

Jornal da RedeSaúde

Nº. 23, março de 2001

Após um breve processo de transição, desde março a RedeSaúde passou a contar com uma nova equipe de coordenação, tendo Maria Isabel Baltar da Rocha como secretária executiva e Liège Rocha como secretária adjunta.

Isabel Baltar foi indicada para o cargo de secretária executiva pela Regional São Paulo e convidou Liège Rocha para a função de secretária adjunta. Ambos os nomes foram referendados pela Assembléia do 6º. Encontro Nacional da RedeSaúde, realizado em Atibaia, em junho de 2000.

Sócia-fundadora da RedeSaúde, Isabel Baltar é militante ativa da Regional São Paulo. Socióloga e pesquisadora reconhecida na área de saúde da mulher e direitos reprodutivos, está vinculada profissionalmente ao Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp). De 1996 a 1999 foi coordenadora do Grupo de Trabalho População e Gênero da ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais). Entre 1995 e 1996 coordenou o GT Saúde Reprodutiva do Programa Latino-Americano em Atividades de População (Prolap/Clacso).

Liège Rocha é diretora da União Brasileira de Mulheres. No período entre 1997 e 2000, Liège integrou o Conselho Diretor da Rede e foi coordenadora da Regional São Paulo. É membro do Conselho Estadual da Condição Feminina/SP e integra o Comitê Nacional da Articulação de Mulheres Brasileiras, como representante da RedeSaúde.

Encerra-se, assim, a gestão de Maria José de Oliveira Araújo como secretária executiva da RedeSaúde (1995 a 2000), período em que ela a conduziu com competência técnica e política. Médica e ativista na defesa da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres, Maria José é fundadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo. Entre 1989 e 1992 foi coordenadora do programa de saúde da mulher do município de São Paulo. Atualmente, Maria José é membro do Conselho Diretor da Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Segundo Isabel Baltar, a nova gestão da Secretaria Executiva propõe-se a dar continuidade ao excelente trabalho desenvolvido durante as duas gestões anteriores. Trabalhando em constante diálogo com o Conselho Diretor da RedeSaúde, buscará ampliar a articulação das organizações do movimento brasileiro de mulheres pela saúde e direitos sexuais e reprodutivos e de outros setores comprometidos com estas questões.

A secretária executiva e a secretária adjunta continuarão contando com a valiosa participação de Jacira Melo à frente da área de comunicação. A equipe da Secretaria Executiva também continuará sendo apoiada pelo eficiente trabalho de Eugenia Lisboa e Suzana Siqueira.

Este número especial do Jornal da Rede – um dos trabalhos realizados em conjunto no processo de transição entre as duas gestões da Secretaria – tem como enfoque central a inter-relação saúde, particularmente saúde da mulher, raça/etnia e direitos reprodutivos. Com esta edição, que busca apresentar um panorama amplo sobre as principais questões que afetam não apenas a saúde, mas também as condições de vida das mulheres brasileiras de diferentes raças e etnias, a RedeSaúde espera contribuir para os debates e o processo de preparação para a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial e Formas Conexas de Intolerância, que será realizada em setembro de 2001 na África do Sul.

Expediente:

Conselho Editorial: Candida Carvalheira/RJ; Criméia Shimidt Almeida/SP; Eunice Guedes/PA; Fátima Oliveira/MG; Gilberta Soares/PB; Jacira Melo/SP; Liège Rocha/SP; Márcia Lorangeira/PE; Maria Isabel Baltar da Rocha/SP; Maria José de Oliveira Araújo/SP; Rurany Esther Silva/GO.

Secretária Executiva: (período de transição)

Maria José de Oliveira Araújo

Maria Isabel Baltar da Rocha

Liège Rocha

Coordenação Editorial: Jacira Melo

Editora: Marisa Sanematsu

Secretaria: Eugenia Lisboa Homem e Suzana Siqueira

Projeto Gráfico e Arte: Paulo Batista

Fotolito: Input

Impressão: Hamburg Gráfica e Editora

Apoio: Fundação Ford

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Conteúdo

Saudações a Quem Tem Coragem! <i>Fátima Oliveira</i>	05
A Importância dos Estudos sobre a População Negra <i>Entrevista com Elza Berquó</i>	11
Conferência Mundial Contra o Racismo	17
Uma Oportunidade Ímpar na Luta Contra o Racismo <i>Entrevista com Sueli Carneiro</i>	21
Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil <i>Wania Sant'Anna</i>	27
Miomatose em Negras e Brancas Brasileiras: semelhanças e diferenças <i>Vera Cristina de Souza</i>	34
Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista <i>Maria José de Oliveira Araújo</i>	40
PAF: um programa que ainda não saiu do papel <i>Entrevista com Edna Roland</i>	46
AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras <i>Jurema Werneck</i>	53
É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do “quarto de despejo” <i>Maria Inês da Silva Barbosa</i>	59

Mortalidade Materna: maior risco para mulheres negras no Brasil <i>Alaerte Leandro Martins</i>	63
Respeito e Integração dos Conhecimentos das Mulheres Indígenas <i>Marta Maria Azevedo</i>	69
Cesárea e Esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais <i>Alessandra Sampaio Chacham</i>	73
Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade <i>Estela María García de Pinto da Cunha</i>	80
Em Pauta	86

Saudações a Quem Tem Coragem!

Fátima Oliveira*

A preocupação com a saúde da população negra, em particular no Brasil, revela coragem e ousadia, exigindo também boa dose de paciência. Isto ocorre porque, além do enfrentamento cotidiano das resistências políticas e ideológicas – até em setores do movimento negro –, ainda há muito o que fazer para consolidar o campo de assistência e pesquisa denominado Saúde da População Negra, inclusive conscientizar governos, profissionais e escolas de saúde.

Embora este número do *Jornal da Rede* trate especialmente da saúde da mulher negra, inclui também artigos que enfocam outras raças/etnias, além de três entrevistas instigantes. A conversa com a filósofa Sueli Carneiro aborda expectativas e embates políticos sobre a III Conferência Mundial da ONU Contra o Racismo. Edna Roland, psicóloga, avalia a maior promessa oficializada de uma política pública do Estado brasileiro – oficializada, mas ainda não concretizada – que beneficia diretamente a população afrodescendente: o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (1996). Já a entrevista com a profa. Elza Berquó – demógrafa cujas pesquisas pioneiras em saúde com recorte racial/étnico são um marco dos estudos contemporâneos no país – traz sua avaliação acerca dos avanços em relação aos estudos sobre a população negra.

Esta publicação é mais um dos registros impressos que demonstram o compromisso da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos com a luta anti-racista. São estudos de feministas – negras e brancas – pioneiras na temática que abordam, seja porque deram os primeiros passos nos assuntos aos quais se dedicaram ou por conta do “olhar científico” pioneiro, alicerçado no recorte racial/étnico. Sobretudo, trata-se de uma publicação corajosa ao reafirmar em cada palavra que não há mais dúvida de caráter científico sobre a prevalência e as singularidades na evolução de algumas doenças em determinados grupos populacionais raciais ou étnicos, cuja causa em geral é multifatorial. Em outras palavras, as doenças raciais/étnicas estão alicerçadas na compreensão da interpenetração das variáveis *classe*, *sexo/gênero* e *raça/etnia*.

Tive o privilégio de ter acesso a todos os artigos para escrever esta apresentação. Não tenho muito o que acrescentar ao que as autoras expõem tão bem. Assim sendo, “tomarei emprestado” suas palavras para apresentar as idéias de cada uma e contextualizar o momento e o lugar de onde falamos. O cenário é o lugar reservado para “não-brancos” no Brasil por uma sociedade e um país

racistas em uma conjuntura de mal-estar social crescente. Os dados que disponibilizamos evidenciam que o racismo também gera e/ou agrava doenças, portanto urge que as políticas de saúde incorporem tal realidade!

Wania Sant'Anna

Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil

Usando o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e o IDG (Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero) para medir a desigualdade entre homens e mulheres e entre brancos e negros no Brasil, Wania Sant'Anna mostra que as diferenças são gritantes:

“Enquanto os valores do IDG brasileiro fazem o Brasil ocupar a 67ª posição entre os 143 países incluídos no ranking, o IDG afrodescendente o faz ocupar a 91ª posição, ou seja, 24 pontos abaixo”.

Vera Cristina de Souza

Miomatose em Negras e Brancas Brasileiras: semelhanças e diferenças

O artigo de Vera Cristina apresenta dados e análises de um estudo que mostra haver uma predominância de miomas uterinos nas negras, fato este que tem, segundo a autora, como consequência mais expressiva o maior número de ocorrências de histerectomia entre elas. A pesquisa constatou a desinformação generalizada sobre os miomas e a maior falta das negras no retorno às consultas, por questões relativas à precariedade de inserção no mercado de trabalho (sem carteira assinada). Vera Cristina encerra seu artigo apontando como uma das saídas a criação de grupos de portadoras de miomas uterinos:

“(...) visando permitir que as mulheres adquiram conhecimento sobre a doença e a evolução dos tratamentos, para que possam exercer o direito de decidir, de forma participante, acerca das intervenções sobre seus corpos, particularmente quando da ocorrência da histerectomia”.

Maria José de Oliveira Araújo

Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista

Rerler o artigo de Maria José após tantos anos nos dá a exata dimensão da lucidez de uma feminista, que corajosamente elaborou a primeira sistematização contemporânea panorâmica sobre a saúde da mulher negra (1993), que ainda é um “ponto de partida” e leitura obrigatória para quem deseja incursionar pelo assunto. Maria José aponta o cerne da questão:

“Discutir a especificidade da saúde da população negra, e das mulheres negras em particular, pressupõe não apenas uma análise socioeconômica, mas também o repensar a ciência enquanto produtora e detentora do conhecimento”.

Jurema Werneck

AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras

Nesse artigo, Jurema nos oferece uma reflexão calcada na prática política do trabalho na área da AIDS desenvolvido pela ONG feminista negra Criola, que se destaca pela precisão com que aborda a feminização e pauperização da infecção pelo HIV como fenômenos que apontam para uma provável alta incidência da epidemia na população negra. Em seu texto, Jurema diz:

“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”.

Maria Inês da Silva Barbosa

É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do ‘quarto de despejo’

A contribuição de Maria Inês é relevante, em particular quando explicita que:

“A análise dos Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos demonstra a diferença entre ser homem ou mulher, negra ou branca. De um modo geral, perdem as mulheres negras mais anos do que os homens brancos (...) Os dados obtidos revelam disparidades entre o perfil de mortalidade da população feminina negra e população feminina branca, apontando para a prematuridade da morte de mulheres negras”.

Alaerte Leandro Martins

Mortalidade Materna: maior risco para mulheres negras no Brasil

Para responder as suas e nossas inquietações e subsidiar nossas lutas, Alaerte Leandro Martins brindou-nos com uma dissertação de mestrado sobre a problemática da mortalidade materna e sua dinâmica em mulheres negras brasileiras. Nesse estudo, Alaerte pesquisou 956 óbitos maternos no estado do Paraná, na faixa etária de 10 a 49 anos, ocorridos de 1993 a 1998. A pesquisadora enfatiza que, nas estratégias de combate à mortalidade materna, é indispensável considerar “as

especificidades de cada raça, especialmente das amarelas e pretas, considerando-se como fatores de risco o quesito cor e a situação socioeconômica”.

Marta Maria Azevedo

Respeito e Integração dos Conhecimentos das Mulheres Indígenas

O artigo de Marta complementa o nosso Jornal e começa a preencher uma lacuna – a falta de dados e os poucos estudos sobre a saúde da mulher indígena –, além de evidenciar o compromisso da RedeSaúde em estimular pesquisas que possam contribuir para melhorar a qualidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher indígena. Calam fundo as conclusões da pesquisa. Impressionam, em primeiro lugar, a demanda das mulheres de lauréaté por anticoncepcionais modernos; depois, a sensibilidade da pesquisadora em relação à realidade das participantes do projeto, ao afirmar que:

“(...) os conhecimentos que as mulheres possuem tradicionalmente sobre sua saúde são bastante amplos, podendo-se a partir daí apenas ajudá-las num aprimoramento e adequação desses conhecimentos e práticas à nova realidade em que essa população está agora inserida”.

Alessandra Sampaio Chacham

Cesárea e Esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais

Ao analisar em seu pós-doutorado na Universidade do Texas, EUA, dados sobre esterilização e raça tendo como fonte a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, Alessandra traz novas luzes a um assunto que tem dado muita “dor de cabeça” ao movimento negro brasileiro.

Embora não apresente conclusões definitivas, o artigo possibilita-nos lançar um novo olhar sobre um tema que o movimento negro relegou ao esquecimento desde, pelo menos, metade dos anos 90 – ocasião em que foi “perdendo o gás” a Campanha Contra Esterilização em Massa de Mulheres, iniciada em 1991, cujo mérito foi sensibilizar o movimento negro para o valor estratégico da “questão saúde” para a luta anti-racista, mas que até agora não foi devidamente avaliada.

Estela María García de Pinto da Cunha

Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade

Parceira incondicional das mulheres negras e estudiosa de referência, há mais de uma década Estela Cunha (ou Maira, como é mais conhecida) vem se dedicando especialmente ao estudo da mortalidade infantil com recorte racial. Ao longo desses anos, essa pesquisadora tem demonstrado a

perversidade da maior mortalidade infantil em crianças negras no Brasil, quadro que tem piorado, a despeito da queda acentuada da mortalidade infantil em geral nos últimos vinte anos. As estatísticas frias do seu artigo causam indignação. São números duros, vergonhosos; ferem como um punhal e gritam: nossas crianças negras morrem mais que as brancas porque os governos, em todos os níveis, permitem que assim seja. Mas não será para sempre!

Fica um alerta: a omissão – implícita ou explícita – em reconhecer o recorte racial/étnico na saúde ou negar e/ou ignorar a condição de doença racial/étnica a determinadas enfermidades tem sido, historicamente, uma prática racista que vem concorrendo para a negação de assistência condigna à saúde das populações vitimadas pelo racismo, assim como tem impedido a ampliação das possibilidades de investimentos financeiros e políticos em pesquisas. Não há dúvida: apenas um número reduzidíssimo de doenças podem ser classificadas como raciais ou étnicas em qualquer agrupamento populacional. Todavia, na população negra, elas ocorrem precocemente e em um contingente expressivo de pessoas e suas repercussões na morbi-mortalidade exigem atenção particular, sobretudo do ponto de vista da ética da responsabilidade, posto que são doenças geradoras de resultados negativos diretos e de grande magnitude na saúde reprodutiva da mulher negra e na diminuição da vida produtiva de negros em geral.

Por fim, há uma missão obrigatória a ser cumprida na África do Sul pelo governo brasileiro e a militância anti-racista do país, que é sensibilizar as demais nações para garantir as conquistas – que consideramos estratégicas – que foram inscritas pela nossa delegação na Declaração e no Plano de Ação do PrepCom do Chile, a exemplo do capítulo sobre afrodescendentes, com destaque para os pontos relativos à genética e à saúde da população negra, cujo teor é o seguinte:

51. “Reconhecemos que certas pessoas e grupos podem experimentar outras formas de discriminação baseada em seu gênero, idade, incapacidade, condição genética, idioma, religião, orientação sexual, situação econômica ou origem social, e que podem sofrer atos de racismo, discriminação racial, xenofobia e formas conexas de intolerância (...) reafirmamos que se deve prestar atenção especial na elaboração de estratégias, políticas e programas para aquelas pessoas que podem sofrer múltiplas formas de discriminação.”

111. “Recomendamos que a Organização Pan-Americana de Saúde promova ações para o reconhecimento das variáveis raça/etnia/gênero como variáveis significativas no campo da saúde e

que desenvolva projetos específicos dirigidos à prevenção, diagnóstico e tratamento de afrodescendentes.”

Axé feminista.

* *Fátima Oliveira é médica e integrante da Coordenação Nacional da União Brasileira de Mulheres e dos conselhos diretores da RedeSaúde e da Comissão de Cidadania e Reprodução. É também membro da Secretaria Executiva da Sociedade Brasileira de Bioética, conselheira do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e autora, dentre outros, de Oficinas Mulher Negra e Saúde (Mazza Edições, 1998). E-mail: fatimao@medicina.ufmg.br*

A Importância dos Estudos sobre a População Negra

Entrevista com Elza Berquó

Pioneira nos estudos demográficos sobre a população negra no Brasil, Elza Berquó é também uma das precursoras das pesquisas sobre demografia da mulher e saúde reprodutiva.

Demógrafa com pós-graduação em Bioestatística pela Universidade de Columbia, Nova York, e professora titular de Estatística na Universidade de São Paulo, Elza Berquó foi fundadora, em 1982, do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp). Elza Berquó coordenou o Núcleo no período de 1982 a 1994 e atualmente é coordenadora geral do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade, criado no Nepo em 1992.

Elza Berquó vem se mostrando também muito ativa do lado de fora da academia. Esteve entre os que, em 1969, fundaram o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) – onde coordena a Área de População e Sociedade – e é membro dos conselhos da Fundação Carlos Chagas e da Comissão de Cidadania e Reprodução.

O reconhecimento de Elza Berquó como uma respeitada especialista em questões demográficas vem possibilitando sua participação em diversas instâncias governamentais, como a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd), criada no âmbito da Presidência da República, da qual a dra. Elza é presidente. Como membro da Comissão Consultiva do Censo Demográfico do Ano 2000, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Comissão Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, Elza Berquó tem buscado enfatizar a importância do recorte racial/étnico nos trabalhos demográficos e epidemiológicos de âmbito nacional.

Elza Berquó tem mostrado também uma ativa participação internacional, como membro das delegações oficiais brasileiras nas diversas conferências sobre população e gênero realizadas pelas Nações Unidas: Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); Conferência Internacional da Mulher (Beijing, 1995); e Conferência Internacional do Cairo + 5 (Nova York, 1999)

Nesta entrevista ao Jornal da Rede, Elza Berquó faz uma avaliação acerca dos avanços obtidos nas duas últimas décadas em relação aos estudos sobre a população negra, destacando algumas iniciativas importantes, como a reintrodução do quesito cor no Censo de 1980, o programa de formação de pesquisadores/as desenvolvido pelo Cebrap e a preocupação com o recorte racial/étnico no desenvolvimento de estudos referentes a questões de população e saúde.

Jornal da Rede – *Do ponto de vista da demografia, como você avalia a evolução dos estudos sobre a população negra da década de 80 aos dias atuais?*

Elza Berquó – O fato de a informação sobre cor haver desaparecido do Censo de 1970, que foi realizado durante a ditadura, deixou um vazio muito grande, porque nós tínhamos dados sobre cor nos censos de 40, 50 e 60. Acontece que o Censo de 1960 só veio a público em 1978 e, ainda assim, incompleto – a divulgação do Censo de 60 nunca foi totalmente completada. Então, quando em 1970 a informação sobre cor não entrou, isto significou que tivemos um vazio de informações sobre a população negra brasileira de 1960 até 1978. Durante 20 anos não havia nenhuma idéia sobre como estava evoluindo a população negra, constituída pelos grupos populacionais que se autoclassificam como preto e pardo.

JR – *Ao adotar o quesito cor, o que o Censo de 80 revelou?*

Elza – Com os dados de 1980 foi possível observar duas tendências: que a população preta vem declinando e a população parda vem crescendo; e, quando somadas, elas quase empatam com a população branca. Durante a preparação do Censo de 80, foi organizada na reunião da SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência) uma mesa sobre o censo que foi coordenada por mim. Essa mesa constituiu um dos esforços para que o quesito cor voltasse ao censo. E me lembro muito bem que, durante essa discussão na SBPC – com o plenário lotado –, fui advertida por uma pessoa negra que estava no auditório e que me perguntava por que eu, que não era negra, estava querendo trabalhar com a demografia do negro no Brasil? Respondi, então, que era por dois motivos: em primeiro lugar, pelo meu comprometimento social com todas as questões relevantes deste país; e, em segundo, porque não havia ainda nenhum demógrafo negro no Brasil; então, alguém precisava fazer esse papel. A partir desse debate houve uma moção da SBPC para a reintrodução do quesito cor. Com a volta desse quesito no Censo de 80, foi possível então reiniciar os estudos a respeito da população negra no país.

JR – *Fica claro então que o Censo de 80 foi um marco fundamental; entretanto, é necessário ainda um aperfeiçoamento do quesito cor. Em sua avaliação, como vem sendo conduzido esse debate?*

Elza – Eu fiz parte do Comitê Consultivo do Censo de 1991 e do último censo, de 2000. A cor é sempre uma questão que preocupa muito porque, qualquer que seja a forma em que é perguntada

no censo, ela nunca satisfaz; porque uma hora é raça, uma hora é etnia, uma hora é cor... Então, no final, acaba ficando o quesito cor. Este ano também houve uma tentativa de se referir não à cor, mas à origem, para que se pudesse denominar os brasileiros como afrodescendentes, que é a forma como a população negra organizada hoje quer ser chamada. Para tanto, introduziu-se em um censo piloto a questão da origem, referindo-se a ela como “ascendência”. Mas aí foi muito difícil, porque a grande maioria da população com baixa escolaridade confunde ascendência com descendência; tivemos então que eliminar esta expressão. Então se colocou origem, mas a questão da origem é complicada, porque todo mundo pensa: “minha origem é brasileira”, o que não deixa de ser verdade. Na minha opinião, temos que fazer pesquisas menores, mais aprofundadas, para encaminharmos essa questão de cor. E essas pesquisas devem ser conduzidas antes do processo final de elaboração de um censo, pois com toda a problemática que envolve sua preparação, com todos os quesitos que entram, é sempre muito difícil trabalhar mudanças. Conclusão: o Censo 2000 continuou usando a mesma classificação, com a auto-identificação como branco, preto, pardo, amarelo e indígena.

JR – *Quando teremos as informações sobre cor do Censo 2000?*

Elza – Embora até agora sem sucesso, tenho feito um grande esforço junto ao IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para que o quesito cor seja incluído no questionário básico. A cor é um dado de auto-identificação tão importante quanto a idade e o sexo. Talvez seja necessária uma pressão vinda dos movimentos negros para essa mudança. Em relação ao Censo 2000, o quesito cor continua sendo uma informação que aparece na amostra; o problema é que nós só vamos ficar sabendo como está a população negra no Brasil quando saírem os dados da amostra, que sempre saem muito depois dos dados do questionário básico, que já fornece informações por sexo e idade.

JR – *O Projeto Saúde da População Negra, desenvolvido no Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) sob sua coordenação, tem apresentado muitos resultados positivos. Gostaríamos de ouvir sua análise sobre a ênfase dada por esse programa à formação de pesquisadores/as negros/as para a realização de estudos sobre a população negra, incluindo direitos reprodutivos.*

Elza – Como trabalho com demografia do negro desde os anos 80, sempre tentei incorporar pesquisadores negros nas minhas atividades de pesquisa, mas havia muita dificuldade em encontrá-

los. Preocupava-me o fato de que, ao concorrer a uma bolsa de pesquisa, o estudante negro – e também o mais pobre – em geral perdia, por se apresentar menos preparado do que quem havia freqüentado uma universidade pública. Via de regra, os negros e os pobres fazem o ensino básico em escola pública e depois vão para a universidade privada; depois, eles têm que trabalhar de dia e estudar à noite – é como se dá essa inversão perversa da nossa pirâmide. Assim, na hora de competir e concorrer a uma bolsa para poder continuar os estudos, eles perdem. Propus, então, fazer uma seleção entre o conjunto dos estudantes negros. Apresentei para a Fundação MacArthur o Projeto Saúde da População Negra, que foi muito bem recebido e obteve financiamento de cinco anos. Esse projeto previa a seleção de cinco pesquisadoras negras para participar de um estudo no Cebrap, no qual vivenciariam todas as etapas de uma pesquisa. A primeira fase do programa enfocou a Pesquisa Saúde Reprodutiva da Mulher Negra.

JR – *E quais foram, em sua avaliação, os resultados do programa em termos da formação de quadros afrodescendentes?*

Elza – O projeto previa que cada pesquisadora conhecesse e participasse de todas as fases de uma pesquisa, desde o que é uma pesquisa, como se definem seus objetivos e sua metodologia, até como preparar um questionário, ir a campo, fazer entrevistas, codificar, tabular e analisar. É possível dizer que, de uma maneira geral, o projeto foi um sucesso. Tivemos três mestrados e dois encaminhamentos para doutorado. As pesquisadoras estão muito bem encaminhadas e, na maioria dos casos, continuam trabalhando com as informações daquela pesquisa; e, quando não, estão sempre voltadas para as questões da população negra e da saúde da mulher negra.

Neste momento estamos iniciando no Cebrap uma outra pesquisa através do Projeto Saúde da População Negra, com apoio da Fundação MacArthur. Trata-se de um trabalho usando o banco de dados que desenvolvemos a partir de uma pesquisa sobre conhecimento e percepções do HIV/AIDS e comportamento sexual, realizada pelo Cebrap com financiamento do Ministério da Saúde. Já selecionamos três pesquisadores negros – um homem e duas mulheres – que vão trabalhar com essas informações com recorte étnico.

JR – *Trata-se de um estudo sobre AIDS e população negra?*

Elza – Exatamente; e estou muito entusiasmada com esse projeto, porque não temos ainda nenhum estudo no Brasil sobre AIDS com recorte racial/étnico. Por que? Porque, na verdade, a planilha de

notificação de AIDS não continha a informação sobre cor. Em minha primeira reunião como integrante da Comissão Nacional de DST/AIDS, perguntei: qual é a epidemiologia de AIDS na população negra no Brasil? Não havia esta informação. Agora, com a inclusão do quesito cor na planilha de AIDS, isso significa que em breve teremos esta importante informação.

Os dados da pesquisa sobre o conhecimento e percepções sobre o HIV/AIDS que estamos analisando cobrem todo o território nacional e incluem a representação da população negra. Assim, vamos poder ter uma idéia sobre o nível de conhecimento da exposição, orientação sexual, iniciação sexual, enfim, sobre a sexualidade da população negra e sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

JR – *Como você avalia a situação atual das pesquisas no campo da raça/etnia, em especial sobre a questão dos direitos reprodutivos?*

Elza – É com uma satisfação imensa que se vê trabalhos como o de Wania Sant’Anna e Marcelo Paixão, que desagregam o Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil, separando população branca e população negra, e que mostram, na verdade, os dois Brasis. Sobre o risco reprodutivo, hoje já dispomos de um conjunto de pesquisas e estudos relevantes. Todas essas pesquisas demonstram que o risco reprodutivo da população negra é muito mais elevado do que o da população branca, por uma série de fatores. Na Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra, realizada em 2000, foram apresentados trabalhos muito interessantes. Fiquei surpresa ao ver a quantidade de estudos sobre as doenças mais prevalentes na população negra, algumas de ordem genética.

JR – *Na sua opinião, quais são os desafios para a pesquisa no campo da raça/etnia em relação à população indígena, considerando ainda a questão dos direitos reprodutivos?*

Elza – O programa de bolsas da Fundação MacArthur vem impulsionando o campo de estudos sobre a população indígena, com o desenvolvimento de projetos de pesquisa e ação. No entanto, a quantidade desses estudos ainda é muito pequena. Penso que se trata de um campo que está aberto e que merece maiores esforços e investimentos.

Mas é preciso considerar que, a despeito de esta população ser pequena – estimada em 350 mil pessoas –, refere-se a 210 povos indígenas, envolvendo 170 línguas, o que pode responder pelas dificuldades na área de pesquisas sobre saúde reprodutiva e sexualidade, dados os diversos significados atribuídos aos elementos associados a este campo. Mas isso, antes de constituir

justificativa para o pouco desenvolvimento dos estudos sobre este segmento populacional, deve ser o grande desafio para a realização de pesquisas voltadas para a população indígena.

JR – *Como a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento tem trabalhado com a questão de raça e etnia? Quais têm sido as principais ênfases?*

Elza – A CNPD inclui o recorte racial/étnico em tudo o que faz. Quando a Comissão estudou os jovens, fez questão de olhar o jovem branco e o jovem negro. E agora, por exemplo, quando a Comissão inicia um estudo sobre as mulheres chefes de família – estou preparando um perfil sociodemográfico dessas mulheres, buscando construir um indicador de vulnerabilidade –, não há dúvida nenhuma de que o recorte étnico será da maior importância. A mulher negra é a mais pobre, menos escolarizada e com maior número de filhos. Um grande contingente de mulheres solteiras é chefe de família. Esse recorte será fundamental nesse estudo.

A Comissão não possui uma área que trabalhe especificamente com raça/etnia; esta é uma questão que perpassa todas as preocupações e ações da CNPD.

JR – *Na sua opinião, como é possível enfrentar o racismo na sociedade brasileira?*

Elza – A sociedade brasileira é racista, não há dúvidas sobre isso. Acredito que há uma tendência para essa situação se modificar. Essa modificação tem um ponto básico que é, a meu ver, a educação. Penso que, quando a educação for universal e de qualidade e forem dadas às pessoas chances iguais de chegarem às boas universidades, aí essa questão vai mudar. Porque as pessoas vão estar em um outro patamar e isso, na minha opinião, é fundamental. É por aí que começa a democracia racial.

Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância

Durban, África do Sul

31 de agosto a 7 de setembro de 2001

“A discriminação entre seres humanos com base em raça, cor ou origem étnica é uma ofensa à dignidade humana e será condenada como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais proclamadas na Declaração Universal de Direitos Humanos, como um obstáculo para relações amigáveis e pacíficas entre as nações, e como um fato capaz de perturbar a paz e a segurança entre os povos.”

Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, ONU, 1963.

Um desafio para o novo milênio

Em 1997 a Assembleia Geral das Nações Unidas decidiu, por meio da Resolução 52/111, realizar a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância.

A Conferência Mundial, que acontecerá em Durban, na África do Sul, entre 31 de agosto e 7 de setembro de 2001, será um marco na luta para erradicar todas as formas de racismo, exigindo um forte mecanismo de acompanhamento para examinar se os governos vêm cumprindo os compromissos acordados. A Conferência Mundial é uma oportunidade única para criar uma nova visão mundial para a luta contra o racismo no século 21 e irá focar medidas práticas e ações voltadas para erradicar o racismo, incluindo medidas de prevenção, educação e proteção contra o preconceito e a intolerância.

Objetivos gerais

A Assembleia Geral da ONU enfatizou que a Conferência Mundial deverá se dirigir de uma maneira inclusiva contra todas as formas de racismo, inclusive formas contemporâneas de intolerância. Definiu também os seguintes objetivos gerais para a Conferência:

- avaliar o progresso obtido contra a discriminação racial, reavaliar obstáculos a futuros avanços e desenvolver formas de superá-los;

- analisar os meios para assegurar uma melhor aplicação dos padrões existentes para combater a discriminação racial;
- aumentar o nível de conscientização sobre o racismo e suas conseqüências;
- formular recomendações sobre como tornar mais efetivas as atividades e mecanismos das Nações Unidas no combate ao racismo;
- revisar os fatores políticos, históricos, econômicos, sociais, culturais e outros que têm contribuído para o racismo;
- formular recomendações com respeito a novas medidas nacionais, regionais e internacionais que poderiam ser adotadas na luta contra o racismo; e
- fazer recomendações sobre como assegurar que as Nações Unidas tenham recursos suficientes para poder levar a cabo um programa efetivo de combate ao racismo e à discriminação racial.

2001: Ano Internacional Contra o Racismo

Em 1998, a Assembléia Geral decidiu proclamar 2001 como Ano Internacional de Mobilização Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância. Essa decisão visa contribuir para chamar a atenção mundial para os objetivos da Conferência e impulsionar e ampliar o compromisso político para a eliminação do racismo e da discriminação racial.

Refletindo as principais preocupações dos últimos anos, a Conferência Mundial também irá focar a prevenção da discriminação racial e dos conflitos étnicos, o fenômeno amplamente difundido da xenofobia e a dupla discriminação. De fato, muitas vítimas de discriminação racial também sofrem preconceito baseado em gênero, deficiência ou idade.

Outro tema a ser focado será a Convenção Internacional para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, peça central da ação internacional de combate ao racismo. O tratado, adotado pela Assembléia Geral da ONU em 1965, foi ratificado por 155 Estados. Dentre os objetivos principais da Conferência Mundial estarão estimular sua ratificação universal e promover o reconhecimento do Comitê da ONU para a Eliminação da Discriminação Racial como instância superior para receber e agir no que diz respeito a denúncias de indivíduos que alegam ser vítimas de violação de qualquer direito definido na Convenção.

A Conferência Mundial também irá destacar os esforços globais para promover os direitos de migrantes. Todos os Estados serão encorajados a ratificar, de forma prioritária, a Convenção

Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e suas Famílias (1990).

Comitê Preparatório

A Assembleia Geral das Nações Unidas designou a Alta Comissária para Direitos Humanos, Mary Robinson, como secretária-geral da Conferência. A Comissão de Direitos Humanos da ONU será o Comitê Preparatório para a Conferência Mundial Contra o Racismo. Foram programadas duas reuniões preparatórias: a primeira aconteceu de 1 a 5 de maio de 2000, em Genebra, e a segunda irá ocorrer entre 21 de maio e 1 de junho de 2001, na mesma cidade. O processo preparatório tem servido para aumentar a conscientização pública sobre o racismo e a discriminação racial em âmbito global e divulgar as ações necessárias para combatê-los.

Serão necessários esforços combinados e envolvimento de todas as pessoas e governos para que sejam alcançados os objetivos da Conferência. Serão mobilizados governos, órgãos intergovernamentais, organizações não-governamentais, vários organismos da ONU e agências especializadas, academia, mídia e indivíduos. Estados-membros e organizações regionais estão planejando reuniões nacionais e regionais para formular contribuições para o processo preparatório da Conferência. Foi também criado um fundo voluntário para fornecer recursos adicionais para o processo preparatório e para a própria Conferência Mundial.

Participação

A Conferência Mundial, bem como as sessões de seu Comitê Preparatório, está aberta à participação de:

- todos os Estados-membros das Nações Unidas;
- todas as organizações e comissões regionais e comissões envolvidas na preparação de reuniões regionais;
- representantes de organizações convidadas pela Assembleia Geral para participar como observadores;
- agências especializadas, comissões regionais, órgãos e programas da ONU;
- representantes de mecanismos da ONU no campo dos direitos humanos;
- organizações não-governamentais interessadas, a serem representadas por observadores, conforme a Resolução 1996/31 do Conselho Econômico e Social da ONU; e

- outras organizações governamentais interessadas, a serem representadas por observadores.

Programa provisório

Tema 1: Fontes, causas, formas e manifestações contemporâneas de racismo, discriminação racial e formas conexas de intolerância.

Tema 2: Vítimas de racismo, discriminação racial e intolerância relacionada.

Tema 3: Medidas de prevenção, educação e proteção voltadas para a erradicação do racismo, discriminação racial e formas conexas de intolerância nos níveis nacional, regional e internacional.

Tema 4: Estabelecimento de soluções efetivas, recursos, emendas e outras medidas (compensatórias) nos níveis nacional, regional e internacional.

Os parênteses no tema 4 indicam que não foi possível chegar a um consenso sobre a palavra “compensatórias”.

Tema 5: Estratégias para alcançar igualdade completa e efetiva, incluindo cooperação internacional e melhoria dos mecanismos internacionais e das Nações Unidas para o combate ao racismo, discriminação racial e xenofobia.

Fonte: site oficial da Conferência Mundial Contra o Racismo (home page da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas): <http://www.unhchr.ch/html/racism/index.htm>

Tradução: Marisa Sanematsu.

Uma Oportunidade Ímpar na Luta Contra o Racismo

Entrevista com Sueli Carneiro

Sueli Carneiro é diretora do Geledés – Instituto da Mulher Negra, uma organização que há vários anos vem lutando pela saúde e pelos direitos das mulheres negras no país.

Filósofa, pós-graduanda em Filosofia da Educação pela Universidade de São Paulo e pesquisadora do CNPq, Sueli é articulista do jornal Correio Braziliense. É também membro do comitê de seleção da Fundação MacArthur e fellow da Ashoka-Empreendedores Sociais.

Em entrevista ao Jornal da Rede, Sueli Carneiro falou sobre a mobilização das organizações de mulheres negras no processo preparatório para a Conferência Mundial Contra o Racismo, organizada pela ONU e que vai acontecer em setembro na África do Sul. Além de criticar o silêncio e omissão de alguns setores da sociedade brasileira em relação à Conferência, Sueli também destacou o papel dos meios de comunicação no combate à discriminação racial e a importância do enfoque de raça/etnia e gênero no desenho e implementação de políticas públicas em todas as áreas.

Jornal da Rede – *Neste Ano Internacional de Mobilização Contra o Racismo, quais seriam os caminhos para dar maior visibilidade ao problema da discriminação racial e suas conseqüências perversas para a sociedade brasileira?*

Sueli Carneiro – A Conferência Mundial Contra o Racismo traz uma oportunidade ímpar, particularmente para a sociedade brasileira, para se enfrentar de uma maneira muito mais objetiva toda essa problemática do racismo e da discriminação social em nosso país. Nessa luta, os meios de comunicação têm um papel muito especial a cumprir, principalmente por sua influência sobre a percepção que a sociedade tem sobre os grupos discriminados.

No artigo 165 do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas, evento preparatório para a Conferência Mundial, que foi realizado em dezembro, em Santiago, recomenda-se que a mídia desestime a formação de estereótipos e, ao mesmo tempo, procure estimular a descrição objetiva e equilibrada das pessoas e acontecimentos e realize esforços para evidenciar as contribuições positivas de membros de grupos que são vítimas freqüentes de racismo e discriminação. Isso significa dizer que é preciso que a sociedade brasileira – e em especial os

veículos de comunicação – se posicione e contribua efetivamente para a superação da problemática do racismo e da discriminação racial.

JR – *Como assegurar um enfoque de gênero nos programas de ação contra o racismo? Como enfrentar o racismo e, ao mesmo tempo, a discriminação vivida pelas mulheres negras – enquanto mulher e negra?*

Sueli – O Plano de Ação de Santiago enfatiza de maneira inequívoca o reconhecimento de que a questão de gênero produz agravantes para as mulheres negras e indígenas em relação às formas de violência, discriminação e de falta de acesso a benefícios. Como já é consenso entre nós, feministas – e que conseguimos introduzir em diversos documentos internacionais –, o fundamental é que as políticas públicas universalistas operem sistematicamente com um enfoque sobre a questão de gênero e raça. Sabemos que as mulheres negras compõem o segmento social mais oprimido, discriminado e marginalizado socialmente. Isso já foi exaustivamente demonstrado através de indicadores sociais: as mulheres negras estão na base da hierarquia social e experimentam os piores índices socioeconômicos.

JR – *Em termos de políticas públicas no campo da saúde, como trabalhar com gênero e raça?*

Sueli – Penso que toda e qualquer política pública precisa, necessariamente, ter um foco especial nos segmentos das mulheres negras e das mulheres indígenas, considerando o caso brasileiro, para operar com o recorte de gênero e raça. Assim, é fundamental que as políticas específicas voltadas para esses segmentos sejam desenvolvidas em todas as áreas.

Por exemplo, na área da saúde, sabemos que as mulheres negras têm uma prevalência de miomas uterinos; também sabemos que a população negra apresenta índices superiores de hipertensão arterial e anemia falciforme e de desenvolvimento de diabetes e problemas renais. Assim, é fundamental que o Ministério da Saúde realize campanhas específicas para esse segmento, voltadas para a prevenção e para que o acesso ao sistema público de saúde seja estimulado e garantido efetivamente, para que essa prevenção possa de fato ocorrer. É preciso, então, que o sistema público de saúde se abra, tanto para integrar as variáveis de gênero e raça em todas as suas políticas, como para desenvolver campanhas e linhas específicas de atendimento para essa demanda que a população negra apresenta.

JR – *Quais são as principais reivindicações do movimento de mulheres negras?*

Sueli – Temos três questões que me parecem críticas: emprego, educação e imaginário social. Entendo que esses três aspectos, da forma como estão atualmente colocados, potencializam negativamente a questão da mulher negra. Então o que vemos é, numa sociedade praticamente negra ou mestiça, a desvalorização da mulher negra no imaginário social e uma hegemonia estética brutal das mulheres brancas, sobretudo um elogio exacerbado ao biotipo ariano, isto é, às loiras. Isso produz então um impacto muito perverso, por exemplo, no mercado de trabalho, no qual a ordem é, em sendo mulher, quanto mais clara melhor, em que o quesito “boa aparência” é um eufemismo que esconde a discriminação que as não-brancas sofrem no mercado de trabalho.

Na minha opinião, para que se promova uma alteração real nas condições de vida das mulheres negras brasileiras, teríamos que ter como elementos essenciais: políticas públicas, capacitação, treinamento de mão-de-obra, incentivo às empresas que praticarem uma política de diversidade com ênfase nas questões de gênero e raça, punição efetiva para as práticas discriminatórias presentes na sociedade, em especial no mercado de trabalho, e políticas de ação afirmativa, particularmente para o acesso ao ensino universitário.

JR – *As organizações de mulheres negras têm tido uma participação bastante importante no processo preparatório da Conferência Mundial Contra o Racismo. Como você analisa o protagonismo das mulheres negras neste processo?*

Sueli – Penso que a busca de uma intervenção política qualificada por parte das mulheres negras expressa o grau de marginalização social que elas ainda enfrentam. Trata-se do segmento mais oprimido, mais discriminado, mais marginalizado. Esta condição acaba por torná-lo também o setor mais aguerrido, em função exatamente desta condição extrema a que as mulheres negras estão submetidas.

Acredito que todo o vigor demonstrado até aqui venha também da trágica condição de inserção da mulher negra na sociedade brasileira. O grau de brutalidade dessa marginalização exige que tenhamos um empenho absoluto para que a nossa voz seja ouvida, nossas reivindicações sejam conhecidas, para que as nossas demandas sejam contempladas nas recomendações e declarações das conferências internacionais, especialmente nos planos de ação.

JR – *Como o movimento negro percebe a participação ativa das mulheres negras organizadas?*

Sueli – É certo que, se alcançarmos um processo de desenvolvimento humano e *empowerment* das mulheres negras no Brasil, isso vai ter um impacto positivo sobre o conjunto da população negra. Creio que a maioria dos homens negros reconhece isso e participa desse esforço. Acredito até que parte desse protagonismo venha, de alguma maneira, de muitas organizações mistas e de muitas lideranças masculinas também, por conta do papel histórico que as mulheres negras têm tido nas comunidades negras.

Inequivocamente, as mulheres negras abraçaram a Conferência Mundial Contra o Racismo como uma oportunidade de fazer avançar as suas reivindicações, as suas pautas específicas, e elas vêm apresentando de fato um protagonismo extraordinário nesse processo. E esperamos que esse processo seja devidamente coroado na África do Sul, com a inclusão efetiva de todas essas preocupações, porque, como é típico da militância feminina e feminista negra, as mulheres negras levam a questão da mulher negra, mas trazem também no bojo de suas reivindicações toda a problemática racial que envolve o conjunto da nossa população. Acredito que tudo o que as mulheres negras conquistarem irá reverter de forma positiva para o coletivo negro.

JR – *Como você avalia a participação do movimento feminista brasileiro no processo de preparação da Conferência Contra o Racismo?*

Sueli – Tendo como referência a Conferência Regional das Américas, isto é, o pós-Chile, acredito que houve por parte do movimento feminista muita timidez no envolvimento com a Conferência. Talvez se possa falar de um certo desinteresse, ou mesmo da falta de percepção sobre qual seria o papel do movimento feminista nesse processo.

De qualquer forma, penso que o Chile já foi um ponto de inflexão nessa atitude. A AMB (Articulação de Mulheres Brasileiras) participou de maneira decisiva no processo de negociação em Santiago, colocando a serviço das mulheres negras presentes no Chile a experiência, o acúmulo que o movimento feminista tem em relação aos processos das conferências. A secretária executiva da Articulação, Guacira Oliveira, teve uma participação importante na elaboração dos documentos, na negociação com a delegação oficial, na negociação com delegações de outros países. Penso que, pelo menos no que diz respeito à AMB, estão claramente definidos um compromisso e uma contribuição no processo de discussão e preparação para a Conferência Mundial.

É preciso registrar também a participação decisiva da RedeSaúde – através de Fátima Oliveira – para romper o silêncio sobre a questão da saúde no Chile e para integrar temas de interesse da

população negra na área da saúde. Um exemplo foi a proposta formulada por Fátima, e aprovada com apoio de vários outros países, para proteção do patrimônio genético das populações discriminadas. Essa intervenção da Rede determinou um maior protagonismo da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) na Conferência do Chile.

Outra contribuição importante está sendo dada com esta edição especial do *Jornal da Rede* sobre raça/etnia, saúde e direitos reprodutivos. Com certeza será um documento precioso para nosso trabalho no contexto da Conferência. Gostaria muito de parabenizar a RedeSaúde por oferecer essa contribuição tão extraordinária para o movimento e para o conjunto da sociedade.

Por fim, é preciso também registrar uma importante ausência, a do CNDM (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher). Trata-se de um fato inédito no contexto das conferências da ONU na década de 90. E isso é muito mais sério quando consideramos que há seis conselheiras negras no CNDM.

JR – *E qual é a expectativa das mulheres negras sobre o posicionamento feminista frente à Conferência?*

Sueli – Entendo que nós, mulheres negras, reivindicamos das companheiras um envolvimento, um compromisso e uma disponibilização da experiência internacional acumulada pelo feminismo na década de 90 para contribuir nessa Conferência. E, acima de tudo, uma perspectiva própria porque, insisto em dizer, as mulheres negras têm muito do que se beneficiar da experiência do movimento feminista em intervenções no plano internacional.

As organizações de mulheres negras têm o desafio de cumprir seu protagonismo, de construir propostas, de se fazerem presentes e serem ouvidas no contexto da Conferência. Este protagonismo nos cabe inequivocamente, mas outros setores também têm um protagonismo que lhes é próprio em todas as lutas sociais. O movimento feminista posicionou-se pela reabertura, redemocratização do Brasil, direitos humanos, questões ambientais e por outras lutas que não estavam, em um primeiro momento, diretamente relacionadas aos seus temas.

Insisto que não se espera apenas um gesto de solidariedade do movimento feminista para com as mulheres negras, mas sim um posicionamento político do movimento em relação às temáticas da Conferência – discriminação racial, xenofobia e formas conexas de intolerância. Ou seja, é um imperativo moral e também ético para o movimento feminista que ele tenha uma posição clara em

relação às questões dessa Conferência e faça uma intervenção política correspondente a esse posicionamento.

JR – *Está havendo uma atenção em relação à Conferência por parte de partidos, sindicatos e movimentos sociais que estão situados no campo progressista e de direitos humanos?*

Sueli – Uma característica terrível que envolve essa Conferência é uma absoluta omissão da sociedade civil organizada. Exceto pela participação da CUT (Central Única dos Trabalhadores), não tive notícia da presença ou de uma mobilização de entidades de direitos humanos, de organizações sindicais e partidos políticos em relação à Conferência Contra o Racismo. Pior ainda, há um grande silêncio na sociedade em relação à Conferência. Isso quer dizer que esse silêncio, essa omissão, esse não-envolvimento das forças progressistas com a Conferência denotam o *status* que essa temática tem na sociedade e reiteram aquilo que temos chamado de “conspiração do silêncio generalizado”, que existe na sociedade brasileira em relação às práticas de discriminação racial.

Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG

Wania Sant'Anna*

Utilizando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das populações afrodescendente e branca como fio condutor de análise, este artigo propõe-se a ser uma contribuição ao debate sobre as desigualdades raciais e de gênero na sociedade brasileira, enfocando a posição das mulheres negras nesse intrincado perfil de desigualdade.

IDG: uma proposta de mensuração das desigualdades entre homens e mulheres

O Índice de Desenvolvimento Humano é um instrumento de análise desenvolvido pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Os Relatórios de Desenvolvimento Humano (RDH) elaborados pelo PNUD têm, ao longo de suas edições, apresentado inúmeras sugestões de indicadores alternativos à análise das condições econômicas, políticas e sociais de um mundo marcado por um complexo conjunto de transformações. O Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero (IDG), lançado em 1995, e o Índice de Privação Humana (IPH), lançado em 1997, são dois exemplos.

Em 1995, ano em que foi realizada a 4ª Conferência Mundial da Mulher, o PNUD dedicou sua edição do RDH ao tema das desigualdades de gênero. Dentre as muitas contribuições analíticas desse Relatório, sobressai a necessidade de os países identificarem o valor do trabalho realizado pelas mulheres na unidade familiar e na comunidade. O RDH de 1995 estimou que, para além dos 23 bilhões de dólares de produção mundial registrada, os trabalhos familiar e comunitário representam mais de 16 bilhões de dólares; e as mulheres contribuem com 11 bilhões para esta produção invisível (PNUD, "Relatório de Desenvolvimento Humano", 1996). Em quase todos os países, as mulheres trabalham mais horas do que os homens, correspondendo às mulheres 53% do total de horas trabalhadas nos países em desenvolvimento e 51% nos países industrializados (PNUD, RDH, 1995).

Além dessas análises, o RDH de 1995 consolidou a criação dos cálculos do Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero (IDG), um instrumento de mensuração das desigualdades entre homens e mulheres em âmbito global. Desde então, o IDG tem sido integrado a todas as

demais edições dos Relatórios de Desenvolvimento Humano. A partir daí, em todos eles têm sido comuns as seguintes afirmações:

- “nenhuma sociedade trata tão bem as suas mulheres como trata os seus homens” (RDH, 1996 e 1997);
- “a comparação das classificações do IDS dos países com seus níveis de rendimento confirma que a eliminação das desigualdades entre os sexos não é dependente de um nível de rendimento elevado” (RDH, 1996, 1997 e 1999), ou seja, países com rendimentos *per capita* semelhantes podem apresentar IDS muito diferentes;
- “a igualdade entre os sexos não está necessariamente associada a elevado crescimento econômico”, o que sugere a existência de outros fatores decisivos na elevação do IDS;
- “a desigualdade de gênero está fortemente relacionada à pobreza humana” (RDH, 1997).

A Tabela 1, que apresenta os resultados obtidos pelo Brasil nos anos de 1996, 1997, 1999 e 2000, permite constatar que, confirmando uma das conclusões recorrentes no RDH, o IDG brasileiro foi inferior ao IDH em pelo menos dois anos: 1997 – 2 posições abaixo; e em 2000 – 3 posições abaixo.

Tabela 1. Desigualdade de Gênero – Posição do Brasil, segundo o Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero. 1996, 1997, 1999 e 2000

Ano	Posição do Brasil Segundo o IDG	Posição do Brasil Segundo o IDH*	Diferença das Posições (IDH menos IDG)**
1996***	49	52	3
1997***	60	58	-2
1999	67	64	3
2000	66	63	-3

Fonte: PNUD, *Relatórios de Desenvolvimento Humano*, 1996, 1997, 1999 e 2000.

* Esta posição do IDH foi recalculada para cada um dos anos, segundo o número de países para os quais foi calculado o IDG (1996 = 138 países; 1997 = 119; 1999 = 112; 2000 = 112).

** O valor positivo na relação IDH menos IDG revela que o país obteve um melhor desempenho na igualdade de gênero do que na média das realizações básicas; um valor negativo revela o inverso.

*** Na edição do RDH de 1999, quando foi apresentada uma nova fórmula para o cálculo do IDH, o PNUD divulgou também uma série histórica recalculada. A posição do IDH nesta tabela não está recalculada segundo os mesmos critérios, tendo sido utilizadas as mesmas posições publicadas no RDH de 1996 e de 1997.

Persistência e aprofundamento dos padrões de desigualdade

Em nosso estudo sobre o Índice de Desenvolvimento Humano dos afrodescendentes realizamos, também, a elaboração do IDG para esta população e para a população branca (Tabela 2). Os resultados a que chegamos foram os seguintes para o ano de 1999:

- IDG afrodescendente = 0,663
- IDG branco = 0,784

Em relação a essas populações, o Brasil ocupou as seguintes posições:

- IDG afrodescendente = 91ª posição
- IDG branco = 48ª posição

Tal como observamos para o IDH da população brasileira frente ao IDH afrodescendente e branco, as disparidades obtidas com a introdução do recorte étnico são gritantes. Enquanto os valores do IDG brasileiro fazem o Brasil ocupar a 67ª posição entre os 143 países incluídos no *ranking*, o IDG afrodescendente o faz ocupar a 91ª posição, ou seja, 24 pontos abaixo. No que diz respeito ao IDG branco, sua posição no *ranking* é a 48ª, ou seja, 19 pontos acima.

Além desta comparação, temos uma outra igualmente sugestiva e que é também apresentada na Tabela 2. Nela podemos verificar as diferenças existentes quando consideramos o IDH recalculado segundo o número de países incluídos no *ranking* do IDG – no ano de 1999, como já mencionamos, um total de 143 países. Neste caso, um valor positivo revela que a posição do IDG é melhor do que a do IDH, enquanto que um valor negativo revela justamente o inverso. O IDG afrodescendente está 27 pontos abaixo do IDH recalculado para a comparação do IDG de 1999. No que diz respeito ao IDG branco, este está 16 pontos acima do IDH recalculado para a comparação do IDG de 1999.

Indo mais além, o que nos informa os IDGs afrodescendente e branco? As inúmeras diferenças existentes entre mulheres e homens brancos e entre mulheres e homens afrodescendentes. A seguir, apresentamos a descrição detalhada de sua elaboração, a mais próxima possível dos critérios sugeridos pelo PNUD, ou seja, comentando cada um dos indicadores que compõem o IDG: longevidade, educação e renda.

Tabela 2. Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero – Posição do Brasil, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano afrodescendente e branco (IDH recalculado). Brasil, 1999.

País e Grupo Étnico	Posição Segundo o IDG	Valor do IDG	Posição Segundo o IDH*	Diferença das Posições** (IDH menos o IDG)
Brasil	67	0,773	64	3
Brasil – afrodescendentes	91	0,663	64	-27
Brasil – brancos	48	0,784	64	16

Fonte: PNUD, *Relatório de Desenvolvimento Humano*, 1999; e Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero elaborado por assessores e colaboradores da FASE no âmbito do Projeto “Brasil 2000: Novos marcos para as relações raciais”, Rio de Janeiro, setembro de 2000.

* Essa posição do IDH foi recalculada segundo o número de países (143) que, em 1999, integraram o IDG.

** O valor positivo na relação IDH menos IDG revela que o país obteve um melhor desempenho na igualdade de gênero do que na média das realizações básicas; um valor negativo revela o inverso.

Índice de longevidade

As informações sobre esperança de vida das populações branca e afrodescendente no Brasil foram obtidas a partir da base de dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1997 e elaboradas por Juarez Oliveira, pesquisador do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A partir dessa elaboração podemos verificar na Tabela 3 que: 1) os afrodescendentes têm expectativa de vida 6 anos menor do que a população branca; 2) os homens afrodescendentes têm a mais baixa expectativa de vida, 62 anos; 3) as mulheres afrodescendentes têm expectativa de vida de 66 anos – 8 meses abaixo da média nacional que é de 66,8 anos; 4) os homens brancos têm expectativa de vida de 69 anos, 5 anos a mais sobre a expectativa de vida da população afrodescendente no seu conjunto; e 5) as mulheres brancas, com expectativa de vida de 71 anos, estão acima de todos os grupos e da média nacional, que é de 66,8 anos.

Essas diferenças são, de fato, resultado de condições e padrões de vida significativamente distintos para os dois grupos: perfil de mortalidade infantil; fertilidade; nupcialidade; e acesso a serviços e infra-estrutura essenciais à qualidade de vida.

Tabela 3. Esperança de Vida e Indicador de Longevidade no Brasil, desagregados por sexo e grupo étnico, afrodescendentes e brancos, 1997.

Sexo/Grupo Étnico	Esperança de Vida (anos)	Indicador de Longevidade*
Homens brancos	69	0,775
Mulheres brancas	71	0,725
Total brancos	70	0,750
Homens afrodescendentes	62	0,658
Mulheres afrodescendentes	66	0,642
Total afrodescendentes	64	0,650
Total da população	66,8	0,700

Fonte: Base de Dados da PNAD, 1997. Dados elaborados por Juarez Oliveira (DEISO/IBGE).

* Para o cálculo do Indicador de Longevidade, o PNUD considera parâmetros diferenciados para homens e mulheres – 22,5 e 27,5 anos, respectivamente. Essas diferenças são assumidas pelo fato de as mulheres possuírem uma expectativa de vida superior a dos homens.

Índice educacional

Os dados relativos à educação não são mais alentadores; ao contrário, são igualmente preocupantes, considerando-se o peso decisivo que a educação desempenha no futuro das novas gerações, perfil de empregabilidade e exercício da cidadania.

No que diz respeito às diferenças entre brancos e afrodescendentes, em 1996 e 1997 as PNADs demonstraram que as taxas de escolarização desagregadas por etnias eram ainda mais expressivas quanto a sua precariedade: 6,2 anos de estudo para a população branca e 4,2 anos de estudo para a população afrodescendente (Tabela 4). Quanto à taxa de analfabetismo, nos anos já citados, esta é de 9% para os brancos e 22% para os afrodescendentes.

Evidentemente, existe uma série de fatores que explicam essas gritantes disparidades: a forte concentração de população afrodescendente em regiões com alto índice de analfabetismo e baixa escolaridade; situação do domicílio – em zonas rurais ou urbanas; nível educacional dos pais; renda familiar; cobertura da rede oficial de ensino; qualidade dos serviços educacionais; inserção precoce no mercado de trabalho, entre outros. Em todas essas possíveis explicações, não há como descartar o histórico estrutural de inserção marginalizada da população afrodescendente na sociedade brasileira.

Tabela 4. Taxas de Alfabetização e Escolaridade e Indicador Educacional no Brasil, desagregados por sexo e grupo étnico. afrodescendentes e brancos, 1997

Sexo/Grupo Étnico	Taxa de Alfabetização (%)	Índice de Alfabetização	Taxa de Escolaridade (%)	Índice de Escolaridade	Índice Educacional
Homens brancos	92	0,92	82	0,82	0,887
Mulheres brancas	90	0,90	83	0,83	0,877
Total brancos	91	0,91	82	0,82	0,880
Homens afrodescendentes	78	0,78	70	0,70	0,753
Mulheres afrodescendentes	78	0,78	76	0,76	0,773
Total afrodescendentes	78	0,78	73	0,73	0,760
Total da população	85	0,85	78	0,78	0,830

Fonte: Base de Dados da PNAD, 1997.

Indicador de renda

Depois de tantos dados contundentes sobre a desigualdade de acesso a padrões de vida satisfatórios, seria quase irrelevante mencionar as disparidades de rendimento existentes entre brancos e afrodescendentes. No entanto, para além do fato de os indicadores de rendimento fazerem parte do IDH, a renda constitui um dos mais artificiosos argumentos para justificar a marginalização social da população afrodescendente. Na verdade, estamos frente ao que se pode chamar de “dilema dos biscoitos Tostines” – “os biscoitos Tostines vendem mais porque são mais fresquinhos ou são mais fresquinhos porque vendem mais?”. A analogia com a população afrodescendente seria, então: a população afrodescendente tem níveis de vida tão baixos porque é pobre ou possui níveis de vida tão baixos por ser afrodescendente?

No Brasil, a sociedade e a grande maioria dos estudos dedicados a analisar os pobres e a pobreza, quando se dão a tarefa de introduzir a dimensão étnico-racial no seu referencial de análise, tendem a concluir que os afrodescendentes não desfrutam dos mesmos padrões de vida da população branca pelo fato de serem pobres. A literatura marxista e a liberal encontram aí uma impressionante convergência. Não há, decerto, como negar que um baixo nível de rendimento impede o acesso das pessoas a um ilimitado conjunto de bens e serviços. No entanto, os dados expostos lançam, inevitavelmente, dúvidas sobre o caráter conclusivo dessa assertiva.

Para quem ainda tem dúvidas sobre esses argumentos existem outros, atuais, para deslocar o enfoque centrado nos argumentos estritamente relacionados à renda como justificativa dos padrões de vida baixos e desiguais. Como bem acentua o Relatório de Desenvolvimento Humano de 1997,

não devemos limitar nossas concepções de pobreza apenas à insuficiência de renda. O conceito de pobreza humana introduzido nesse relatório é enfático em afirmar que a negação das oportunidades mais fundamentais de desenvolvimento humano, como viver uma vida longa, saudável e criativa, com liberdade, dignidade e respeito a si e aos demais, também significa expor as pessoas à situação de pobreza. E esta negação tem sido a mais comum das realidades para a população afrodescendente há várias gerações.

* Wania Sant'Anna é negra, historiadora, assessora de gênero da Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (FASE), professora do Curso de Relações Internacionais da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, e integrante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, como representante da Articulação de Mulheres Brasileiras.

Nota: Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail wsantanna@uol.com.br

Miomatose em Negras e Brancas Brasileiras: semelhanças e diferenças

Vera Cristina de Souza*

Estudo realizado com um grupo de usuárias de um centro de saúde da rede pública estadual no município de São Paulo mostrou haver predominância de miomas uterinos nas negras em relação às brancas. A consequência mais expressiva desse fato é o maior número de ocorrências de histerectomia entre as mulheres negras pesquisadas. O estudo revelou também, além de outros dados, existir acentuado desconhecimento sobre a miomatose, sua evolução e tipos de tratamento.

Maior freqüência entre as negras norte-americanas

Conhecido também como leiomioma, fibróide do útero ou fibroma, o mioma uterino é um tumor benigno causado pelo crescimento anormal das células da parede uterina (miométrio). O mioma apresenta crescimento lento e é considerado o tumor mais comum entre as mulheres. Surge na idade reprodutiva, geralmente em mulheres com idade superior a 30 anos; são raros antes da menarca e podem regredir na menopausa.

Há várias explicações para sua origem, mas não se sabe ao certo qual é sua causa, admitindo-se que fatores genéticos têm contribuição importante para o seu desenvolvimento. Nos Estados Unidos, os miomas têm sido muito associados à infertilidade e são mais freqüentes em mulheres negras, embora isso esteja pouco documentado. Alega-se que a maior freqüência em mulheres negras deve-se à alta prevalência de infecções pélvicas não tratadas, já que tais infecções causam irritação da parede uterina, provocando o desenvolvimento do tumor.

Os miomas uterinos variam quanto ao tipo, forma, peso e tamanho. Podem estar localizados na parede externa, na parede interna ou no interior da musculatura uterina. Mediante o exame da ultrasonografia do útero é possível confirmar o diagnóstico e localizar o tumor, evidenciando-se inclusive seu tipo. De acordo com sua localização e tamanho, os sintomas, as complicações e o tratamento podem ser distintos. Embora sejam denominados “tumores silenciosos” – uma vez que há a possibilidade de que durante o período de sua evolução as mulheres permaneçam assintomáticas –, os sintomas mais comuns são alteração do peso corporal, hemorragia e dores pélvicas.

Tratamento: atenção redobrada nas condutas

O tratamento dos miomas pode ser clínico ou cirúrgico. O clínico consiste na observação da evolução do tumor e, caso necessário, no uso de medicamentos. O tratamento cirúrgico poderá ocorrer por meio de duas técnicas: miomectomia e histerectomia, ambas realizáveis pela “cirurgia tradicional a céu aberto” ou através de laparoscopia.

A miomectomia, a céu aberto ou laparoscópica, retira apenas o mioma, conservando o útero e garantindo à mulher, se desejado, a possibilidade de engravidar. A histerectomia, tradicional a céu aberto ou laparoscópica, compreende a remoção do útero, o que acarreta, portanto, o fim definitivo da capacidade reprodutiva. Além da esterilidade, a histerectomia pode apresentar também sérias conseqüências para a saúde física e emocional da mulher, sendo ainda uma importante causa de mortalidade feminina. Logo, esse recurso cirúrgico é uma conduta que deveria ser reservada apenas aos chamados “casos excepcionais”, isto é, quando a miomectomia estivesse contra-indicada.

No caso dos miomas, segundo normas estabelecidas pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (1990), a histerectomia só deve ser indicada quando o tumor atinge tamanho igual ou superior a doze semanas de gravidez, em caso de anemia grave e incontrolável ou devido a dores intensas – situações em que os medicamentos ou os recursos cirúrgicos menos invasivos mostrem-se ineficazes. É recomendada, porém, para os casos de cânceres e doenças uterinas crônicas.

Miomas uterinos em mulheres negras brasileiras

Nosso interesse pela investigação sobre a miomatose em mulheres negras surgiu em 1992, quando bolsista do Projeto Saúde da População Negra, que contou com financiamento do *British Embassy Council*, *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation* e *NOVIB (Netherlands Organization for International Development Cooperation)*. O projeto foi coordenado pela profa. dra. Elza Berquó e conduzido pela Área População e Sociedade do Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). As atividades desenvolvidas pelo projeto – produção de materiais educativos e realização de seminários, *workshops* e pesquisas – descortinaram-nos um mundo novo repleto de informações, que forneceram pistas para vários estudos. Exemplo disso foi o dado apresentado pela literatura médica estrangeira, sobretudo a norte-americana, que revelava a prevalência de miomas uterinos em mulheres negras.

Com o objetivo de investigar se tal fato se repetia também com as mulheres negras brasileiras e, em caso positivo, quais seriam as razões e as conseqüências disso, partimos em busca dessas

respostas, as quais, em um primeiro momento, não nos pareciam tão difíceis de serem obtidas, mas que posteriormente revelaram-se extremamente complexas.

Resumo da Situação de Miomatose, para brancas e negras. São Paulo/SP, 1995.

Diagnóstico de Miomatose	Branças	Negras	Total
Com mioma	83	82	165
Sem mioma	278	115	393
Total	361	197	558
Com reincidência de miomatose	5	18	23
Sem reincidência de miomatose	78	64	142
Total	83	82	165
Foram submetidas a histerectomia	3	13	16
Não foram submetidas a histerectomia	80	69	149
Total	83	82	165
São filhas/irmãs de mulheres com diagnóstico de miomas uterinos	17	51	68
Não são filhas/irmãs de mulheres com diagnóstico de miomas uterinos	66	31	97
Total	83	82	165

Fonte: Vera Cristina de Souza, "Mulher Negra e Miomas: Uma incursão na área da saúde, raça/etnia", dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, agosto de 1995.

Nota: Nesse estudo foram entrevistadas 558 mulheres residentes no município de São Paulo.

Diferenças raciais no tocante à saúde

Tal complexidade pode ser justificada principalmente por se tratar de um tema que tem como eixo principal a particularidade racial/étnica; mais especificamente, essa investigação permite dar visibilidade à saúde da mulher negra. É sabido que no Brasil há uma dificuldade generalizada em se admitir a existência de discriminação racial entre brancos e negros e, como conseqüência disso, desconhece-se a existência das diferenças raciais no tocante à saúde, chegando-se a interpretar a preocupação com a inclusão do item cor nos estudos ou informações sobre saúde da população como uma atitude desnecessária e, inclusive, racista. Exemplo disso é que, embora desde o início da década de 1990 o movimento social negro e pesquisadores envolvidos com essa questão permaneçam empenhados para que o "quesito cor" seja um item de preenchimento obrigatório nos formulários de identificação pessoal nos serviços de saúde, mesmo quando há nesses documentos o campo para ser anotada a cor/raça do/a paciente, tal informação, ainda nos dias atuais, raramente é preenchida pelos profissionais da área médica ou administrativa.

Maior prevalência de miomas entre as negras brasileiras?

Assim, após ter recorrido, sem sucesso, à bibliografia especializada em saúde reprodutiva da mulher, partimos em busca daquelas informações junto a eminentes ginecologistas que atuam no país. Dentre sete profissionais entrevistados, apenas um – o sexologista, ginecologista e obstetra José Carlos Riechelmann – relatou-nos que, embora não tivesse realizado um estudo cuidadoso nesse sentido, observara, ao longo de sua experiência profissional, que os casos mais graves e freqüentes de miomas uterinos pareciam ocorrer entre as mulheres negras. Os demais profissionais contatados desconheciam esse dado.

A despeito de todas as dificuldades em se obter resposta para aquela indagação inicial – *seriam os miomas uterinos mais prevalentes em mulheres negras brasileiras?* –, realizamos, no ano de 1995, um estudo sobre o assunto em um centro de saúde da rede pública estadual, localizado no município de São Paulo. Contrastando 558 mulheres negras e brancas, a pesquisa revelou a prevalência e a reincidência dos miomas para as negras – 41,6% contra 22,9%; e 21,9% contra 6%, respectivamente – e, conseqüentemente, o elevado número de histerectomias também entre as negras (15,8% e 3,6% para as brancas). O estudo mostrou também que as negras são, em larga medida, filhas ou irmãs de mulheres com diagnóstico comprovado de miomatose (62,1% e 20,4%), situação que comprova antigo saber médico que afirma ser a miomatose uma doença familiar, isto é, que pode ocorrer em várias mulheres de uma mesma família.

O quadro acima apresenta os dados sobre miomatose para brancas e negras encontrados no estudo anteriormente referido.

Desinformação e baixa freqüência aos serviços

A pesquisa constatou ainda, por parte de negras e brancas, a desinformação generalizada sobre a miomatose, o abandono do tratamento indicado e a baixa freqüência às consultas ginecológicas.

No que concerne à ausência nas consultas médicas destinadas ao acompanhamento da evolução dos miomas, chamaram nossa atenção os motivos apresentados pelas entrevistadas, ou seja: 69,9% das mulheres brancas contra 25,6% das negras justificavam o não-retorno pelo constrangimento de serem submetidas aos exames ginecológicos; de outra forma, 30,1% das brancas e 74,4% das negras afirmaram não haver retornado devido a razões relativas à inserção no mercado de trabalho. É importante ressaltar que, no momento da entrevista, 12,5% das mulheres brancas e 51,3% das mulheres negras desempenhavam a função de empregadas domésticas

autônomas (diaristas) e, segundo elas, quando se ausentavam para a consulta médica não tinham, conseqüentemente, aquele dia ressarcido.

Levando-se em conta a influência dos fatores socioeconômicos sobre esses resultados, é impossível desconsiderar que, além de a população de baixa renda como um todo ressentir-se física e emocionalmente das precárias condições materiais de vida, no caso do segmento negro, e mais especificamente das mulheres negras, devem ser acrescentados outros fatores. Assim, à falta de informação sobre a miomatose e à freqüência precária aos serviços de ginecologia, deve-se adicionar também o estresse provocado pela discriminação racial a qual as mulheres negras encontram-se expostas cotidianamente, o que deve contribuir para o agravamento dos seus quadros de miomatose, tornando-as, então, mais vulneráveis à histerectomia.

Miomatose: das constatações às perspectivas

Em relação à falta de informação sobre a miomatose apresentada pelas entrevistadas, há de se levar em conta que, devido ao grande número de consultas realizadas diariamente no serviço de ginecologia pesquisado, os profissionais de saúde não dispõem de tempo hábil para informar detidamente as pacientes sobre seus problemas de saúde durante a consulta médica.

Isso significa ser necessário que, na abordagem sobre miomas, os serviços de saúde executem ações educativas – tais como “grupos de portadoras de miomas uterinos” – visando permitir que as mulheres adquiram conhecimento sobre a doença e a evolução dos tratamentos, para que possam exercer o direito de decidir, de forma participante, acerca das intervenções sobre seus corpos, particularmente quando da ocorrência da histerectomia.

Nesse sentido, estudo realizado recentemente por Michael S. Broder e outros pesquisadores da Universidade da Califórnia, EUA, revelou que, de 500 mulheres submetidas a histerectomia, em 60% dos casos essa cirurgia foi realizada devido a miomas uterinos, sendo que 70% dos procedimentos podem ter sido indicados incorretamente. Segundo esse estudo, número considerável de mulheres pesquisadas não recebeu uma avaliação rigorosa que pudesse precisar a causa de seus problemas de saúde, assim como, para um grupo significativo de casos, não foram apresentados tratamentos alternativos, como medicamentos, anteriormente à realização da histerectomia: “há preocupação significativa entre os pesquisadores e o público de que ela (histerectomia) poderia estar sendo usada em demasia”, diz Broder (*Obstetrics & Gynecology*, 2000).

No Brasil, embora nos últimos anos os estudos e pesquisas que tratam da saúde da população negra estejam crescendo de maneira significativa, infelizmente, até o presente momento, poucas ações foram executadas como resposta aos resultados apresentados. De fato, a implementação de políticas de saúde específicas ou que considerem as particularidades da população negra esbarra no racismo estrutural do Estado brasileiro. O conflito permanente sobre a identidade racial – que se expressa em questões aparentemente simples e isoladas, tais como a ausência ou o não-preenchimento do “quesito cor” nos documentos dos serviços de saúde – inviabiliza o levantamento de dados que possibilitariam detectar as causas pelas quais adoecem ou falecem os negros e, de posse deles, reorientar as ações em saúde.

Além disso, nem sempre é possível contar com o apoio ou a vontade política das instâncias que decidem e executam as políticas públicas de saúde nas áreas de assistência, pesquisa e ensino. É preciso que nos empenhemos cada vez mais para reverter esse quadro tão adverso à população negra.

* Vera Cristina de Souza é pesquisadora do Projeto Saúde da População Negra do Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) e doutoranda em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Nota: A autora agradece às médicas Regina Aguiar, profa. do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais, e Fátima Oliveira, ambas integrantes da Regional Minas Gerais da RedeSaúde, as leituras e contribuições a este artigo. Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail vercris@terra.com.br

Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista

Maria José de Oliveira Araújo*

(Este artigo baseou-se em texto escrito em 1993 e que constituiu uma das primeiras reflexões a chamar a atenção para o desconhecimento da saúde da mulher negra no Brasil. Publicado em Cadernos de Pesquisa 2, de julho de 1994, o texto foi originalmente apresentado no Seminário “Alcances e Limites da Predisposição Biológica”, realizado pelo Programa Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, do Cebrap, em São Paulo, de 6 a 7 de dezembro de 1993.)

O movimento feminista – até por seu caráter minoritário e radical – sempre esboçou a preocupação com a problemática do racismo, que, no entanto, passava mais pela questão da democracia do que pela categoria de gênero. Como consequência dessa visão, em sua etapa inicial o feminismo privilegiou na sua luta as questões que diziam respeito à condição de opressão e à identidade feminina, sem delimitar muito bem a fronteira entre a identidade das mulheres negras e a das mulheres em geral.

O movimento de mulheres pela saúde no Brasil nasceu no início dos anos 80, no interior de grupos de mulheres que tinham, além da luta pela saúde, outras prioridades, como a luta por creches, trabalho igual, salário igual e combate à violência contra a mulher. Desses grupos participavam, basicamente, mulheres de classe média que, em sua maioria, apresentavam algum vínculo com partidos políticos de esquerda. Já nesse momento constatava-se a presença de mulheres negras, mas a questão racial não era colocada como um “problema político” ou priorizada enquanto tema de discussão.

O mito e a mística da “sororidade”

Ao longo de sua trajetória, o feminismo tanto criou novos valores nas relações sociais como também muitos mitos de origem, entre eles o que se traduzia no paradigma de que todas éramos iguais. Esta concepção de “sororidade” – aqui eu uso uma palavra que foi introduzida por uma feminista francesa, que vem de “sóror”, irmã – realmente reflete o que aconteceu naquela época, que nos impedia de trabalhar as diferenças, marcadamente em relação às lésbicas e às negras.

A primeira etapa do feminismo priorizou o que parecia identificar as mulheres entre si e subestimou o que poderia tê-las diferenciado. Evidentemente, esta foi uma forma encontrada para o fortalecimento do movimento de mulheres, ainda incipiente e sem poder na sociedade brasileira. Como bem revela o depoimento de uma mulher negra, pioneira no trabalho de combate à violência contra a mulher no Brasil: “Eu nunca me senti negra no movimento de mulheres, porque este movimento não tinha cor”. Isto, naquele momento, era uma realidade.

Reduzimos, daquela forma, qualquer diferença à diferença entre os sexos e nos irmanamos, de certa maneira artificialmente. Esta concepção que inspirou a prática de muitos grupos de mulheres, tanto na Europa como aqui no Brasil, estava calcada na ideologia da revolução de maio de 1968, que aconteceu na França, segundo a qual o coletivo deveria prevalecer sobre o singular, em uma perspectiva formalmente igualitária. As mulheres não tinham outras especificidades a não ser enquanto mulheres.

A ignorância das diferenças e das divergências na sororidade criou períodos de uma sociabilidade muito agradável, mas se revelou também bastante incapaz e impotente para resolver todos os conflitos que surgiam, tanto de ordem pública como individual. Por outro lado, as mulheres negras ou brancas, homossexuais ou heterossexuais, nos primeiros anos da organização do movimento de mulheres, só se organizaram enquanto mulheres e suas especificidades eram assim entendidas.

A saúde da mulher negra

A especificidade da saúde da mulher negra começou a ser discutida a partir de reivindicação das próprias mulheres negras, coincidindo com o surgimento de grupos de mulheres negras organizados nas diferentes regiões do país. A esterilização cirúrgica, tema controvertido e polêmico, foi o eixo que conseguiu unir e desencadear o processo de trabalho conjunto, que atualmente se estende às outras questões dos direitos reprodutivos – espaço onde o movimento de mulheres tem investido grande parte da sua energia.

O movimento feminista pela saúde e direitos reprodutivos tem contribuído para a reflexão sobre a questão da saúde das mulheres negras e reconhece plenamente as suas especificidades nesta área. No entanto, esta interlocução não tem se dado sem rancores e incompreensões de ambos os lados. Frases como: “as feministas não incorporam os problemas das mulheres negras” ou “as

mulheres negras nos acusam de discriminação” são freqüentemente ouvidas nos espaços coletivos de reflexão.

As mulheres negras estão presentes no movimento feminista, mas o conhecimento que o movimento feminista como um todo tem dos problemas por elas enfrentados é fragmentado e adquirido em espaços gerais de discussão de outros temas. Falta na bagagem do movimento feminista uma discussão mais profunda sobre o racismo e suas conseqüências perversas sobre a vida e a saúde da mulher negra. Discutir a especificidade da saúde da população negra, e das mulheres negras em particular, pressupõe não apenas uma análise socioeconômica, mas também o repensar a ciência enquanto produtora e detentora do conhecimento.

Indicadores do estado de saúde das mulheres negras

Concordo com a médica Fátima Oliveira, que afirma em seus artigos e reflexões sua crença numa predisposição biológica interagindo com fatores de diversas ordens, que vão desde as reais condições de vida, passando pela opressão de gênero e de raça. Foi sob esta ótica que li e interpretei os dados referentes à saúde da mulher negra que apresentarei a seguir. Antes, porém, gostaria de ressaltar aqui a escassez de dados sobre o estado de saúde da população negra e, sobretudo, das mulheres. Creio que o diagnóstico epidemiológico da situação de saúde da população negra é de fundamental importância para o planejamento da saúde coletiva, o que implica a necessidade urgente de melhorar os dados existentes.

Os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde: 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha de pobreza e sua taxa de analfabetismo é o dobro, se comparada a das mulheres brancas. Somando-se a isso o menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Os dados nacionais sobre o acesso das mulheres negras ao pré-natal estão diretamente relacionados com as classes sociais às quais pertencem: 50% das mulheres de baixa renda não têm acesso ao pré-natal, com o que podemos deduzir que as mulheres negras devem ser as grandes prejudicadas, já que elas se encontram nas faixas de menor renda da população.

Os dados de morbidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, levantados pelo programa que introduziu o “quesito cor” no sistema de informação, confirmam os dados

nacionais. As mulheres negras têm acesso muito menor ao pré-natal, que se inicia mais tardiamente do que o das mulheres brancas.

A situação norte-americana

Encontrei na bibliografia norte-americana alguns dados sobre as diferenças entre a morbidade e a mortalidade das mulheres negras e brancas. Por exemplo:

- com relação à expectativa de vida, as mulheres brancas dos EUA apresentaram uma média de 75,3 anos e as mulheres negras, de 69,4 anos;
- 52% das mulheres com AIDS nos Estados Unidos são negras;
- a taxa de mortalidade infantil entre as crianças negras é quase o triplo daquela constatada em relação às crianças brancas;
- as taxas de mortalidade materna nos Estados Unidos demonstram que as mulheres negras morrem duas vezes mais por causas maternas do que as brancas;
- as pesquisas norte-americanas mostram que as mulheres negras têm três vezes mais possibilidade de desenvolver o lupus, doença auto-imune que está ligada também às condições de vida em geral e cuja possibilidade de ocorrência aumenta se a mulher é jovem e negra. A maioria dos casos de lupus diagnosticados nos Estados Unidos refere-se a mulheres jovens e negras, apesar de esta ser uma doença de diagnóstico às vezes difícil na população como um todo, pela diversidade dos sintomas;
- em relação à hipertensão arterial, os dados dos EUA são mais ou menos os mesmos que os do Brasil. Apesar da importância dessa doença para as mulheres, até agora poucas pesquisas vêm sendo realizadas, e apenas entre homens. No tratamento das mulheres constata-se a discriminação: mesmo quando têm sintomas, ou problemas cardíacos, as mulheres acabam sendo tratadas mais tardiamente. A literatura refere que nas mulheres negras este diagnóstico vem muito mais tarde que para as brancas, sendo que as negras têm uma possibilidade maior de apresentar a doença. (Isto também acontece no Brasil. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – referentes à demanda do Sistema Único de Saúde e pesquisados através de queixas da população – revelam que, na parcela da população preta atendida com queixa de doenças cardiovasculares, a hipertensão alcança um índice 9,2% superior aos apresentados pelas pardas e brancas);
- em relação à doença inflamatória pélvica, que constitui uma das causas de esterilidade, os dados mostram que nos Estados Unidos ela é muito mais comum nas mulheres negras que nas brancas.

Embora muitas pessoas afirmem ser esta uma doença relacionada à prática da liberdade sexual e até à promiscuidade, ela está intimamente ligada aos níveis de condições de vida das mulheres;

- os dados sobre fibroma ou mioma apresentam números maiores para as mulheres negras. (No Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ribeirão Preto, entre 1986 e 1988, foram pesquisadas 432 mulheres portadoras de fibroma, perfazendo 18% dos casos de internação. Neste período, comparativamente, este índice foi 3,2% mais freqüente entre as mulheres negras. Os/as pesquisadores/as declaram que a predisposição biológica parece ser um fator importante no aparecimento e na modulação do crescimento do mioma. Quem trabalha com uma outra visão, que não a da ginecologia tradicional, sabe que o mioma está relacionado com fatores alimentares, estresse e com as condições de vida em geral);
- no câncer de colo de útero, que é um tipo de câncer ligado às condições socioeconômicas das mulheres, a taxa é duas vezes mais alta para as mulheres negras do que para as brancas nos Estados Unidos;
- no caso do câncer de mama, as mulheres negras têm menor predisposição para desenvolvê-los. Há uma série de explicações para isto, entre elas a questão alimentar, relacionada à quantidade de proteína ingerida. Mas o que os dados mostram é que, na última década, de 12% a 15% das mulheres negras com câncer de mama apresentaram uma média de sobrevida cinco vezes menor que as mulheres brancas. Isto quer dizer que, apesar de as mulheres negras terem menos câncer de mama, elas morrem em maior quantidade e mais precocemente por esta ocorrência. É evidente que isto está ligado não só às condições vida, mas, sobretudo, ao acesso dessas mulheres a serviços de saúde de boa qualidade;
- em relação ao diabetes, as mulheres negras apresentam uma particular vulnerabilidade para desenvolver esta doença. Atualmente, enquanto o homem negro tem 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes do que o homem branco, as mulheres negras têm aproximadamente 50% a mais de chance de se tornarem diabéticas que as mulheres brancas.

Sozinha, a genética não explica as condições de saúde da população negra. Minha tendência, enquanto leiga em genética, é achar que a maioria das doenças que matam as mulheres negras está diretamente ligada às condições de vida.

Quero ressaltar aqui a importância de que o movimento de mulheres negras e o movimento feminista dêem as mãos, para que possamos realmente ter – considerando e respeitando as

diferenças – uma identidade maior. São necessários esforços redobrados para pesquisar e documentar a saúde da mulher negra, os riscos reprodutivos e os diferenciais de acesso a informação e serviços de saúde, a fim de possibilitar a sistematização de um conjunto de propostas de políticas públicas a serem trabalhadas com a máxima prioridade.

* *Maria José de Oliveira Araújo é médica e fundadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo. Foi coordenadora do programa de saúde da mulher do município de São Paulo, entre 1989 e 1992, e Secretária Executiva da RedeSaúde, de 1995 a 2000.*

Nota: Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste - trabalho, contatar a autora pelo e-mail cfssaude@uol.com.br

PAF: um programa que ainda não saiu do papel

Entrevista com Edna Roland

Há vários anos Edna Roland vem se dedicando à saúde da mulher negra brasileira, como ativista e pesquisadora, desenvolvendo trabalhos com temas como esterilização, política populacional, direitos reprodutivos e AIDS.

Psicóloga e doutoranda do Programa de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, atualmente Edna preside o Conselho Diretor da Fala Preta! – Organização de Mulheres Negras, de São Paulo, que desenvolve programas voltados para a saúde da população negra, em particular sua saúde reprodutiva e mental.

Edna Roland é também integrante do Grupo Consultivo e de Trabalho Internacional da Iniciativa Comparativa de Relações Humanas e fellow visitante do Harvard Center for Population and Development Studies.

Nesta entrevista para o Jornal da Rede, Edna Roland fala sobre a anemia falciforme, doença que afeta milhares de brasileiros e brasileiras afrodescendentes, e comenta as iniciativas para a implementação do Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde.

Jornal da Rede – *O que é o Programa de Anemia Falciforme (PAF) do Ministério da Saúde?*

Edna Roland – Elaborado em 1996 por um grupo de trabalho que foi formado a partir da realização de uma mesa-redonda sobre Saúde da População Negra – promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o GTI (Grupo de Trabalho Interministerial) pela Valorização da População Negra –, o PAF é um programa muito completo, que prevê ações em diferentes níveis – educativas, de assistência e de pesquisa – e tem toda uma preocupação bioética. Dentre suas diversas recomendações, o programa estabelece: a oferta do diagnóstico neonatal a todas as crianças nascidas em hospitais; a oferta de diagnóstico e tratamento para toda a família de uma criança falcêmica; a criação de um registro nacional de pessoas portadoras de anemia falciforme; a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento; a capacitação de recursos humanos; o apoio às instituições de pesquisa; e a implementação de ações educativas. Com relação ao teste de anemia falciforme, o programa prevê que o mesmo só será realizado com o consentimento de cada indivíduo, ressaltando o direito ao sigilo quanto ao diagnóstico.

JR – *Qual é a relevância da anemia falciforme para o debate sobre a saúde da mulher e os direitos reprodutivos? E qual é seu impacto do ponto de vista da saúde pública?*

Edna – Essa doença produz diversos impactos na saúde, inclusive na maturação sexual, pois os indivíduos que são doentes de anemia falciforme em geral apresentam um retardo do amadurecimento sexual – então, as crianças entram na puberdade mais tarde. Além disso, a mortalidade em consequência da anemia falciforme é bastante alta no Brasil, tendo em vista a ausência de uma política pública que dê conta das necessidades de saúde desse setor da população.

Para uma mulher falcêmica que chegue à adolescência ou à idade adulta e venha a engravidar, há uma série de repercussões da anemia falciforme do ponto de vista de sua saúde reprodutiva. Por exemplo, há uma maior dificuldade de levar uma gravidez a termo porque uma mulher com anemia falciforme corre maiores riscos de abortamento e também pode ter maiores complicações no parto. Via de regra, a gravidez de uma mulher falcêmica vai ser uma gravidez de alto risco. O índice de natimortos, nesses casos, é mais alto; então, há uma maior quantidade de perdas fetais. Ou seja, há toda uma série de eventos de natureza reprodutiva que são extremamente relevantes.

JR – *Considerando que o PAF é uma referência importante, que dá visibilidade ao problema e aponta caminhos para a implantação de políticas públicas de saúde para a população negra, qual tem sido o maior desafio para sua implantação?*

Edna – O principal desafio é conseguir sensibilizar as autoridades responsáveis pela saúde pública neste país a reconhecerem que a anemia falciforme é um problema de saúde pública da maior relevância. Do ponto de vista numérico, especialistas estimam que a frequência de portadores pode chegar a 10% das populações preta e parda brasileira e a 2% na população em geral, ou seja, isso significa que aproximadamente 10 milhões de pessoas são portadoras do traço falcêmico (*veja o box sobre anemia falciforme*).

O Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde traz uma proposta de programa nacional. O problema está na implantação do programa e na dotação de recursos, pois sem recursos não existe programa. Também penso que é necessário haver uma coordenação específica para o PAF.

JR – *Transcorridos mais de quatro anos desde a elaboração do PAF, o que se percebe é que se trata de um programa nacional que até agora não deslanchou. Esta é uma realidade que também acontece nos municípios?*

Edna – Segundo Berenice Kikushi, uma especialista no assunto, temos atualmente diversas cidades com programas de anemia falciforme em diferentes fases de implantação. Em sua maioria, essas cidades contam com leis municipais sobre o assunto. Em nível estadual, há apenas um estado, o de Minas Gerais, onde o programa está sendo implantado e cobre com diagnóstico e tratamento todas as crianças nascidas em hospitais; existem também iniciativas de implantação de assistência em anemia falciforme nos estados do Rio de Janeiro – que conta com uma coordenação estadual –, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Já em nível municipal, as cidades que contam com programas são: Mauá, Santo André, Diadema, São Caetano, Campinas, Santos e São Paulo, no estado de São Paulo; Vitória, no Espírito Santo; e Osório, Rio Grande do Sul. Sem dúvida, essas iniciativas são da maior importância; contudo, são isoladas e apresentam ações parciais, não configurando uma real implementação de uma política pública nacional.

Vem acontecendo com o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde o que tem ocorrido com muitas propostas sérias no país: o programa foi uma resposta a uma pressão recebida da sociedade civil num determinado momento – a Marcha de Zumbi dos Palmares, em novembro de 1995, quando então o presidente da República assinou um decreto criando o GTI (Grupo de Trabalho Interministerial) pela Valorização da População Negra. Esse grupo produziu uma série de propostas de políticas públicas, uma das quais foi o PAF, um programa importante, que traz propostas para um problema de saúde urgente, mas que, lamentavelmente, ainda não saiu do papel.

JR – *Sabemos que o Ministério da Saúde não implanta programas, mas apresenta diretrizes; a execução está a cargo dos estados e municípios. No caso do PAF, tem havido empenho do Ministério para estimular a implantação do programa?*

Edna – É verdade que não cabe ao Ministério implementar, mas cabe ao Ministério, em primeiro lugar, prover recursos, porque há que se repassar recursos. Veja, por exemplo, o programa de AIDS brasileiro: trata-se de uma resposta exemplar que o país deu ao problema da AIDS, porque existem recursos alocados, existe uma coordenação nacional, capacidade técnica e um processo de monitoramento e de avaliação desse programa. Se não for assim, qualquer programa não vai ser nada além de algumas páginas escritas no papel. Em relação ao PAF, falta por parte do Ministério a

decisão política de tornar o programa conhecido e estimular e acompanhar sua implantação em nível nacional. Falta principalmente a alocação de recursos – financeiros, técnicos e humanos –, concebida como uma urgência em termos de saúde pública.

JR – *Dentre outros pontos relevantes, o PAF recomenda o diagnóstico neonatal para todas as crianças nascidas em hospitais. Qual é a importância deste diagnóstico?*

Edna – São duas formas preferenciais de realização do diagnóstico: uma é durante o pré-natal, quando ele é feito juntamente com os outros exames que a mulher deve fazer. Um outro momento de acesso é o exame nos recém-nascidos. Tem sido considerado preferível que se faça o exame no bebê, porque se o bebê tiver anemia falciforme a mãe certamente terá pelo menos o traço. Fazer o diagnóstico neonatal é uma boa porta de entrada, porque você tem elementos precisos para fazer o diagnóstico de, pelo menos, um dos pais: se portadora de anemia falciforme, a criança terá herdado de ambos; se portadora do traço, cabe investigar se herdou da mãe ou do pai. Infelizmente, a orientação sobre o diagnóstico da anemia falciforme ainda não está incorporada ao pré-natal e nem todos os serviços oferecem o diagnóstico neonatal para as crianças nascidas em hospitais.

JR – *Após o exame neonatal, o PAF recomenda que a família de uma criança falcêmica também receba atenção, isto é, diagnóstico, assistência e tratamento. Há algum programa já implantado que esteja cumprindo essa determinação do PAF?*

Edna – Nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro e no interior de São Paulo, quando ocorre o diagnóstico, os serviços vão atrás dos familiares. Os serviços com um bom programa de anemia falciforme realizam a busca ativa, isto é, chamam todas as pessoas da família para poder identificar outros casos. Trata-se de uma doença grave que necessita de acompanhamento e assistência.

Apesar de a anemia falciforme haver sido descrita e identificada em 1910, não foi desenvolvido até hoje nenhum tipo de terapia que possa evitar a ocorrência da doença. Já no caso de uma doença como a AIDS, que foi descoberta no início da década de 80, temos um alto grau de conhecimento acumulado e estamos muito próximos do desenvolvimento de uma vacina. No caso da anemia falciforme, seria preciso pensar em terapias genéticas. Considerando o tempo que a medicina já conhece essa doença, penso que poderíamos ter alcançado um grau de desenvolvimento muito maior se houvesse de fato uma atenção, um investimento maciço de recursos para a descoberta da cura para essa doença. De qualquer forma, o que se observa é que

os programas existentes têm dificuldades de acolher toda a família de uma criança falcêmica para a realização de exames e acompanhamento.

JR – *O movimento negro tem conseguido dar visibilidade ao PAF, isto é, tem priorizado o debate sobre a implantação desse programa em sua agenda política, como uma questão de peso no diálogo com o Executivo, profissionais de saúde e gestores/as?*

Edna – Penso que se conseguiu popularizar o termo “anemia falciforme” no interior do movimento negro. Trata-se de um progresso, se você pensar que há uma década atrás o movimento negro não falava nem sobre saúde. As organizações de mulheres negras que trabalham com saúde e direitos reprodutivos conseguiram levar o tema da saúde para dentro do movimento negro. Esse é um mérito que cabe fundamentalmente às mulheres. No documento que o movimento levou para o presidente da República em 1995, a saúde é uma das áreas prioritárias e a anemia falciforme é uma das questões prioritárias.

Agora, o que penso é que nós, do movimento negro, ainda não aprendemos a fazer uma coisa que se chama “monitoramento”. Quer dizer, nós conseguimos colocar a anemia falciforme dentro do Ministério da Saúde, mas não conseguimos manter os esforços políticos depois disso para que essa política pública que se conquistou no papel viesse a se tornar realidade dentro da rede de saúde. Contudo, o grande problema atual do PAF é o descompromisso com que o programa tem sido tratado pelo Ministério da Saúde.

JR – *Neste ano de 2001, com a realização da Conferência Mundial Contra o Racismo, como o tema da saúde da população negra vem sendo tratado na agenda dos debates preparatórios?*

Edna – No caso brasileiro, a Fundação Palmares e o Ministério da Saúde foram responsáveis pela realização de uma conferência específica sobre a questão da saúde da população negra. Em termos do processo da conferência regional, foi o Brasil que levou a temática da saúde. Com relação aos movimentos negros de outros países da América Latina, estes não estão suficientemente sensibilizados para a questão da saúde. Nesse sentido, o conhecimento e a experiência acumulados pelo movimento no Brasil são modelos para os outros países da América Latina.

No documento que elaborei para o seminário de especialistas, realizado em outubro de 2000, em Santiago, uma questão que defendi foi a da saúde como uma prioridade, do ponto de vista de saúde pública destinada para a população negra no continente. Trabalhei, inclusive, com

argumentos do ponto de vista econômico, isto é, a saúde enquanto uma área que facilmente promove a equidade, pois é extremamente sensível a esforços e a investimentos que se façam no curto prazo. O investimento que se faz na área da saúde é facilmente percebido pela população, e isso reforça a auto-estima de qualquer grupo social. São mortes que são evitadas, são crianças que deixam de morrer, são mulheres que não morrem durante a gravidez e o parto, são trabalhadores e trabalhadoras que conseguem preservar a sua saúde.

JR – *O movimento feminista tem sido tímido ao abordar a saúde e os direitos reprodutivos da mulher negra?*

Edna – No meu entender, nós precisamos de um feminismo negro, para que as questões das mulheres negras sejam colocadas integralmente na pauta de discussões, não para ser apenas mais um dos itens da pauta, mas para ser a própria pauta. E esse feminismo negro tem que ser desenvolvido, construído, elaborado e pensado fundamentalmente pelos próprios sujeitos que necessitam desse feminismo negro. Não se trata de fazer cobranças e choramingar, especialmente porque acredito que cada pessoa é resultado da sua própria construção de vida. Eu só posso ver o mundo a partir do lugar em que estou colocada. Obviamente, penso que os aliados e aliadas podem se esforçar, e espero que as mulheres feministas se esforcem para perceber o mundo também a partir da perspectiva das mulheres negras.

O que é anemia falciforme

A anemia falciforme é uma doença hereditária e comum no mundo inteiro. Trata-se de uma anemia causada por uma mutação genética que produz uma alteração na forma dos glóbulos vermelhos do sangue da pessoa: ao invés de redondos, uma parte dos glóbulos vermelhos adquire o formato de uma foice. Por causa desse formato, esses glóbulos têm dificuldade para passar pelos vasos sanguíneos, o que causa crises de dores.

Uma pessoa só terá anemia falciforme se herdar esse problema do pai e da mãe. Se herdar apenas do pai ou apenas da mãe, ela não terá a doença, mas será portadora do traço falciforme, ou seja, embora não fique doente, ela poderá transmitir esta herança para seus filhos e filhas.

Fonte: Anime-se e Informe-se: Anemia Falciforme, cartilha publicada pelo Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) e Fala Preta! – Organização de Mulheres Negras.

Mulheres falcêmicas em idade reprodutiva

- têm menos filhos
- correm maiores riscos de abortamento
- podem ter maiores complicações no parto
- têm mais filhos natimortos
- têm infecções urinárias mais freqüentes

Mais informações sobre a anemia falciforme e o Programa do Ministério da Saúde podem ser obtidas na *home page* da Rede de Informação sobre Bioética: bioética & teoria feminista e anti-racista.

- Para conhecer a íntegra do PAF/MS, acesse: <http://culturabrasil.art.br/rib/boletim14.htm>
- Para saber mais sobre questões éticas em anemia falciforme, leia: *O consentimento livre e esclarecido e a confidencialidade dos dados obtidos em triagem genética populacional – o caso da anemia falciforme – questões de bioética* em <http://culturabrasil.art.br/rib/boletim16.htm>

A Vulnerabilidade das Mulheres Negras

Jurema Werneck*

Os primeiros anos da epidemia de HIV/AIDS no Brasil foram marcados pela desinformação e, principalmente, pela construção de discursos impregnados pelo viés do preconceito. Passou-se a disseminar, então, inclusive através de campanhas públicas coordenadas pelo Ministério da Saúde, a noção de “grupos de risco”. Esta se dirigia especificamente para homens homossexuais e prostitutas, dando alguma ênfase também sobre os hemofílicos e usuários de drogas. As televisões destacavam as celebridades atingidas pelo HIV: cabeleireiros de estrelas, artistas e cantores. Todos homens sabidamente (ou não) homossexuais. Como exceção, havia o Betinho, visto por muitos como mártir da epidemia, infectado através de uma transfusão de sangue.

Nessa época, quem falava das mulheres? E, quando as mulheres surgiram no cenário do HIV, quem entre elas era a dona-de-casa, a mulher comum, aquela que se parecia com cada uma de nós? Quem, entre os rostos presentes na mídia, era uma mulher negra infectada pelo HIV/AIDS? Nestes anos, a epidemia era assunto para outros – os desviantes, os brancos, as prostitutas (cuja face de mulher, a face de mulher negra, não era vista em lugar algum). Erigiu-se um muro de ignorâncias que, ao invés de proteger, nos tornava mais frágeis. Os resultados estão sendo medidos agora: cada vez mais o HIV/ AIDS espalha-se entre mulheres; cada vez mais, veremos a seguir, passa a ser um assunto (e um risco) para as mulheres negras.

Mulher, negra e pobre

O conceito de vulnerabilidade, associado a análises do comportamento da epidemia de HIV/AIDS, é achado recente e coloca lado a lado as variadas dimensões envolvidas. Fatores sociais, político-institucionais e comportamentais passam a ser analisados em conjunto com suscetibilidades individuais e condições específicas a determinados grupos populacionais e/ou nações, de modo a visualizar-se a abrangência da epidemia. A medida da vulnerabilidade de uma pessoa seria, portanto, o resultado da interseção destes diversos fatores. Abandona-se o conceito de “grupos de risco” e reconhece-se a presença de múltiplos fatores – e não somente fatores individuais – na propagação do HIV. Passa-se a checar as chances de cada pessoa a partir de suas condições

individuais e/ou sociais de expor-se, infectar-se com o HIV, adoecer em consequência da imunodeficiência e, até mesmo, vir a morrer em decorrência da ação do vírus.

A discussão das desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente aponta para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, o ser negra e a pobreza. Se por um lado esse esquema de análise torna mais fácil a compreensão de três poderosos fatores determinantes da violência estrutural que nos atinge, por outro requer a compreensão de que a mulher negra, enquanto ser indivisível, vivencia simultaneamente graus extremos de violência decorrente do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, em um bloco monolítico e tantas vezes pesado demais.

Assim, uma visão um pouco mais detalhada de cada um destes fatores é um facilitador das análises acerca da vulnerabilidade das mulheres negras à epidemia de HIV/AIDS.

Gênero/sexismo

É sabido por todos que a desigualdade entre os sexos tem produzido entre nós a inferiorização da mulher. Resulta disto o fato de as mulheres permanecerem ainda excluídas das mais variadas instâncias de poder e decisão na vida pública e na vida privada; receberem salários menores que os dos homens para o mesmo trabalho; serem a maioria dos casos de pessoas atingidas pela violência doméstica e sexual; entre outros. Isto implica também dizer que, no cotidiano, as mulheres têm menor liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, como também têm menos poder de decisão acerca do uso da camisinha pelo parceiro sexual, pois há que se lembrar que esse principal método disponível para a prevenção da infecção é de controle e uso masculino.

Assim, a desigualdade entre homens e mulheres produz uma maior vulnerabilidade para as mulheres, resultando daí o caminho cada vez mais impactante da epidemia em direção a este grupo.

Raça/racismo

Pesquisas desenvolvidas no Brasil e em outros países, como os Estados Unidos, já vêm há tempos demonstrando que o racismo é um fator gerador de doenças e/ou de agravamento de situações patogênicas preexistentes, bem como fator de incidência sobre as taxas de mortalidade da população.

Entre os estudos recentes que têm comprovado o impacto do racismo sobre a população brasileira, um exemplo contundente é o trabalho realizado por Wania Sant'Anna e Marcelo Paixão

(“Desenvolvimento Humano e População Afrodescendente: Uma questão de raça”, 1997), que analisa o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), instrumento de análise desenvolvido pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento).

Avançando em sua análise, Wania Sant’Anna buscou avaliar conjuntamente o IDH dos afrodescendentes e a condição de gênero (“Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil – As revelações possíveis do Índice de Desenvolvimento Humano e Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero”, 2000 – *leia versão resumida do artigo nesta edição*). Nesse estudo, Wania demonstrou que o cruzamento dos dois fatores – condição racial e de gênero – faz com que as mulheres negras ocupem as posições mais inferiores comparativamente aos homens, brancos e negros, e às mulheres brancas.

Condições individuais, condições sociais e ações de prevenção e controle da epidemia. Analisando-se especificamente esses fatores de vulnerabilidade à epidemia descritos por Jonathan Mann (ex-diretor do Programa de AIDS das Nações Unidas) e considerando-se que o racismo 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. Igualmente, pode-se também perceber o racismo como fator determinante de uma barreira mais ou menos intransponível em relação ao acesso aos meios para prevenção, tratamento e controle da infecção, tanto em nível individual como coletivo, para toda a população de afrodescendentes.

A vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV seria conseqüência também da violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. A exclusão social a que afrodescendentes estão submetidos influencia também o desenvolvimento e continuidade dos programas de prevenção (por exemplo, ao dificultar ou impedir o trabalho nas comunidades excluídas), bem como facilita o acesso às drogas (injetáveis ou não) e suas graves conseqüências – entre elas, a maior exposição ao HIV.

Maioria na exclusão

Nós, mulheres negras, somos maioria na população negra, maioria na população pobre e, caso se consiga provar que a “branquitude” brasileira produzida pelo IBGE está longe de representar o real, provavelmente somos também um dos maiores contingentes da população brasileira.

Por outro lado, conforme já foi mostrado, somos sem sombra de dúvida um dos principais segmentos excluídos da sociedade brasileira. Atingidas pela violência estrutural que se baseia no racismo e no sexismo, a maioria de nós vivencia condições extremas de pobreza, sem acesso a recursos básicos como educação, habitação, saúde e emprego.

Segundo Francisco Inácio Barbosa (“A Feminização da Epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento”, 2000):

“(…) existe uma situação particularmente desfavorável às mulheres pobres no que diz respeito à disseminação do HIV e das demais IST (infecções sexualmente transmissíveis), que se amplia quando consideramos condições adicionais e igualmente desfavoráveis, vigentes entre as mulheres negras no âmbito da saúde em geral e da saúde reprodutiva em particular”.

Possíveis saídas

O Brasil tem um dos melhores programas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS do mundo. No entanto, este nível de excelência – que, diga-se de passagem, foi em grande parte construído pelas organizações não-governamentais – não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização negrófila, ou seja, sua chegada às mulheres negras.

Assim, é preciso que todos os que estejam envolvidos com as ações de controle da epidemia – governos e ONGs – incorporem, para além da questão de gênero, a questão racial/étnica como dimensão essencial de superação do problema.

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, é preciso reconhecer a força com que fatores como raça/etnia e pobreza concorrem para expor cada vez mais as mulheres negras ao risco de contrair o vírus.

A partir daí será preciso desenvolver ações dirigidas às mulheres e adolescentes negras, tanto no que se refere às medidas de fortalecimento desses grupos, como também às de ampliação do acesso a informações e meios de prevenção.

É importante notar que organizações não-governamentais dirigidas por mulheres negras já vêm desenvolvendo há anos programas deste tipo, como por exemplo o Geledés – Instituto da Mulher Negra e Fala Preta! (ambas em São Paulo) e Criola (no Rio de Janeiro). Mas é obvio que a abrangência dos programas de ONGs é limitada. E, por outro lado, é no nível das políticas públicas

– que incorporem as experiências bem-sucedidas da sociedade civil – que os melhores resultados podem ser atingidos.

O que é preciso, como pré-condição, é que cada um, governos e sociedade, coloque em prática os compromissos assumidos pelas nações das Américas e do Caribe em Santiago, no Chile, durante a Conferência das Américas – evento preparatório para a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância – realizada em dezembro de 2000. É preciso, como Sueli Carneiro, coordenadora do Geledés, escreveu no *Correio Braziliense* (15/12/2000):

“(...) dar visibilidade às diferentes situações que afetam as vítimas do racismo, da xenofobia, da intolerância e da discriminação nas Américas, em especial às sofridas pelos povos afrodescendentes e os povos indígenas”.

E Sueli Carneiro vai mais além: é necessário também:

“(...) propor estratégias de igualdade efetiva e plena, assim como medidas de prevenção, reparação ou compensação, frente ao racismo, à xenofobia, à intolerância e aos comportamentos discriminatórios”.

Mas é preciso que os formuladores e executores destas ações levem também em consideração não apenas os fatores que produzem a maior vulnerabilidade das mulheres negras, como também as fortalezas que este segmento vem construindo há centenas de anos. E não têm sido poucos os aportes que as mulheres negras têm trazido para a sociedade brasileira. Esta contribuição se exprime, por exemplo, na implantação da herança cultural africana, que tem sido uma contribuição das mulheres negras desde o século 16. Uma cultura que considera a saúde não apenas como um estado de ausência de doenças e, indo mais além da definição de equilíbrio biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde, propõe-se a considerar o equilíbrio dinâmico, fundado em trocas interativas com as diversas dimensões da existência – os vivos e os mortos; as plantas, os animais, os minerais; as dimensões internas e externas, como também anteriores e posteriores ao corpo –, visão esta que traz implicações mais profundas ao conceito de prevenção.

É preciso dar o passo adiante – governos, ONGs e ativistas. E a ação de enfrentamento da epidemia é um momento privilegiado e que requer respostas urgentes. Nós, mulheres negras, temos até o momento agido sozinhas neste sentido. Agora é o momento de agir, não por solidariedade apenas, mas pelo profundo compromisso que se pode ter com a vida humana e com a construção

de uma sociedade democrática. Onde todos, e em especial as mulheres negras, desfrutem de igualdade de condições e direitos. Inclusive no que se refere à convivência com o HIV/AIDS.

* Jurema Werneck é médica e coordenadora de Criola, organização de mulheres negras fundada em 1992 e com sede no Rio de Janeiro.

Nota: Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail criola@alternex.com.br

É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do “quarto de despejo”

Maria Inês da Silva Barbosa*

“Estou no quarto de despejo, e o que está no quarto de despejo ou queima-se ou joga-se no lixo.”

Carolina Maria de Jesus

Este artigo trata da mortalidade da mulher negra na cidade de São Paulo e mostra que esse segmento étnico apresenta um perfil de mortalidade semelhante ao do homem branco, contrariando a esperada diferença por sexo, segundo a qual as mulheres vivem mais que os homens.

Além da semelhança dos índices de mortalidade proporcional por faixa etária da mulher negra com o homem branco – 40,7% e 39%, respectivamente, dos óbitos ocorridos antes dos 50 anos –, este trabalho revela também que, ao se compararem os Anos Potenciais de Vida Perdidos por óbitos, de um modo geral as mulheres negras perdem mais anos do que os homens brancos, novamente contrariando a esperada diferença por sexo. É mulher, mas é negra.

Neste trabalho buscou-se analisar o perfil de mortalidade da mulher negra inserindo-se a variável raça enquanto categoria analítica socialmente construída, considerando-se as diferenças por sexo enquanto resultantes das relações de gênero, esta também uma categoria socialmente determinada.

Este estudo filia-se às correntes teóricas que percebem as condições de vida e saúde enquanto resultado das relações de classe, gênero e raça, considerando, assim, que o perfil de mortalidade da mulher negra na cidade de São Paulo só é passível de compreensão se analisado a partir dessa perspectiva.

Óbitos por raça na cidade de São Paulo

O estudo baseia-se em dados quantitativos relativos à caracterização dos óbitos por raça dos residentes no município de São Paulo, em 1995. Trata-se de uma amostra composta pelo Banco de Dados da Fundação Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, de São Paulo), que totaliza os dados de óbitos dos meses de janeiro, abril, julho e outubro/95. Para essa amostra, a raça heteroatribuída foi obtida através dos dados encontrados nos mapas de óbito enviados pelos cartórios e agregados ao banco de dados original, que não dispunha dessa informação. Obteve-se então um total de 21.663 óbitos. (Ver Tabela 1)

O estudo limita-se aos óbitos identificados como de indivíduos das raças branca, parda e preta, tendo sido estes dois últimos segmentos agregados sob a denominação de “raça negra”. Tal agregação justifica-se dado o contexto histórico das relações raciais no Brasil, principalmente no que diz respeito ao entendimento das complexidades interpostas pelo pensamento – de matriz freyreana – de negação da identidade rumo a uma fuga mística em direção à meta-raça; uma negação que se origina nas condições objetivas que indicam que não ser da raça branca faz diferença. Raça Branca e Raça Negra, o Eu e o Outro, posto que se condicionam e devem sua existência a contextos históricos específicos pautados pela subordinação das diferenças, que se concretizam em desigualdades.

Tabela 1. Número e Percentagem dos Óbitos Segundo a Raça. São Paulo-SP, 1995

Raça	Óbitos	
	nº	%
Branca	14.694	67,8
Parda	3.263	15,1
Preta	880	4,1
Amarela	274	1,3
Ignorada	2.552	11,8
Total	21.663	100,0

Fonte: Fundação Seade, 1995.

Perfil da mortalidade da mulher negra

Embora ainda sejam poucos, os estudos que trabalham com sexo e raça evidenciam um perfil de saúde mais crítico quando se trata da mulher negra. É o que mostra, por exemplo, o trabalho de Estela Cunha (“Raça: Aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil”, 1997), que constata a sobremortalidade de filhos menores de um ano de mães negras e de mulheres adultas negras em relação às brancas. A mulher negra morre antes.

As condições de existência da população negra não podem ser desvinculadas das análises do seu perfil de saúde. Os fatores macrossociais – instituídos pelas condições históricas, estrutura econômica, política, social, cultural e códigos legais –, permeados pelo racismo e sexismo em distintos contextos históricos, condicionaram a vida da população negra na cidade de São Paulo e criaram também condições adversas que impactam de modo diferenciado o perfil de mortalidade da mulher negra.

As mulheres negras perdem mais anos de vida

A inter-relação classe, gênero e raça compõe o perfil de mortalidade da mulher negra; já o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos possibilita uma leitura mais rigorosa das desigualdades, pela mensuração da prematuridade da ocorrência do óbito, associando as condições e duração da vida em determinado contexto histórico. Neste estudo foi considerada uma duração de 70 anos, cujo limite inferior era igual a 0. As causas de mortes foram codificadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-9ª revisão) da Organização Mundial da Saúde.

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos (Tabela 2) mostra que, para as mesmas patologias, as vidas negras são subtraídas mais precocemente. Embora esses dados confirmem a leitura recorrente do diferencial por sexo, de que os homens morrem antes que as mulheres – e é preciso ressaltar que, em relação a todas as doenças causadoras de óbitos, os homens negros perdem mais anos de vida do que todos os outros segmentos, não apenas o das mulheres negras –, a mesma não se aplica se compararmos homens brancos e mulheres negras, o que indica ser o racismo o fator patogênico a ser considerado.

Tabela 2. Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos, segundo os principais grupos de causas, sexo e raça. São Paulo-SP, 1995

Causas de Óbito	Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Óbitos			
	homem branco	mulher branca	homem negro	mulher negra
Doenças do aparelho circulatório	7,6	5,4	13,3	10,3
Neoplasias	9,6	10,5	14,3	14,1
Causas externas	35,9	30,7	40,1	33,4
Doenças do aparelho respiratório	15,2	13,8	26,8	22,3
Doenças das glândulas endócrinas	25,9	16,0	29,6	19,8
Total*	19,5	14,4	29,0	20,7

Fonte: Fundação Seade, 1995.

* Incluídos os demais grupos de causas.

A análise dos Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos demonstra a diferença entre ser homem ou mulher, ser negra ou branca. De um modo geral, as mulheres negras perdem mais anos de vida do que os homens brancos, com exceção dos casos de doenças das glândulas endócrinas e de óbitos por causas externas, que se assemelham. É mulher, mas é negra.

A mulher negra morre antes

Já a distribuição dos óbitos por faixa etária (Tabela 3) demonstra que, novamente contrariando o usualmente observado quanto à diferença por sexo – as mulheres morrem mais tarde do que os homens –, o perfil da mulher negra se assemelha ao do homem branco. Dos óbitos ocorridos antes dos 50 anos, 40,7% referem-se a mulheres negras e 39%, a homens brancos. A população branca masculina chega inclusive a superar a proporção de óbitos acima de 55 anos, com 54,6% dos casos, para 52,4% dos óbitos de mulheres negras.

Tabela 3. Distribuição dos Óbitos por Faixa Etária, segundo raça e sexo. São Paulo-SP, 1995

Faixa Etária	Óbitos							
	homem branco		mulher branca		homem negro		mulher negra	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Ignorada	26	0,3	2	0,0	19	0,7	5	0,3
0 a 19	901	10,4	666	11,1	370	13,9	189	12,7
20 a 39	1.588	18,3	458	7,6	910	34,3	224	15,0
40 a 49	891	10,,	423	7,0	392	14,8	194	13,0
50 a 54	527	6,1	265	4,4	173	6,5	97	6,5
55 e +	4.736	54,6	4.211	69,9	790	29,8	780	52,4

Fonte: Fundação Seade, 1995.

A articulação raça, gênero e classe determina as relações sociais e gesta as condições de vida e saúde; em se tratando da população feminina negra, gesta-as de forma a resultar num perfil mais crítico de saúde, posto que, além da subordinação de classe, tem por sobre si a subordinação de gênero e raça. É mulher e negra.

* Maria Inês da Silva Barbosa é professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Nota: Elaborado a partir da apresentação realizada pela autora no II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde (Rio de Janeiro, 1999), este artigo resume sua tese de doutoramento, defendida em 1998 sob a orientação da prof. dra. Carmen Vieira de Souza Unglert, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail maria.br@nutecnet.com.br

Maior Risco para Mulheres Negras no Brasil

Alaerte Leandro Martins*

A falta da mulher e mãe no lar causa em geral a desestruturação da família, senão até de uma população, como declara a Organização Mundial de Saúde (1993):

“Uma morte materna afeta diretamente um número grande de membros da família e da comunidade que depende dela. As mortes maternas, quando muitas, podem produzir graves conseqüências para as comunidades, as nações e a população”.

O conhecimento desse indicador é indispensável para o planejamento e gerência das ações de saúde em qualquer instância, sendo obtido através da análise das declarações de óbito e, se possível, por meio de investigações da causa básica de óbito das mulheres em idade fértil. Os resultados do estudo desse coeficiente são de alta abrangência, fornecendo dados específicos sobre a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, sem deixar de lado questões como a gravidez indesejada, aborto e tantas outras.

CMM: um indicador de desenvolvimento desigual

Em sua abrangência, o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) espelha a qualidade da assistência prestada à vida reprodutiva dos cidadãos e, indiretamente, a concepção de seus dirigentes, especialmente no que diz respeito à assistência à saúde da mulher – o que pode ser comprovado através dos diferentes índices encontrados para países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos, em 1980, morreram 9 mulheres por 100.000 nascidos vivos; nesse mesmo ano, no Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna foi de 70 por 100.000 n.v. (Ana Cristina Tanaka e outros, “Situação de Saúde Materna e Perinatal no Estado de São Paulo”, 1989). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nesta mesma época, Paraguai, Chile e Argentina apresentaram, respectivamente, 365, 73 e 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.

Segundo Ana Cristina Tanaka (“Maternidade: Dilema entre nascimento e morte”, 1995), isso equivale a dizer que:

“(...) as determinações da própria gravidade da doença, muitas vezes, podem ser influenciadas pela própria condição social do indivíduo, isto é, dependendo da classe social da pessoa, uma patologia pode causar danos maiores ou menores à sua saúde”.

Mulheres de minorias étnicas sob maior risco

Classe social e condição social – raça/etnia; uma inter-relação de difícil abordagem. Essa é uma preocupação de Atrash e colaboradores (“Maternal Mortality in Developed Countries: Not just a concern of the past”, 1995 – ver Tabela 1), quando afirmam que:

“(...) ser membro de uma minoria étnica em si mesmo não explica a razão por esta disparidade; porém, é importante ter esta informação quando fazemos a prevenção (...)”.

Para Berg e colaboradores (“Pregnancy: Related mortality in the United States, 1987-1990”, 1996):

“(...) apesar do decréscimo do coeficiente de mortalidade materna nos últimos 50 anos, a relação entre as mortes de mulheres negras e brancas ainda continua elevada, sendo que, em 1940, ela foi de 2,4 por 100.000 n.v. e, em 1990, foi de 4,1 por 100.000 n.v. (...) Essa disparidade deve-se à condição de saúde anterior à gravidez, gestação associada à morbidade, acesso e uso de serviços de saúde, e satisfação, conteúdo e qualidade desse serviço (...) esforços para reduzir a mortalidade materna deveriam incluir as mulheres negras como um grupo de risco”.

Este é o desafio posto também aqui no Brasil, onde certamente as mulheres negras morrem mais, seja pela condição de vida e saúde, seja pela iniquidade na assistência.

Nos Estados Unidos, o CDC (Centro de Controle de Doenças, “Differences in Maternal Mortality among Black and White Women – United States, 1990”, 1995) mostrou que a razão de mortalidade materna foi 2 a 4 vezes maior para mulheres negras, atribuindo a taxa elevada dessas mulheres ao grande número de gravidezes com morbidade, à dificuldade de acesso e uso dos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada.

No Brasil são raros os dados de mortalidade materna por raça. Estudos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (1997) citam que, no triênio 1994-1996:

“(...) dos óbitos em que se obteve o dado sobre raça, 78,3% eram mulheres de raça branca, seguidas da negra (preta e parda) com 20,8% (67 óbitos) e 0,9% da raça amarela”.

Outro trabalho nacional realizado em 1997, no Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Pará, pelas pesquisadoras Ana Cristina d’Andretta Tanaka e Lia Mitsuike (“Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras”, 1999), menciona que:

“(...) prevaleceu a cor branca com 28,5% dos óbitos. Porém, ao se considerarem as cores parda, morena e morena clara como sendo uma só, estas somarão 51,5% dos óbitos. Não houve nenhum óbito em que a falecida fosse considerada de cor preta”.

Tabela 1. Risco Relativo de Morte Materna em Minorias Étnicas.
(comparação entre vários trabalhos)

Autor, Ano do Artigo	País	Minoria Étnica	Número de Nascimentos (em milhões)	Risco Relativo (95% limite de confiança)
Kochanek, 1994	Estados Unidos	negras	684	4,3
Hatton, 1994	França	“não-francesas”	976	2,2 (1,9-2,6)
Wittman, 1988	Canadá	índias americanas	não disponível	“em excesso”
CEMD, 1993	Austrália	aborígenes	não disponível	10,0
CEMD, 1990	Reino Unido	asiáticas, afro-caribenhas	não disponível	“em excesso”
Bennebroeck, 1994	Holanda	“não-holandesas”	126	2,6 (1,8-3,9)
Leiberman, 1993	Israel	beduínas	47	2,1 (0,7-6,3)
Welsch, 1994	Bavária	“não-germânicas”	95	3,7 (2,5-5,4)

Fonte: Atrash e colaboradores, “Maternal Mortality in Developed Countries: Not just a concern of the past”, 1995.

CEMD = Confidential Enquiry Maternal Deaths

Branças são maioria, mas risco das negras é maior

Em nosso estudo no estado do Paraná, no período de 1993 a 1998 ocorreram 956 casos de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por causa materna, numa média anual de 160 óbitos. A maioria dos óbitos ocorreu entre as mulheres da raça branca (53,4%); a raça negra totalizou 17,9%, incluídas as pardas e as pretas; e a raça amarela representou 1,4%.

Houve 27,4% dos casos com raça ignorada. Ao analisar-se essa informação, deve-se considerar primeiro que esse dado depende de visita domiciliar e, como se sabe, a morte materna é a que leva a uma maior desagregação familiar, não sendo a família, com freqüência, encontrada. Em segundo

lugar, ele depende do entendimento e da importância dispensada pelo/a entrevistador/a ou profissional de saúde a este quesito.

Ao se comparar na Tabela 2 a distribuição da população feminina e o número de mortes maternas por raça, para 1993, observou-se que o risco relativo de morte destas mulheres por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério foi 7,4 vezes maior nas pretas que nas brancas e 5 vezes maior entre as amarelas quando comparadas com as brancas.

Tabela 2. Risco Relativo de Morte por Causa Materna, segundo a raça, estado do Paraná, 1993

Raça	Mulheres de 10 a 49 Anos		Nascidos Vivos	Óbitos Maternos		CMF (100.000 mulheres)	CMM (100.000 n.v.)	Risco Relativo
	nº [A]	%	nº [B]	nº [C]	%	[C/A x 100.000]	[C/B x 100.000]	[entre C e A]
Amarela	27.491	0,86	1.038	4	2,4	14,6	385,4	5,0
Branca	2.432.719	76,31	137.738	71	42,8	2,9	51,6	1,0
Negra	722.042	22,65	43.967	31	18,7	4,3	70,5	1,5
Parda	652.786	20,48	39.585	16	9,6	2,5	40,4	0,8
Preta	69.256	2,17	4.382	15	9,0	21,7	342,3	7,4
Ignorada*	5.712	0,18	537	60	36,1	
Total	3.187.964	100,0	183.280	166	100,0	5,2	90,6	

Fonte: Alaerte Leandro Martins, dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR.

CMF = Coeficiente de Mortalidade Feminina

CMM = Coeficiente de Mortalidade Materna

* Foram incluídas nesta categoria as mulheres indígenas e sem identificação de raça.

Visualiza-se na Tabela 2 que a distribuição percentual das mulheres por raça é diferente entre as vivas e as que faleceram. Era de se esperar que esta distribuição fosse semelhante. Esta diferença pode ter ocorrido pela grande percentagem de casos ignorados ou porque o risco de morrer ocorre diferentemente entre as raças.

As mulheres que apresentaram maiores diferenças foram as pretas e as amarelas. Esta questão fica mais evidente quando se observa o Coeficiente de Mortalidade Feminina de 10 a 49 anos, por causa materna e raça, em que as mulheres pretas tiveram um coeficiente de 21,7; as amarelas, de 14,6; e as brancas, de 2,9 por 100.000 mulheres.

Em relação ao Coeficiente de Mortalidade Materna por raça, este foi de 385,4 por 100.000 nascidos vivos entre as amarelas, 342,3 entre as pretas e 51,6 entre as brancas. Estes dados

mostram que a morte materna foi 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes maior entre as pretas, quando comparadas com as brancas.

Estes coeficientes, principalmente entre as mulheres de raça amarela e preta, são extremamente elevados, comparando-se aos de países em desenvolvimento, como Quênia, Namíbia ou mesmo Paraguai e Peru, entre outros (OMS/Unicef, 1996).

Causas de morte materna

Vários estudos sobre mortalidade materna, como o de Siqueira e colaboradores (“Mortalidade Materna no Brasil”, 1984) e Ruy Laurenti (“Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80”, 1995), entre outros, mostram que as quatro principais causas básicas de óbito no Brasil são: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto. Segundo Ana Cristina Tanaka e outros (1989), do total de mortes maternas no estado de São Paulo, no período de 1980 a 1984, 33,8% foram causadas por hipertensão, 16,6% por hemorragias e 13,4% por aborto. As demais causas, como complicações do trabalho de parto e infecções puerperais, entre outras, não atingiram o percentual de 10% cada uma.

No estudo realizado no Paraná, a principal causa de morte materna foi a hipertensão, que ocorreu em 33,6% dos óbitos, acometendo principalmente as amarelas (77,8%), seguidas das negras (36%); dentre estas últimas, as pretas tiveram o maior percentual (46,9%).

A síndrome hipertensiva foi 2,5 vezes maior entre as amarelas do que entre as brancas e 1,5 vez maior entre as pretas do que as brancas, apesar de as características destas mulheres serem muito diferentes. Enquanto as amarelas eram mais velhas, casadas, com renda familiar maior, com maior escolaridade, menor fecundidade e maior percentagem de primigestas (mulheres em primeira gestação), as pretas eram jovens, com menor percentagem de mulheres casadas, menor renda e escolaridade, maior fecundidade e menor percentagem de primigestas. Isso permitiu que se levantasse a hipótese de que a questão racial deve ter relação com a doença que levou à morte, mas as questões socioeconômicas também.

Para A. A. Lopes (“Hipertensão Arterial em Negros”, 1999), o retardo no desenvolvimento intra-uterino, pelo menos nos Estados Unidos, as freqüências de baixo peso ao nascimento, diabetes mellitus tipo II e doença renal terminal são maiores em negros que em brancos, constituindo fatores que levam os negros a uma maior freqüência e gravidade da hipertensão arterial.

A questão das doenças em mulheres negras e as suas repercussões sobre a saúde reprodutiva e mortalidade materna devem-se, provavelmente, a: em primeiro lugar, um emaranhado de condições geneticamente determinadas, que levam à hipertensão/DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) como principal causa de óbitos no país, mas que também contribuem significativamente nas demais causas de óbito materno, sejam diretas (infecção, aborto e outras) ou indiretas (acidente vascular cerebral, cardiopatias, diabetes, doença renal e outras); em segundo lugar, é necessário considerar as condições de vida e acesso à saúde dessas mulheres.

Fatores raciais/étnicos e socioeconômicos

Conclui-se que, dos óbitos maternos identificados por raça no Paraná, 17,9% ocorreram entre as mulheres negras e estas correspondiam a 21,8% do total de mulheres em 1991. Dentre estas, embora apenas 2,2% delas fossem pretas, as mesmas representaram 8,2% dos óbitos maternos, o que levou a um risco 7 vezes maior de uma mulher preta morrer por causa materna do que as demais.

As mulheres de raça amarela apresentaram melhores características socioeconômicas e demográficas do que as brancas e as pretas (estas últimas, com os piores índices); porém, o risco de morte de ambas – amarelas e pretas – foi muito elevado, sugerindo que deve existir relação entre raça, doença, condições de vida e mortalidade materna, o que torna necessário um maior aprofundamento sobre o tema.

Assim, é indispensável que nas estratégias para redução da mortalidade materna no Brasil sejam observadas as especificidades de cada raça, especialmente das amarelas e pretas, considerando-se como fatores de risco o quesito cor e a situação socioeconômica.

** Alaerte Leandro Martins é enfermeira obstétrica, mestre em Saúde Pública e presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná.*

Nota: Este artigo baseou-se na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, sob orientação da profa. dra. Ana Cristina d'Andretta Tanaka, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Para mais informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail abenpr@zaz.com.br

Respeito e Integração dos Conhecimentos das Mulheres Indígenas

Marta Maria Azevedo*

O trabalho sobre a saúde reprodutiva das mulheres indígenas do Alto Rio Negro, no Amazonas, vem sendo desenvolvido com o objetivo de construirmos um diálogo entre as concepções tradicionais desses povos sobre o ciclo de vida da mulher e sua saúde e o conhecimento ocidental sobre o tema.

A região do Alto Rio Negro é habitada por 22 povos indígenas, que falam línguas de três grandes famílias linguísticas: *tukano*, *aruak* e *maku*. A Terra Indígena do Alto Rio Negro (TI/ARN) foi demarcada e homologada em 1997, no município de São Gabriel da Cachoeira, noroeste do estado do Amazonas, na fronteira com a Colômbia e Venezuela.

O projeto

O trabalho teve início em 1997, no âmbito de uma bolsa do Programa de População da Fundação MacArthur, tendo sido escolhido como objeto do estudo o povoado de Iauareté, dentre as mais de 400 comunidades/aldeias da TI/ARN, por uma reivindicação das próprias mulheres desse local.

Iauareté é um povoado formado por várias aldeias congregadas em torno de uma missão salesiana, datada de 1930, onde moram mais de 2.000 pessoas. Localiza-se no Alto do Rio Uaupés, fazendo fronteira com a Colômbia. Devido a sua localização e concentração populacional, Iauareté tornou-se um importante centro político para todas as 22 etnias que habitam essa terra indígena. Nela, estão presentes várias organizações indígenas, entre as quais a Associação das Mulheres Indígenas do Distrito de Iauareté (AMIDI), que foi a parceira local do projeto, juntamente com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), que tem sede na cidade de São Gabriel. A base institucional do projeto foi o Núcleo de Estudos de População (Nepo) da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas). O projeto contou ainda com a parceria da organização não-governamental Associação Saúde Sem Limites (SSL) – que desenvolve um trabalho com saúde indígena na região desde 1996 – e com o apoio da Secretaria Municipal da Saúde de São Gabriel da Cachoeira.

Saúde da mulher indígena em debate

Durante os encontros sobre saúde da mulher realizados em Iauareté, entre 1997 e 1999, foram discutidos vários temas:

- o ritual da primeira menstruação, as benzeduras associadas a esse ritual, os cuidados e atitudes que a moça deve ter para prevenir futuros problemas de saúde;
- sobre o início da vida sexual da moça, foram discutidos os cuidados e atitudes permitidas pelas culturas da região e também métodos contraceptivos modernos e prevenção das DST/AIDS;
- sobre a gravidez foi discutido todo o sistema do pré-natal tradicional, que envolve benzeduras, dietas e atitudes para prevenir problemas durante a gravidez e também no momento do parto;
- por fim, foram discutidos assuntos relativos ao parto tradicional, às diferentes maneiras de se ter a criança, aos especialistas em parto – tanto mulheres quanto os benzedores –, bem como os cuidados do pós-parto para os pais e para a mãe e os cuidados com a criança recém-nascida.

Os primeiros produtos

Para facilitar a tradução na língua *tukano* (*yepa mahsa*) – que é a língua de contato mais falada entre essas diferentes etnias – de muitos termos referentes à anatomia dos órgãos reprodutivos internos e externos e sobre os outros temas debatidos, as mulheres elaboraram uma série de 70 desenhos temáticos com textos em português e em *yepa mahsa*. Dessa série de desenhos com textos foram selecionados alguns que se tornaram parte de uma exposição que foi levada a São Paulo e que, posteriormente, circulou por outras cidades, como Manaus, Caxambu, Fortaleza e, por fim, São Gabriel da Cachoeira.

O trabalho, portanto, foi sempre composto por uma parte produzida a partir do conhecimento antropológico sobre as concepções tradicionais das mulheres sobre sua saúde e, ao mesmo tempo, pelo trabalho de educação para saúde, desenvolvido durante esses encontros maiores e conversas menores com grupos de mulheres que frequentam a AMIDI. A partir dos resultados dos encontros e da pesquisa individual ou com grupos menores, produziu-se um livro sobre saúde da mulher, que está sendo finalizado e deverá servir para que outras mulheres da região se mobilizem em torno desse tema, uma vez que o atendimento específico à saúde da mulher indígena está apenas começando, agora já no âmbito dos trabalhos do recém-implantado (no início de 2000) Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena do Rio Negro.

Trabalho de campo multidisciplinar

Após dois grandes encontros realizados com ampla participação das mulheres de Iauareté, quando então foram produzidos textos e desenhos para orientá-las no aprimoramento de seus conhecimentos e práticas sobre sua saúde reprodutiva, ficou clara a necessidade de fazermos também uma viagem levando uma equipe médica. O objetivo era verificar algumas hipóteses levantadas durante a primeira fase do trabalho, como por exemplo:

- a laceração de períneo de algumas mulheres poderia ser proveniente do excesso de peso que elas carregam durante o trabalho na roça;
- as mortes maternas por infecção pós-parto poderiam ser atribuídas à falta de cuidados com a higiene durante o parto;
- as mortes de recém-nascidos com menos de uma semana poderiam ser causadas pelo tétano neonatal; e assim por diante.

Dessa forma, em outubro de 1999, uma equipe multidisciplinar subiu o rio em direção a Iauareté. Fizeram parte dessa equipe: o médico Helio Barbin, da SSL; Heloísa Lessa, enfermeira obstetra; o organoterapeuta Eugenio Marer; e a antropóloga Marta Azevedo.

Essa viagem teve por objetivo: colher exames de prevenção de câncer do colo do útero das mulheres indígenas que assim o quisessem, fazer exames físicos em algumas mulheres e homens – para avaliar suas condições de saúde, explicando sempre o que significam essas avaliações e exames – e, por fim, fazer uma reunião mais ampla, com duração de um dia, para se discutir a continuidade do projeto.

O planejamento da viagem, apoio logístico, encaminhamento dos exames para laboratório da rede do SUS (Sistema Único de Saúde) e discussões sobre a continuidade do projeto tiveram o apoio da SSL e da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira.

Os resultados dos exames das mulheres foram encaminhados a elas pela SSL, juntamente com uma carta da enfermeira Lessa, que orientou cada uma das mulheres sobre como proceder de acordo com seu caso. Foram colhidos 23 exames e realizadas 32 consultas. Cada uma das mulheres respondeu um questionário sobre sua história reprodutiva; os dados dos questionários têm agora a função de, juntamente com o resultado da grande reunião, nortear o novo projeto que está sendo elaborado.

Os resultados dos exames foram totalmente satisfatórios, sendo que, como conta Heloísa Lessa em seu relatório:

“(...) a relação que elas (mulheres indígenas) possuem com seu próprio corpo é de conhecimento e intimidade; todas as mulheres colocaram o espécuro sozinhas. Isso foi para mim uma grande surpresa, já que em centros urbanos onde tive a oportunidade de colher preventivos a totalidade das mulheres não aceitava colocar em si o espécuro, o que facilita muito a sua colocação. Percebi que a resistência que achei que (as mulheres indígenas) teriam era na realidade bem menor; na maioria das vezes, inclusive, chego a dizer que elas não ofereceram nenhuma resistência, apenas estranharam o procedimento por ser totalmente desconhecido para elas”.

Educação para saúde com respeito e integração

A principal conclusão desse trabalho é que os conhecimentos que as mulheres indígenas possuem tradicionalmente sobre sua saúde são bastante amplos. Pode-se, a partir daí, apenas ajudá-las no aprimoramento e adequação desses conhecimentos e práticas à nova realidade em que essa população está agora inserida – realidade esta caracterizada pelo contato próximo com muitos pelotões militares de fronteira, missionários e agentes das políticas públicas que chegam nas comunidades para atender à saúde, e também por viagens para a cidade de São Gabriel.

Pudemos notar que existe uma demanda pelos contraceptivos modernos, dado que, como disseram várias dessas mulheres, muitas vezes os métodos tradicionais já não são eficientes. Esse trabalho de educação para saúde deve continuar no sentido de sua ampliação para outras regiões da TI/ARN e também visando à capacitação das equipes de saúde, que são formadas por profissionais não-índios. Com isso, pretende-se atender melhor as mulheres e homens no que tange à saúde reprodutiva, respeitando-se e promovendo a integração dos diferentes conhecimentos e práticas.

* Marta Maria Azevedo é antropóloga e doutoranda em demografia no Nepo/Unicamp (Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas).

Nota: Para mais informações sobre o projeto e os resultados obtidos, contatar a autora pelo e-mail martazev@socioambiental.org

Condicionantes Socioeconômicos, Etários e Raciais

Alessandra Sampaio Chacham*

No Brasil há uma alta incidência de cesáreas e esterilizações femininas. Em 1996, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (“PNDS-1996: Relatório preliminar”, 1997), os partos cesáreos representavam 36,4% do total de partos. Se somente áreas urbanas forem consideradas, este número cresce para 41,8%. Nessa pesquisa encontrou-se também que 27,3% das mulheres em idade reprodutiva estavam esterilizadas, sendo que entre mulheres casadas ou unidas este número chegava a 40,1%.

Relação cesárea e esterilização

Alguns estudos apontam uma relação muito clara entre as práticas da esterilização feminina e da cesárea no país: as brasileiras optariam por cesáreas para serem esterilizadas durante a cirurgia; e seriam esterilizadas devido a uma história de partos cesáreos (Elza Berquó, “Brasil, um Caso Exemplar: Anticoncepção e parto cirúrgico – à espera de uma ação exemplar”, 1993; Naomi Rutenberg e Elizabeth Ferraz, “Female Sterilisation and its Demographic Impact on Brazil”, 1988). As dificuldades de acesso a uma ampla variedade de métodos contraceptivos e seu uso pouco eficiente, devido à má qualidade do acompanhamento médico, favoreceram que a esterilização se tornasse o principal recurso para suprir a demanda das mulheres por meios para regular sua fecundidade.

Como ligações tubárias eram ilegais no Brasil na maior parte dos casos – e como nestes casos o governo não pagava por elas –, um modo comum de se obter uma esterilização era fazê-la durante uma cesárea. A cesárea era paga pelo sistema público de saúde, enquanto a mulher pagava ao médico uma taxa extra pela esterilização.

Ao mesmo tempo, o modelo brasileiro de assistência à saúde favorece uma abordagem curativa e intervencionista da prática médica, que também teria contribuído para esse modo específico de medicalização da saúde reprodutiva. Caracterizada por uma excessiva intervenção em mulheres que, freqüentemente, não necessitam dela, essa medicalização, ao mesmo tempo, não prevê cuidados de saúde primários para evitar a necessidade de posterior intervenção médica.

Neste artigo apresentamos uma análise quantitativa dos dados coletados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 para diferentes regiões do Brasil. Atráves desta análise procuramos determinar as características socioeconômicas, etárias e raciais das mulheres que tiveram partos cesáreos, programados ou não, e de mulheres que foram esterilizadas durante uma cesárea, explorando a relação entre os dois procedimentos. No entanto, é preciso ressaltar que, certamente, os dados de 1996 ainda não refletem a influência da lei que regulamentou a esterilização feminina no país; ainda assim, essas informações nos permitem avaliar a dimensão desse fenômeno.

Taxas de cesárea por grupos etários e raciais

Na PNDS-1996, analisamos as respostas de 3.739 mulheres a respeito do parto do seu último filho nascido vivo nos cinco anos anteriores à pesquisa. Entre estas mulheres, 1.416, ou 37,9%, tiveram cesáreas. São Paulo apresentou a maior proporção de cesáreas, com 57,1%; já o Nordeste foi a região com menor proporção de cesáreas, com 25%.

As taxas de cesárea variaram entre os grupos etários e conforme o número de filhos da mulher. O grupo etário com maior proporção de cesáreas foi o de mulheres entre 30 e 34 anos, com 47,3% de cesáreas (Tabela 1). Em relação ao número de partos de cada mulher, primíparas (isto é, mulheres que tiveram o primeiro parto) representaram 38,8% das cesáreas, enquanto que as mulheres com 2 a 3 filhos, 45,7%. As taxas mais altas de cesáreas entre mulheres com 2 a 3 filhos podem ser explicadas pelo grande número de mulheres com cesárea anterior e também, em parte, por cesáreas sendo usadas como meio para realizar uma ligação tubária.

Mulheres brancas tiveram 48,1% de cesáreas, as amarelas, 50%, enquanto mulheres pardas tiveram 32,5% e mulheres negras, 28,4%. Mas quando o nível de escolaridade foi acrescentado à análise, esta relação deixou de ser significativa para todos os grupos com exceção das mulheres com educação primária.

Escolaridade

A escolaridade nos dá uma dimensão das desigualdades raciais e econômicas no Brasil. Somente 5,9% das entrevistadas tinham curso superior. A diferença entre níveis de educação por grupos étnicos é expressiva: considerando-se as mulheres analisadas, que tiveram seu último filho nos cinco anos anteriores à pesquisa, 20% entre aquelas sem educação formal eram brancas e

73,6% eram pardas. Entre mulheres com primeiro grau, 29% eram brancas e 65%, pardas. Entre mulheres com educação superior, 66% eram brancas e 32%, pardas (apenas uma mulher negra foi encontrada neste grupo).

É esperado que as taxas de cesárea variem significativamente com o nível de escolaridade da mãe. Mulheres com melhor nível de educação tendem a ter taxas de cesárea mais altas do que mulheres com nenhuma ou pouca educação formal (Alessandra Chacham e Ignez Perpétuo, "Incidence of Caesarean Delivery in Belo Horizonte, Brazil: Social and economic determinants", 1998). Este padrão também foi encontrado nesta análise (Tabela 1): mulheres com nenhuma escolaridade tiveram taxas de cesárea de 14,8%; mulheres com primeiro grau incompleto, 21,9%; com primeiro grau completo, 34,2%; mulheres com segundo grau incompleto tiveram 44,7%; com segundo grau completo 55,7%; e, finalmente, mulheres com curso superior tiveram taxas de cesáreas de 72,8%.

O fator idade

A idade da mãe é outro fator que influencia a probabilidade de a mulher ter uma cesárea; mas esta também varia de acordo com a escolaridade da mãe: mulheres com maior nível de escolaridade tendem a ter filhos mais velhas do que mulheres com menos educação formal. As taxas de cesáreas variam tanto com a idade quanto com o nível de escolaridade da mãe: mulheres mais velhas tendem a ter taxas maiores de cesárea e mulheres com maior nível de escolaridade também tendem a ter mais cesáreas. Entretanto, entre mulheres com nível superior foram encontradas taxas altas de cesáreas em todos os grupos etários (Tabela 1). Outro exemplo: mulheres de 30 a 34 anos com nenhuma escolaridade tinham uma taxa de cesárea de 17,4%, enquanto que mulheres na mesma faixa etária, mas com curso superior, tinham uma taxa de 88,9%. Dentro de cada grupo, porém, a variação foi estatisticamente significativa por idade somente entre os segmentos das mulheres com nenhuma educação e primário incompleto, nos quais as taxas tendiam a ser baixas em todos os grupos etários.

Tabela 1. Taxas de Cesáreas, segundo escolaridade e idade da mãe. Brasil, 1996

Nível de Escolaridade	Grupos Etários						Total***
	15-19 (%)	20-24 (%)	25-29 (%)	30-34 (%)	35-39 (%)	40-45 (%)	
Nenhum	5,6	13,2	20,3	17,4	26,4	5,9	14,8
1 ^o grau incompleto	16,3	18,2	28,4	23,4	23,7	21,8	21,9
1 ^o grau completo	20,3	33,3	39,0	44,8	42,2	25,9	34,2
2 ^o grau incompleto	26,5	32,8	43,2	49,0	57,3	59,3	44,7
2 ^o grau completo	25,0	38,2	56,8	59,5	71,1	72,2	55,7
Superior	*	58,3	71,0	88,9	81,6	64,3	72,8
Total **	21,7	30,1	41,4	47,3	46,3	33,7	37,9

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

* Nenhuma mulher nesse grupo.

** Porcentagem de mulheres que fizeram cesárea por faixa etária.

*** Porcentagem de mulheres que fizeram cesárea por nível de escolaridade.

Cesáreas programadas

Entre 1.416 mulheres cujo último filho nasceu por cesárea, 52,9% tiveram cesáreas programadas, um índice extremamente alto. Dado o grande número de primíparas que tiveram partos cesáreos (38,8%), o peso das cesáreas programadas devido a cesáreas anteriores é uma possível explicação para este elevado percentual de cesáreas programadas. Outra possível explicação para o alto número de cesáreas eletivas é o uso da cesárea como principal meio de se obter uma esterilização em várias regiões do país: entre as mulheres que foram esterilizadas durante uma cesárea, 70% programaram o procedimento.

Não encontramos correlação entre cesáreas programadas e raça da mãe em nenhuma região. Outro achado interessante é que a proporção de cesáreas programadas em cada região não parece ter relação com a taxa total de cesáreas naquela região. Por exemplo, a região com maior incidência de cesáreas programadas foi a região Norte, com 58,4%. Já a região Nordeste teve o menor índice de cesáreas (25%), mas 49,5% destas foram programadas. Por outro lado, São Paulo teve o maior índice de cesáreas (57,1%) e o menor índice de cesáreas programadas (49%).

Tabela 2. Taxas de Cesáreas, segundo escolaridade e raça da mãe. Brasil, 1996

Nível de Escolaridade	Raça		
	Branca (%)	Parda (%)	Negra (%)
Nenhum	20,8	14,6	25,0
1º grau	40,4	24,7	21,4
2º grau	49,4	41,0	35,4
Superior	82,9	70,6	*
Total	48,1	32,5	28,4

Fonte: PNDS, 1996.

* Apenas uma mulher nesse grupo.

Níveis de esterilização

Entre as 12.612 mulheres entrevistadas, 3.578 estavam esterilizadas. Destas, 56,4% (ou 2.017) tinham sido esterilizadas durante uma cesárea. Não encontramos diferenças significativas entre a proporção de mulheres esterilizadas em cada grupo racial, assim como entre tipo de religião, nível educacional ou residência urbana ou rural da mulher. Há uma relação entre a idade com a qual a mulher foi esterilizada e seu nível de escolaridade: só 6,6% das mulheres com nível superior foram esterilizadas com menos de 25 anos, enquanto que, entre mulheres com primeiro grau completo ou menos, 22% foram esterilizadas com menos de 25 anos. Entre mulheres com nível superior, 40% foram esterilizadas entre 30 a 34 anos. Já entre mulheres com educação primária, 28% se esterilizaram neste período. Em relação à idade ao ser esterilizada, a diferença entre raças não é significativa em termos estatísticos.

Quando consideramos somente as mulheres esterilizadas durante uma cesárea, observamos que as taxas de esterilização não variam de acordo com a idade da mulher, ficando em torno de 56% para todos os grupos etários. Mulheres com 2 a 3 filhos são mais prováveis de terem sido esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres com qualquer outra paridade. Quando analisamos por região (Tabela 3), encontramos que no Rio de Janeiro e em São Paulo mais mulheres tendem a ser esterilizadas durante uma cesárea (73%) do que no Nordeste, onde 44% das esterilizações ocorreram durante uma cesárea.

Mulheres de áreas urbanas também são mais prováveis de terem sido esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres de área rural. Mulheres que foram esterilizadas durante uma cesárea também foram as que mais provavelmente pagaram elas mesmas pelo procedimento. Nenhuma relação foi encontrada entre a mulher ter sido esterilizada durante uma cesárea com as variáveis:

“satisfação com a esterilização”, “quem decidiu pela esterilização” e se a mulher “pensa que ainda pode engravidar”.

Em relação à raça, mulheres brancas são mais prováveis de serem esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres pardas ou negras; mas, novamente, quando se compara dentro de cada nível educacional não se encontram diferenças.

Mulheres com maior nível educacional são mais prováveis de serem esterilizadas durante uma cesárea: 78,6% das mulheres esterilizadas com nível superior o foram durante uma cesárea. Em contrapartida, somente 45% das mulheres com primeiro grau incompleto foram esterilizadas durante uma cesárea. Esta diferença sugere que mulheres de classe social mais elevada tendem a receber intervenções médicas de forma mais freqüente e intensiva do que mulheres mais pobres, mesmo quando estas intervenções não são medicamente justificadas.

Tabela 3. Taxas de Esterilização durante Cesáreas, segundo escolaridade da mãe e região.

Brasil, 1996

Nível de Escolaridade	Regiões							Total**
	RJ	SP	Sul	Centro-Leste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Nenhum	57,1	76,9	40,0	41,7	37,4	30,4	50,0	41,9
1 ^o grau incompleto	65,1	58,5	57,7	48,9	33,9	45,7	56,3	45,1
1 ^o grau completo	53,3	72,3	65,2	52,4	42,9	48,2	60,7	53,8
2 ^o grau incompleto	77,6	77,5	72,6	57,4	49,0	57,9	67,3	61,9
2 ^o grau completo	71,8	89,2	67,6	83,3	60,2	68,2	68,7	68,3
Superior	91,7	85,0	84,0	73,3	72,3	78,9	71,9	78,6
Total *	72,2	74,4	67,4	56,0	44,5	55,5	62,1	56,4

Fonte: PNDS, 1996.

* Percentual de mulheres esterilizadas durante uma cesárea por região.

** Percentual de mulheres esterilizadas durante uma cesárea para cada nível de escolaridade.

Da análise dos dados fornecidos pela PNDS-1996, conclui-se que: mulheres com maior nível de escolaridade tendem a apresentar taxas de cesáreas mais elevadas do que as constatadas em mulheres com nenhuma ou pouca educação formal; além do nível de escolaridade, outro fator que influencia as chances de a mulher ter uma cesárea é a idade, pois mulheres mais velhas tendem a ter taxas maiores de cesárea. Quanto ao fator raça, pode-se afirmar que as mulheres brancas

apresentam maior probabilidade de serem esterilizadas durante uma cesárea do que mulheres pardas ou negras. Mas, em relação aos níveis de esterilização, não foram detectadas diferenças significativas entre a proporção de mulheres esterilizadas em cada grupo racial, assim como entre tipo de religião, nível educacional ou residência urbana ou rural da mulher.

* Alessandra Sampaio Chacham é socióloga e doutora em Demografia pelo CEDEPLAR da Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é coordenadora de pesquisa do grupo MUSA – Mulher e Saúde, em Belo Horizonte.

Nota: Esta pesquisa foi desenvolvida em estágio de pós-doutoramento na University of Texas at Austin, com financiamento do CNPq. Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail achacham@terra.com.br

Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade

Estela María García de Pinto da Cunha*

Entende-se o processo saúde-doença-morte não somente como algo condicionado por fatores biológicos, mas também dependente dos processos sociais concretos, que vão formando grupos populacionais diferenciados no que diz respeito às condições de vida, que por sua vez interferem nos padrões patológicos particulares de adoecer e morrer.

Partindo desta visão, acredita-se ser necessário incorporar nos estudos que se propõem a explicar os diferenciais da mortalidade infantil segundo a raça/etnia da população tanto os aspectos biológicos como os sociais que a determinam.

Doenças raciais e riscos diferenciais

A literatura médica internacional e nacional permite constatar que algumas doenças podem ser catalogadas como raciais/étnicas, por serem prevalentes em determinados grupos populacionais raciais ou étnicos. A etiologia dessas doenças é em geral multifatorial, mas a predisposição biológica pode também desempenhar papel fundamental, isoladamente ou em interação com outros fatores, no aparecimento e evolução de algumas delas. Dentre as enfermidades sobre as quais há evidências importantes de um componente genético, destacamos: as anemias hereditárias (por exemplo, a falciforme), diabetes tipo II, doenças cardíacas, hipertensão arterial e miomas uterinos; todas de alta prevalência entre a população negra.

Ainda sobre os fatores genéticos que estariam influenciando a saúde da população negra, faz-se necessário identificar os riscos diferenciais, especialmente aqueles relacionados com a mortalidade fetal e perinatal, visto que as mulheres portadoras de diabetes, de miomas submucosos e de anemia falciforme apresentam maior incidência de abortamento espontâneo, menor tempo gestacional e maior prevalência de partos prematuros (Fátima Oliveira, "O Recorte Étnico e a Saúde Reprodutiva: Mulheres negras", 1999).

Contradições e desigualdades

No que se refere à dimensão socioeconômica, entende-se que o processo histórico de formação da sociedade capitalista brasileira implicou o desenvolvimento de uma complexa rede de

contradições sociais. Essas contradições criam e recriam critérios de seleção social e geram desigualdades sociais que, ao compreender e mesclar-se com as diversidades raciais, provocam um efeito duplo de contradições de classe e raça (Octavio Ianni, “A Questão Racial no Brasil”, 1991; C. Coimbra, “Minorias Étnico- Raciais, Desigualdades e Saúde: Considerações teóricas preliminares”, 1997).

Esses efeitos acumulados decorrentes das desigualdades ficam evidentes quando se analisa a apropriação econômica, de bens e serviços, e de direitos sociais, políticos e culturais que a população negra detém no Brasil, em comparação com a população branca. Essa apropriação se expressa na participação desigual no mercado de trabalho; nos baixos níveis de renda; na dificuldade de acesso aos sistemas formais de educação e saúde; e, por fim, nas oportunidades desiguais de mobilidade social.

A população negra está exposta a um ciclo de desvantagens cumulativas na mobilidade social intergeracional, fato este que a coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos para sua saúde.

Mortalidade infantil, raça e desigualdade

O projeto de pesquisa sobre Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira, que vem sendo desenvolvido no Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp), baseia-se em dados de fontes secundárias – censos demográficos e *surveys* – que, ao incorporarem o quesito cor, tornam-se as únicas fontes disponíveis, em âmbito nacional, que permitem análises desagregadas de mortalidade de menores de um ano segundo raça/etnia.

Os resultados dos vários estudos realizados no âmbito dessa pesquisa (Estela Cunha, 1986 a 2000) vêm apontando, sistematicamente, para um diferencial na mortalidade de menores de um ano dependendo da raça/etnia – no Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. O fenômeno se repete mesmo quando se controlam variáveis reconhecidas como condicionantes socioeconômicos desse evento.

Como se sabe, em países considerados em vias de desenvolvimento, a mortalidade em geral, e a infantil em particular, tem evidenciado modificações em seus níveis, padrões e causas, de forma mais acentuada desde o fim da década de 40. O Brasil tem sido, sem dúvida, um destes países. Os níveis de mortalidade infantil extremamente elevados que eram registrados anteriormente vêm diminuindo sistematicamente, graças, em parte, aos avanços na área médica, científica e

tecnológica, assim como às mudanças produzidas na esfera econômica e social do país. Esta tendência decrescente foi devida, principalmente num primeiro momento, ao controle das doenças infecciosas – sobretudo as diarreicas – e, posteriormente, à redução das doenças respiratórias.

Segundo estimativas derivadas de fontes de dados primários, a probabilidade de morte desde o nascimento até o primeiro ano de idade decresceu aproximadamente 75% no Brasil, no período 1940-2000, ao passar de 144,73 para 36 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos. Isto, contudo, não impede que, ao ser comparado aos níveis apresentados por outros países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, esse índice continue sendo considerado relativamente alto.

Quando se analisa o comportamento da mortalidade em distintos contextos socioeconômicos e em determinados grupos populacionais observam-se, também, diferentes tendências e níveis. A desigualdade social reflete-se em padrões diferenciais de condições materiais de existência, determinando que cada um desses padrões adquira uma capacidade de produzir expectativas de vida que lhes são próprias.

Maior risco para crianças negras

Os resultados de outros estudos dessa pesquisa do Nepo/Unicamp oferecem um panorama sobre os níveis de mortalidade de menores de um ano segundo declaração de cor da mãe. Das informações contidas na Tabela 1, o primeiro fato a ressaltar refere-se à manutenção da tendência de redução significativa (57%) nas taxas de mortalidade de menores de um ano no Brasil no período entre 1977 e 1993. Entretanto, quando se faz intervir a variável cor, constata-se que o índice de mortalidade infantil de brancos menores de um ano diminuiu 43% nesse período, enquanto a redução da mortalidade infantil negra aconteceu em nível significativamente menor, de apenas 25%.

Um segundo aspecto relevante é que as desigualdades raciais se acentuaram ao longo do tempo. Assim, enquanto a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos menores de um ano, segundo os dados do Censo de 1980, era de 21%, quase 20 anos depois este valor havia aumentado para 40%. Estes achados sugerem que, comparativamente, os filhos de mães negras aumentaram sua exposição ao risco de adoecer e morrer.

A partir dos níveis de mortalidade infantil, e assumindo um determinado padrão de mortalidade, é possível calcular o número médio de anos que se espera que uma determinada população irá viver. Na década de 80, a expectativa de vida da população brasileira como um todo era estimada em torno de 68 anos. Contudo, quando discriminada segundo a cor, essa estimativa revelou

números bastante diferenciados, que mostravam que os brancos tinham uma expectativa de vida média de 72 anos, enquanto os negros, de 65 anos. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e a negra – de sete anos – vem se mantendo quase constante desde a década de 1940, mesmo a despeito dos ganhos obtidos com a queda dos níveis da mortalidade geral.

Tabela 1. Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo cor da mãe.

Brasil, 1977, 1987 e 1993

	Branca	Negra*	Total**
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993***	37	62	37

Fonte: FIBGE, "Censos Demográficos – 1980", 1991; PNAD, 1995; tabulações especiais, Nepo/Unicamp

* Inclui as populações classificadas como parda e preta.

** Total = estimativa indireta derivada das informações provenientes das mulheres brancas e negras.

*** Estimativas de C. Simões e R. Cardoso, "Indicadores Sociais Mínimos", FIBGE, 1997.

Diferenças por zonas e regiões

A pesquisa do Nepo revelou também distintas condições de viver e morrer das crianças menores de um ano conforme residam em áreas classificadas como urbanas ou rurais. Os residentes em zonas rurais apresentam uma mortalidade 48% superior aos das áreas urbanas.

Esse diferencial aumenta significativamente quando se faz intervir a variável cor. Assim, as mães negras residentes em áreas rurais experimentavam, para cada mil nascidos vivos, 67 mortes a mais de filhos menores de um ano que as mulheres brancas que viviam em áreas urbanas. Estes resultados apontam, mais uma vez, o efeito do acúmulo de discriminações das crianças negras quando comparadas com as brancas em relação a suas chances de sobreviver.

Quando se analisam os dados desagregados segundo o lugar de residência da população, constata-se que, apesar da queda verificada no coeficiente de mortalidade infantil para o Brasil como um todo, este fenômeno não ocorreu com a mesma intensidade em todas as partes do país, mantendo-se graves disparidades regionais.

Observando-se a Tabela 2, verifica-se que os filhos de mães negras que vivem na região Nordeste estão sujeitos a um risco de morte 44% superior que os da região Sul, com valores de 66 e 37 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos, respectivamente.

Da mesma forma que para o total do país, os resultados desagregados por cor apontam a prevalência do padrão racial diferencial em todas as grandes regiões, sendo que as maiores diferenças entre os valores das taxas de mortalidade infantil entre negros e brancos podem ser observadas nas regiões que apresentam as menores taxas: 38% na região Sul e 33% no Sudeste.

A Tabela 2 também revela que os filhos de mães negras residentes na região Nordeste estão sujeitos a um risco 63% mais elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida, se comparados aos filhos de mães brancas que vivem na região Sul, o que significa uma sobremortalidade de 59 crianças para cada mil nascidos vivos.

Tabela 2. Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo cor e região. Brasil, 1987

	Branca	Negra*	Total**
Centro-Oeste	36	47	42
Nordeste	78	93	66
Norte	53	61	59
Sudeste	35	52	42
Sul	34	55	37

Fonte: "Censo Demográfico", FIBGE, 1991; tabulações especiais, Nepo/Unicamp, 1998.

* Inclui as populações classificadas como parda e preta.

** Total = estimativa indireta derivada das informações provenientes das mulheres brancas e negras.

São necessários mais estudos

As constatações assinaladas até aqui apontam para uma situação altamente desvantajosa da população negra em termos de condições materiais de vida e que se reflete notoriamente nos níveis de mortalidade dos menores de um ano.

Entretanto, é necessário esclarecer que os achados de diversas pesquisas, tanto nacionais como internacionais, apontam para o fato de que as análises da mortalidade infantil segundo raça e incorporando o controle de variáveis socioeconômicas – nível de renda, grau de instrução e grupo socioocupacional – não permitem explicar a totalidade das diferenças encontradas entre brancos e negros em relação a vários aspectos da saúde e, especificamente, à mortalidade infantil. Isso leva a pensar na necessidade da realização de futuras pesquisas que busquem aprofundar a análise dos condicionantes socioeconômicos, porém acrescentando especificidades biológicas, e, assim,

continuar elucidando as desigualdades raciais existentes no Brasil no que se refere ao processo saúde-doença-morte.

* Estela María García de Pinto da Cunha é pesquisadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp).

Nota: Para maiores informações sobre as referências bibliográficas e dados apresentados neste trabalho, contatar a autora pelo e-mail maira@nepo.unicamp.br

Publicações

O Livro da Saúde das Mulheres Negras: Nossos passos vêm de longe

Jurema Werneck, Maisa Mendonça e Evelyn C. White (orgs.)

Criola e Global Exchange

Rio de Janeiro, Pallas, 2000, 256 p.

Essa versão brasileira do *Black Women's Health Book* nasceu durante o 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em 1997, no Rio de Janeiro, e é o resultado do trabalho conjunto de mulheres afrodescendentes do Brasil e Estados Unidos.

Além de textos assinados por mulheres negras que abordam temas variados – como raízes negras, religião, feminismo, câncer, AIDS e aborto, entre outros –, destacam-se no livro: o artigo de Sueli Carneiro sobre “Raça e Etnia no Contexto da Conferência de Beijing”; e uma entrevista com a ativista norte-americana Angela Davis.

Mais informações: Criola

tel.: (21) 518.6194

e-mail: criola@alternex.com.br

Para Além do Racismo: Abraçando um futuro interdependente

Iniciativa Comparativa de Relações Humanas

The Southern Education Foundation

Atlanta, 2000, 100 p.

A Iniciativa Comparativa de Relações Humanas é um projeto de investigação sobre relações de poder entre pessoas negras e brancas no Brasil, África do Sul e Estados Unidos, desenvolvido pela Southern Education Foundation, de Atlanta (EUA). Seu objetivo é compreender como o racismo opera e se mantém, assim como as formas possíveis para superar suas consequências perversas.

Essa publicação traz uma visão geral sobre o Relatório Pleno elaborado pelo Grupo Internacional de Trabalho e Consultoria, que dirige o projeto e conta entre seus membros com especialistas dos três países, entre eles, Ana Maria Brasileiro, Edna Roland, Gloria Steinem, Paulo Sérgio Pinheiro e Peter Bell.

Além de comentários dos especialistas e depoimentos de brasileiros, sul-africanos e norte-americanos, o livro apresenta tabelas comparativas sobre o perfil estatístico das populações negra e branca nesses países, com dados sobre distribuição etária, expectativa de vida, mortalidade, escolaridade, renda e condições de vida. O trabalho traz também estatísticas sobre a condição de vida das mulheres, taxas de natalidade, fecundidade, mortalidade materna, prevalência de contraceptivos, remuneração e escolaridade.

Informações: SEF

tel.: (404) 523.0410

fax: (404) 523.6904

<http://www.beyondracism.org>

<http://www.sefatl.org>

Tirando a Máscara: Ensaio sobre o racismo no Brasil

Antonio Sérgio A. Guimarães e Lynn Huntley (orgs.)

The Southern Education Foundation

São Paulo, 2000, 434 p.

O livro é resultado de uma série de três seminários organizados pela Southern Education Foundation (Atlanta) e pelo Institute for the Development of South Africa (Cidade do Cabo), com a colaboração de ONGs negras do Brasil (Geledés, CEERT, Fala Preta! e CEAP).

O livro é dividido em quatro partes. Na primeira, são apresentados dois artigos que abordam as crescentes desigualdades raciais no país. A segunda parte reúne textos que analisam como essas desigualdades foram se tornando “naturais” e socialmente aceitas. A terceira seção dedica-se a registrar depoimentos de alguns militantes negros e ativistas feministas que compõem o atual movimento negro brasileiro. Já a quarta e última parte concentra-se na discussão de propostas concretas para o combate à discriminação racial no Brasil.

Informações: Ed. Paz e Terra

tel.: (11) 223.6522

fax: (11) 223.6290

e-mail: vendas@pazeterra.com.br

Protocolo Facultativo: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher

IIDH, Agende e Unifem

San José, 2000, 202 p.

Aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) mostrou-se um instrumento frágil, por não contemplar nenhum mecanismo de denúncia e de reparação nos casos de violação dos direitos das mulheres. Por isso, em 1999, foi adotado pela ONU o Protocolo Facultativo à CEDAW, para fortalecer a Convenção e colocá-la em pé de igualdade em relação a outros tratados e convenções internacionais. Até junho de 2000, 48 países já haviam assinado o Protocolo e cinco deles já o tinham ratificado.

A edição em português dessa publicação é uma iniciativa da Agende – Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento, em parceria com o Instituto Interamericano de Direitos Humanos, da Costa Rica, e contou com o apoio do Unifem (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher).

Além de trazer as íntegras da Convenção e do Protocolo Facultativo, a publicação apresenta comentários sobre seu conteúdo, estratégias para sua ratificação e algumas orientações sobre seu uso, a partir da análise de um caso hipotético de violação de direitos da mulher.

Informações: Agende

tel./fax: (61) 273.5801

e-mail: agende@tba.com.br

<http://www.agende.org.br>

Morbimortalidade Feminina no Brasil (1979-1995)

Elza S. Berquó e Estela Maria G.P. da Cunha (orgs.)

Campinas, Ed. Unicamp, 2000, 412 p.

Essa publicação representa a última etapa do projeto Estudo Multicêntrico sobre a Morbimortalidade Feminina no Brasil, desenvolvido pelo Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Nepo/Unicamp (Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas).

Segundo Elza Berquó, coordenadora-geral do programa, esse projeto de pesquisa já atingiu dois de seus objetivos principais: oferecer um quadro da saúde da mulher brasileira e contribuir para ampliar o intercâmbio entre pesquisadores/as de várias regiões do país.

O livro é acompanhado por um CD-ROM com todos os gráficos e tabelas apresentados, além do texto integral da obra. Com a publicação desse trabalho, atinge-se outro importante objetivo do projeto, que é disseminar seus resultados, visando conscientizar as comunidades e autoridades sobre a situação da saúde das mulheres e contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas, em especial aquelas voltadas para a saúde reprodutiva.

Informações: Ed. Unicamp

tel: (19) 3788.1015

tel./fax: (19) 3788.1100

Trabalho e Gênero: Mudanças, permanências e desafios

Maria Isabel Baltar da Rocha (org.)

ABEP, Nepo/Unicamp e Cedeplar/UFMG

São Paulo, Ed. 34, 2000, 384 p.

O livro é resultado do Seminário “Trabalho e Gênero: Mudanças, permanências e desafios”, realizado em Campinas, em abril de 1998. Esse evento foi uma iniciativa da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) e contou com o apoio do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp), do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG) e da Fundação MacArthur.

Os treze artigos apresentados estão divididos em três seções, que correspondem às mesas-redondas do Seminário: “Dinâmica e perfil do mercado de trabalho: onde estão as mulheres?”; “Processos de trabalho e gênero: o que muda e o que permanece?”; e “Trabalho, gênero e raça: quais os desafios políticos?”.

Cada seção é encerrada com as reflexões e comentários das relatoras das mesas-redondas: Paula Montagner, Sonia Corrêa e Mary Garcia Castro.

Informações: Nepo/Unicamp

tel.: (19) 788.5890

fax: (19) 788.5900

e-mail: nepo@nepo.unicamp.br

Cedeplar/UFMG

tel.: (31) 279.9100

fax: (31) 201.3657

e-mail: cedeplar@cedeplar.ufmg.br

Bioética: Vida e morte femininas

Alejandra Rotania (org.)

RedeSaúde e SOB

Rio de Janeiro, 2000, 104 p.

Produzida com o apoio da RedeSaúde e da Sociedade Brasileira de Ostomizados, essa publicação reúne algumas reflexões surgidas a partir do Seminário “Bioética: Vida e morte femininas”, promovido pela Regional Rio de Janeiro em junho de 2000.

Segundo a organizadora da publicação, Alejandra Rotania, o livro proporciona uma amostra da diversidade de enfoques sobre o tema da bioética na atualidade, abordando tanto as questões consideradas “tradicionais” (mortalidade materna, aborto, modelos e práticas de assistência à saúde) quanto as que dizem respeito às chamadas “tecnologias de ponta” (reprodução assistida, clonagem e biotecnologias).

Informações: RedeSaúde

tels.: (11) 3813.9767 / 3814.4970

fax: (11) 3813.8578

e-mail: redesaude@uol.com.br

Lançamento

Perspectivas fala sobre raça e etnia

Em seu quarto número, a revista ***Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos***, editada pela Fundação MacArthur no Brasil, dedica-se a debater o tema da raça/etnia.

A escolha desse tema – um dos focos centrais do Programa de População da Fundação MacArthur – foi estratégica, pois um dos objetivos dessa edição é contribuir para o debate preparatório para a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, que irá acontecer em setembro, na África do Sul.

Coordenada por Jaqueline de Camargo, *Perspectivas* é uma revista semestral e temática. Nos números anteriores, diversas questões relevantes sobre saúde e direitos reprodutivos foram discutidas a partir das seguintes abordagens: comunicação e ética; protagonismo juvenil; e participação masculina e masculinidades. A escolha do enfoque central de cada edição está a cargo de um comitê composto por profissionais e lideranças de excelência no campo da saúde e direitos reprodutivos, como Fátima Pacheco Jordão, Jacqueline Pitanguy, Sueli Carneiro e Magaly Marques, coordenadora nacional da Fundação MacArthur.

Informações: Fundação MacArthur

tel.: (11) 5505.2527

fax: (11) 5505.5316

e-mail: fundmacarthu@originet.com.br

Correção

A Resenha da edição anterior (nº 22 – novembro/2000) deixou de informar que o livro *Histórias para Contar: Retrato da violência física e sexual contra o sexo feminino na cidade do Natal* foi resultado de uma pesquisa de iniciativa da Casa Renascer/RN.

O estudo Diagnóstico da Violência Física e Sexual Contra o Sexo Feminino na Cidade do Natal foi coordenado por Analba Brazão e contou com a participação da assistente social Keilla Mello e com o apoio de diversas entidades e pessoas, entre pesquisadores/as, agências financiadoras e centros de pesquisas em universidades de várias regiões do país.

A publicação foi iniciativa da Casa Renascer e do NIGS (Núcleo de Identidades de Gênero da Universidade Federal de Santa Catarina) e foi financiada pela Amencar (Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente).

Informações: Casa Renascer

tel.: (84) 202.3220 / fax: (84) 202.7005

e-mail: renascerassessoria@terra.com.br