.; MIRANDA, S.; PAIVA, V. Evaluation of the care of women living with HIV/Aids. **Aids Patient Care STDs**, v. 17, n. 2, p. 85-94, 2003.

SHEPHERD, J.; WESTON, R.; PEERSMAN, G.; NAPULI, I. Z. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education intervention targeted at women. **Health Educ Res.**, v. 15, p. 681-694, 2000.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SOUZA, C. T.; BASTOS, F. I.; LOWNDES, C. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SANTOS, E. M.; CASTILHO, E. A.; SUTMOLLER, F. Perception of vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/bisexual men in Rio de Janeiro, Brazil. **Aids Care**, v. 11, n. 1, p. 567-579, 1998.

TOBAR F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: Conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

WERNECK, J. **A vulnerabilidade das mulheres negras**. *Jornal da Rede Saúde* nº. 2001. Disponível em: [http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php /id\\_ artigo=309](http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php/id_articulo=309). Acesso em 16.09.2005.

# COMO E PARA QUE PERGUNTAR A COR OU RAÇA/ETNIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

**Jussara Dia**

**Márcia R. Giovanetti**

**Naila J. Seabra Santos**

Organizadoras

Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Programa Estadual DST/Aids-SP  
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP

## INTRODUÇÃO

O sistema de informações de usuários(as) dos serviços de saúde depende muito da equipe de recepcionistas e, também, de outros profissionais do SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas – que trabalham com fichas, cadastros e formulários hospitalares e ambulatoriais.

Algumas pessoas desconhecem, e muitas não reconhecem, o valor da função de recepcionista. Poderíamos até dizer que é na Recepção que tudo começa! A satisfação do(a) usuário(a) quanto aos serviços pode ser medida, de certa forma, pela qualidade da relação estabelecida entre usuário(a) e recepcionista.

Recepcionar significa mais do que receber ou atender, significa também acolher, orientar e encaminhar.

Para que o serviço de recepção cumpra adequadamente o seu papel é necessário que todos os profissionais de saúde compreendam a importância deste setor, valorizando, respeitando e apoiando as funções da Recepção.

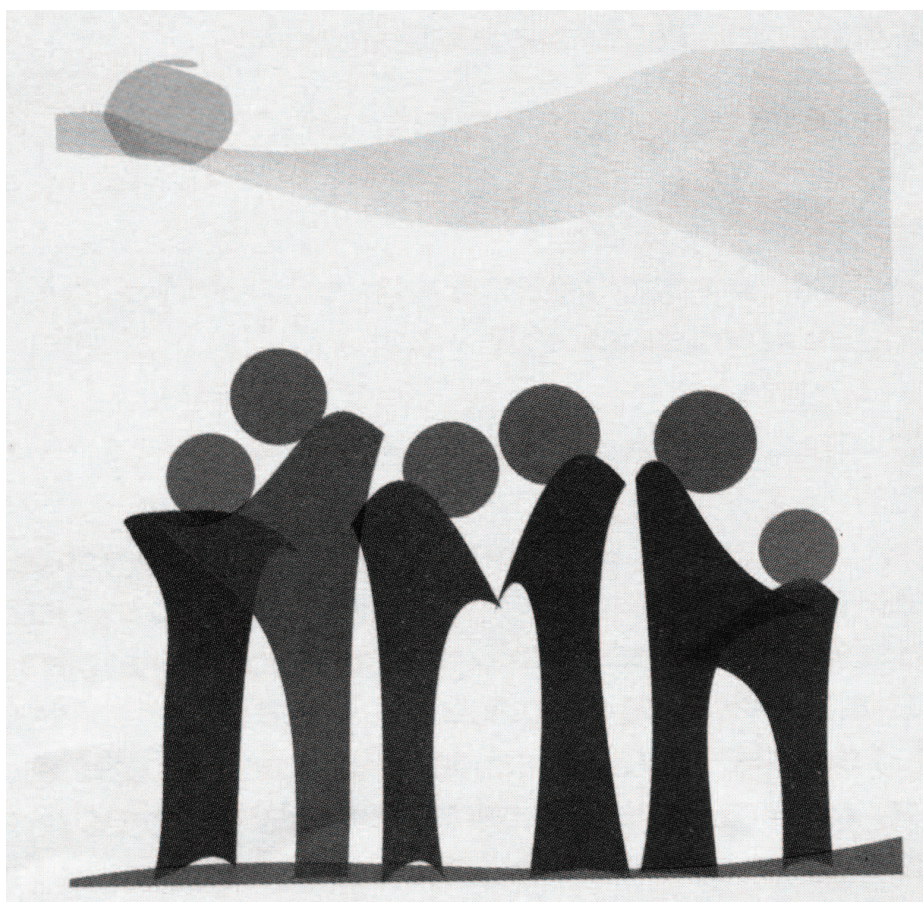
A equipe da recepção deve ser continuamente bem informada sobre as rotinas da instituição. É fundamental que todos(as) saibam para que servem os dados que coletam. Somente assim poderão obter informações corretas junto a usuários(as) e bem orientá-los(as).

As bases do sistema de informação da Saúde são compostas por muitos dados, entre eles estão os que são coletados na recepção. A partir



dessas bases são construídos indicadores, ou seja, dados estatísticos que permitem o planejamento, o gerenciamento e a avaliação do trabalho da instituição. Esses dados permitem ainda identificar situações e práticas a serem modificadas para melhorar as condições de saúde da população.

Esperamos que as orientações contidas nesta cartilha possam ajudar a melhorar o registro da informação de “cor ou raça/etnia”, pois percebemos que ainda há dificuldades para a coleta em todos os setores, desde a direção até a recepção, envolvendo os diversos profissionais e, inclusive, os(as) usuários(as).



## A INFORMAÇÃO COR OU RAÇA/ETNIA

Existem bases de dados geradas por intermédio de sistemas de informações e de levantamentos.

Vejam os alguns exemplos de sistemas de informações na área da Saúde:

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

- Declarações de Óbitos

SINASC – Sistema de Nascidos Vivos

- Declarações de Nascidos Vivos

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

- Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SI-CTA – Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento

Formulário de Cadastro do Cartão SUS

Os levantamentos, tais como os censos e as pesquisas domiciliares realizados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), fornecem as informações necessárias para estudar as características da população brasileira e conhecer as suas condições de vida: moradia, saúde, educação, trabalho etc.

A “cor ou raça/etnia” faz parte das características das pessoas assim como sexo e idade. Desde os anos 90, praticamente todos os levantamentos oficiais coletam este dado, de acordo com o sistema classificatório do IBGE, no entanto, ainda há controvérsias e equívocos nessa coleta.

Uma importante providência a ser tomada para melhorar a qualidade da informação “cor ou raça/etnia” é a padronização da classificação e do método de identificação, ou seja, todos os formulários devem conter as mesmas categorias de “cor ou raça/etnia” e a mesma maneira de abordar o(a) usuário(a).



Atualmente, o método oficial, o qual recomendamos, é o mesmo empregado pelo IBGE.

Qual é o Método de Identificação utilizado pelo IBGE?

É o método da AUTOCLASSIFICAÇÃO ou AUTODECLARAÇÃO, isto é, o(a) usuário(a) é quem indica a sua “cor ou raça/ etnia” entre as cinco categorias possíveis.

Haverá situações em que será necessário utilizar a heteroclassificação, isto é, outra pessoa, preferencialmente um membro da família, define a cor ou raça/etnia do(a) usuário(a), mas esta conduta deverá ser utilizada somente em situações específicas, tais como: declaração de nascidos vivos, declaração de óbito, registro de pacientes em coma ou quadros semelhantes.

Quais são as Categorias utilizadas pelo IBGE?

Desde o censo de 2000, o IBGE utiliza nas pesquisas sobre cor ou raça/etnia da população brasileira cinco categorias:

1. Cor **BRANCA**
2. Cor **PRETA**
3. Cor **PARDA**
4. Cor **AMARELA**
5. Raça/Etnia **INDÍGENA**

Mas as pessoas são mesmo dessas cores?

Se pensarmos bem, não!

Assim como a população branca não tem exatamente a cor branca e nem a população oriental a cor amarela, também a população negra não tem exatamente a cor preta nem a parda. São categorias criadas apenas para classificar os grupos populacionais de diferentes origens étnico-raciais, ou seja, os brasileiros e brasileiras descendentes de europeus, de orientais, de africanos, de indígenas ou da miscigenação (mistura) de dois destes grupos.

É importante ressaltar que nenhuma dessas cores é utilizada, nas informações em saúde, com sentido pejorativo ou com intenção de discriminar qualquer um dos grupos étnico-raciais.

Por que devemos utilizar as categorias empregadas pelo IBGE?

Porque possibilita o cruzamento dos dados obtidos em todo o país. Assim, podemos fazer comparações abrangentes e ter estatísticas em nível nacional.

Além disso, antes de definir estas categorias, o IBGE pesquisou as cores mais declaradas pela população e concluiu que deveria usar estas, pois a maioria delas já era utilizada, desde a segunda metade do século XIX.

Século dezenove (1801-1900)?

É isso mesmo!

Um estudo realizado pelo IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – relata que a classificação de “cor ou raça/etnia” não é invenção de agora, e o 1º Censo oficial brasileiro, realizado em 1872, utilizou as seguintes categorias: preto, pardo, branco e caboclo. A categoria caboclo, naquela época, foi usada para classificar o grupo dos indígenas. Pardo designava os mestiços; e, mais tarde, com a imigração asiática, criou-se a categoria amarela para designar os orientais/asiáticos.

Por que a Autoclassificação?

O velho ditado popular “as aparências enganam” pode ser uma verdade nesta situação. Afinal, ninguém melhor do que a própria pessoa para saber qual é a sua origem étnico-racial e assim poder definir qual é a sua “cor ou raça/etnia”. De outra forma, corremos o risco de errar, pois não podemos afirmar, com certeza, qual é a origem de alguém apenas pela aparência.

Os(as) usuários(as) devem ser orientados(as), porém respeitados diante de sua declaração.

Para que perguntar a “cor ou raça/etnia” dos(as) usuários(as)?

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para elaborar políticas públicas e identificar as doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade.

Exemplos:

- HIPERTENSÃO, ANEMIA FALCIFORME, DIABETES MELLITUS: são mais frequentes na população negra (cores preta e parda);
- DOENÇAS DE PELE, TALASSEMIA: atingem mais a população branca (cor branca);





– DOENÇAS INFECCIOSAS PRÓPRIAS DA INFÂNCIA, como catapora e sarampo: têm aumentado muito nas populações indígenas (etnias diversas).

Além disso, a informação “cor ou raça/etnia” possibilita ao Sistema Único de Saúde (SUS) cumprir um de seus princípios fundamentais que é a EQUIDADE, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta. É um dado que pode orientar o tratamento das populações específicas.

Quais são as possíveis reações desfavoráveis dos usuários quando perguntamos a sua “cor ou raça/etnia”?

Irritação, agressividade, curiosidade, desconfiança, dúvida, constrangimento.

Por isso, é fundamental estar preparado(a) para explicar por que e para que precisamos desta informação.

Quais são as dificuldades para coletar a cor ou raça/etnia?

Desde que os serviços de DST/Aids têm implantado o quesito cor ou raça/etnia, no estado de São Paulo, temos acompanhado o trabalho dos diferentes serviços procurando superar os obstáculos mais frequentes.

Percebemos que algumas das dificuldades estão relacionadas a uma questão histórica, que se refere ao período em que houve no país a escravização dos povos africanos negros. Este período marcou profundamente a nossa sociedade, gerando consequências negativas até hoje, tais como o preconceito e a discriminação. Portanto, são dificuldades relacionadas a questões pessoais, sociais e culturais.

Apesar de sabermos que no mundo não existe nenhum ser humano inferior ou superior em relação a outro, pois todos possuem direitos iguais, quando falamos de cor ou raça/etnia, ainda há pessoas que se sentem constrangidas ou ofendidas. Muitos profissionais relatam que sentem medo de ofender ou vergonha de causar embaraço aos usuários(as) de cor preta, pois no passado, muitas vezes, este termo foi utilizado de maneira pejorativa. Por isso, há usuários(as) de cor preta que têm receio de ser discriminados ou prejudicados.

É muito frequente também usuários(as) que reagem agressivamente, argumentando que não são pretos(as) e sim negros(as). Nestes casos é

importante concordar com ele ou com ela, explicar que sabemos que não são pretos(as), mas sim cidadãos e cidadãs pertencentes à população negra, a um grupo étnico-racial de origem africana ou afro-brasileira. Mas que, de acordo com a metodologia do IBGE, as opções de cor para os indivíduos pertencentes à população negra são preta ou parda.

### **Outras dificuldades:**

- Em geral, os usuários brancos e negros costumam ser irônicos ou agressivos. Ao serem indagados, respondem: “você não está vendo qual é a minha cor?”. Neste caso, é preciso explicar que somente a própria pessoa pode saber exatamente qual é a sua cor, levando em conta a sua origem e os seus ascendentes (pais, avós).
- As pessoas de cor parda, muitas vezes, ficam em dúvida, não sabem se autotransclassificar e devolvem a pergunta ao profissional: “o que você acha?”. Outras vezes, respondem o que está no registro de nascimento. Nestas situações, a dúvida sobre qual das categorias escolher, devido ao não reconhecimento da própria origem, poderá ser solucionada com diálogo, onde o profissional explicará ao usuário as diferentes possibilidades de miscigenação (CONSULTAR CARTÃO DE CORES).

Afinal, perguntar a “cor ou raça/etnia” é Racismo?

Não!

Não é racismo, nem preconceito e nem discriminação. E para podermos afirmar que não é nada disso, precisamos conhecer a definição de cada um desses conceitos.

**Racismo** é um conjunto de ideias, crenças, opiniões e valores que prega a superioridade de um grupo étnico-racial sobre outro. O racismo se manifesta por meio do preconceito e da discriminação raciais.

**Preconceito racial ou de cor** é uma opinião negativa sobre alguém ou um grupo, gerando uma indisposição em relação a esse alguém ou grupo, sem mesmo conhecê-lo, baseando-se somente em suas características físicas ou culturais (cor da pele, textura do cabelo, formato do nariz, religião, idioma, alimentação etc.).



**Discriminação racial** é toda e qualquer atitude que desrespeite e viole os direitos de alguém ou de um grupo por causa de sua cor ou raça/etnia.

Perguntar a cor ou raça/etnia dos(as) usuários(as) de saúde é uma forma de conhecer melhor o perfil dos(as) pacientes para melhor atendê-los(as) e para prevenir doenças.

Algumas DICAS para enfrentar as dificuldades:

1. Distribuir folhetos explicativos aos usuários(as), enquanto permanecem na sala ou fila de espera;
2. Naturalizar a pergunta “qual é a sua cor ou raça/etnia?”, ou seja, integrá-la ao conjunto de informações (nome, idade, sexo etc.) de forma natural;
3. Dialogar com cada usuário(a) e orientar como se autotransclassificar, quando não souber;
4. Assegurar ao usuário(a) que esta informação não tem por objetivo discriminar, mas sim prevenir doenças;
5. Solicitar apoio e orientações à chefia e à supervisão sempre que for necessário.

E quando a gente não tiver tempo para dialogar com os(as) usuários(as) e com a chefia?

Nós sabemos que cada serviço tem uma forma de funcionamento. No atendimento, há dias mais tranquilos e dias mais estressantes. Mas, seja qual for a realidade de cada setor, a busca por condições de trabalho humanizado e de boa qualidade deve ser constante.

A ação do setor da recepção, que envolve acolhimento, orientação e encaminhamento, requer diálogo permanente entre trabalhadores, gestores e usuários(as).

Por isso, quando não houver tempo para o diálogo, será preciso rever a nossa conduta e restabelecer a possibilidade do diálogo, pois cada trabalhador é também um agente de transformação social, podendo tornar melhor e mais digno o atendimento dos serviços de saúde.

## CARTÃO DE CORES

### QUAL É A SUA "COR OU RAÇA/ETNIA"?

A RESPOSTA DEVE SER DADA PELO(A) PRÓPRIO(A) USUÁRIO(A) DO SERVIÇO DE SAÚDE, DE ACORDO COM AS OPÇÕES ABAIXO, QUE SÃO AS MESMAS UTILIZADAS PELO IBGE.

**COR BRANCA** (DESCENDENTES DE EUROPEUS/OCIDENTAIS)

**COR PRETA** (DESCENDENTES DE AFRICANOS/AFRO-BRASILEIROS)

**COR PARDA** (DESCENDENTES DE INDIVÍDUOS DE COR/ETNIAS DIFERENTES-MISCIGENAÇÃO/MESTIÇAGEM)  
Mestiços de pais de cores ou etnias diferentes: preta e branca; preta e índio; branca e índio, e assim por diante...

**COR AMARELA** (DESCENDENTES DE ASIÁTICOS/ORIENTAIS)

**RAÇA/ETNIA INDÍGENA** (DESCENDENTES DE ÍNDIOS)

## Repassando as Informações

### PARA QUE COLETAR A INFORMAÇÃO COR ou RAÇA/ETNIA?

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para elaborar políticas públicas e para evitar determinadas doenças e agravos.

### COMO COLETAR?

É simples!

A ficha deve conter as categorias do IBGE e ser preenchida de acordo com a resposta do(a) usuário(a).

### E QUANDO ELE/ELA NÃO SOUBER SE AUTOCLASSIFICAR?

O profissional deverá explicar cada opção, podendo utilizar-se do cartão de cores.





**I SIMPÓSIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA  
E HIV-AIDS  
SÃO PAULO – 20 E 21 DE MAIO DE 2010  
CARTA DE CAMPINAS**

Nós, negras e negros, pesquisadores, ativistas e organizações presentes no I Simpósio Nacional de Saúde da População Negra e HIV-Aids, ratificamos a Carta das Redes no VII Congresso Brasileiro de Prevenção às DST e Aids realizado em Florianópolis (28 de junho de 2008) e reafirmamos a importância do enfrentamento do racismo, do sexismo, da lesbofobia, da homofobia, da transfobia, da intolerância religiosa, da discriminação em função da condição de saúde, da vida com HIV, da deficiência ou de qualquer outra situação, para a garantia de efetivação do direito humano à saúde e, em especial, para a redução das vulnerabilidades às DST e ao HIV/Aids.

Embora o movimento negro seja um sujeito político que atua na defesa do direito à saúde e na luta contra a Aids desde a década de 80, ainda temos o desafio de mobilizar a sociedade para reconhecer o crescimento e o encrudescimento da epidemia de Aids na população negra.

Nós, negras e negros, pesquisadores e ativistas reivindicamos:

1. Que no âmbito das políticas, ações, projetos, planos ou programas da Secretaria de Vigilância em Saúde, com destaque para o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, sejam definidas e incorporadas ações estratégicas e metas específicas para o enfrentamento do racismo e das iniquidades raciais, considerando que estes são fatores incrementadores das vulnerabilidades à infecção pelo HIV e outras DST e ao adoecimento por Aids, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e publicada no Diário Oficial da União no dia 13 de maio de 2009;
2. Que o Ministério da Saúde dê continuidade no fomento a pesquisas na área de racismo e Aids, população negra e Aids, por meio de editais de pesquisa específicos, garantindo uma ampla divulgação dos resultados e sua aplicação em forma de políticas públicas;



3. Que o Ministério da Saúde e Organismos do Sistema ONU, ao implementarem programas e ações de promoção aos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção às DST-HIV/Aids, prevenção às drogas e redução de danos, considerem o impacto das desigualdades sociorraciais e de gênero, da violência, do racismo e da discriminação institucional na determinação dos contextos de vulnerabilidade às DST, HIV/Aids;

4. Que o Ministério da Saúde, Organismos do Sistema ONU, Estados e Municípios ampliem e aprimorem suas ações de comunicação no campo da prevenção das DST/Aids, com vistas a garantir igualdade de oportunidades no acesso a informações e maior adequação às realidades e expectativas dos vários segmentos populacionais, residentes nas áreas urbanas e rurais, nos campos e nas florestas;

5. Que o Ministério da Saúde, Organismos do Sistema ONU, Estados e Municípios apoiem iniciativas do movimento negro para fortalecimento do controle social das políticas de saúde e consolidação dos trabalhos em rede em busca de saúde integral, de acesso universal à prevenção, tratamento e assistência no campo das DST/Aids e de defesa incondicional do Sistema Único de Saúde.

Assinam

Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra

Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde

Rede Lai Lai Apejo – População Negra e Aids

Rede Nacional Afro-Atitudes

Rede de Mulheres Negras do Paraná

Rede de Mulheres de Terreiros de Pernambuco

Rede Sapatá – Rede Nacional de Promoção e Controle Social de Saúde das Lésbicas Negras

Articulação de Mulheres Negras Brasileiras

Conselho Federal de Serviço Social

Coletivo de Combate ao Racismo da Subsede CUT Campinas

Fórum de Mulheres Negras de Brasília

Fórum Nacional de Mulheres Negras

Movimento de Saúde dos Povos – Círculo Brasil