

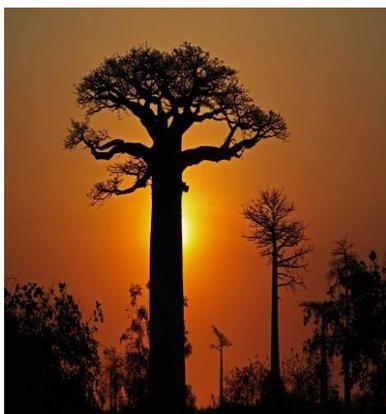
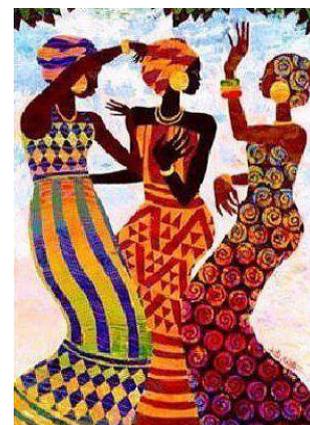
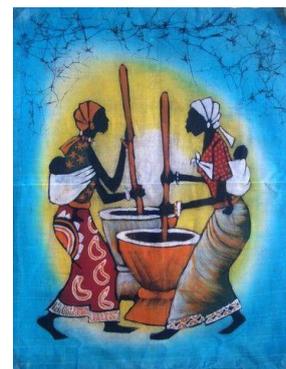


UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
LICENCIATURA INTERDISCIPLINAR EM ESTUDOS  
AFRICANOS E AFRO-BRASILEIROS



ELISANDRA CANTANHEDE RIBEIRO

ANEMIA FALCIFORME E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA: elementos para  
análise no Estado do Maranhão



SÃO LUÍS  
2019



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
LICENCIATURA INTERDISCIPLINAR EM ESTUDOS AFRICANOS E AFRO-  
BRASILEIROS**

**ELISANDRA CANTANHEDE RIBEIRO**

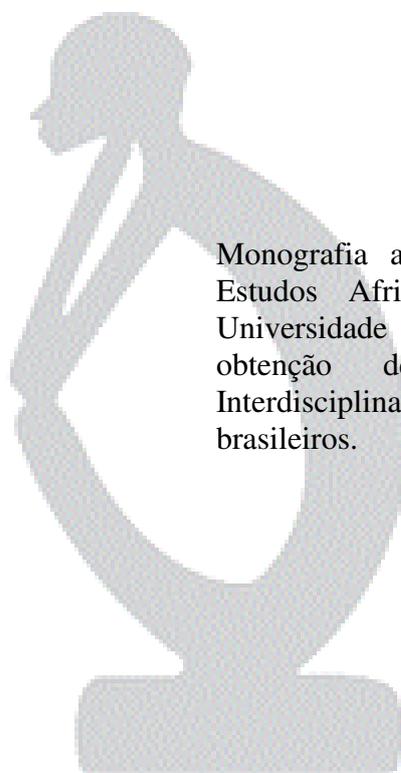
**ANEMIA FALCIFORME E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A  
POPULAÇÃO NEGRA: elementos para análise no Estado do Maranhão**



**SÃO LUÍS  
2019**

**ELISANDRA CANTANHEDE RIBEIRO**

**ANEMIA FALCIFORME E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A  
POPULAÇÃO NEGRA: elementos para análise no Estado do Maranhão**



Monografia apresentada à Coordenação de Estudos Africanos e Afro-brasileiros, da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção de grau em Licenciatura Interdisciplinar em Estudos Africanos e Afro-brasileiros.

SÃO LUÍS  
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cantanhede Ribeiro, Elisandra.

ANEMIA FALCIFORME E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA  
A POPULAÇÃO NEGRA: : elementos para análise no Estado do  
Maranhão / Elisandra Cantanhede Ribeiro. - 2019.

60 p.

Coorientador(a): Antonio Evaldo Almeida Barros.

Orientador(a): Rosenverck Estrela Santos.

Monografia (Graduação) - Curso de Estudos Africanos e  
Afro-brasileiros, Universidade Federal do Maranhão, São  
Luis, 2019.

1. Anemia Falciforme. 2. Políticas Públicas. 3.  
Saúde da população Negra. I. Almeida Barros, Antonio  
Evaldo. II. Estrela Santos, Rosenverck. III. Título.

**ELISANDRA CANTANHEDE RIBEIRO**

Aprovada em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Rosenverck Estrela Santos  
(Orientador)

---

Prof. Me. Maria Da Guia Viana  
1º Examinadora

---

Prof. Ms. Richard Christian Pinto dos Santos  
2º Examinador

## AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente aos meus pais, Maria Izabel Cantanhede e João Bispo Ribeiro, pois, sem os seus sacrifícios, que fizeram que me tornasse esta mulher ou pessoa que sou hoje, não teria alcançado tais conquistas da minha vida, seja profissional ou pessoal. Obrigado por tudo que fizeram por mim. Agradeço as minhas irmãs Elizania minha companheira de curso que sempre esteve comigo dentro e fora da sala de aula, a Elisangela, Geysa e meu irmão José Hilton, que sempre estiveram na torcida para que tudo pudesse dar certo.

Aos meus filhos, Joeberth e Maria Julia pela paciência que sempre tiveram pelos tempos de ausências.

Aos meus orientadores Antonio Evaldo Almeida Barros e Rosenverck Estrela Santos pelo apoio dado nesse momento mais especial do curso, tornando possível a finalização deste trabalho.

À professora Maria da Guia Viana e ao professor Richard Christian Santos por fazerem parte da minha banca, estando presentes nesse momento tão especial da graduação.

Aos meus sobrinhos Alisson, Patrick Jonas, Clara Isabelly, quem tanto amo.

Aos meus primos e amigos por estarem sempre comigo.

Às minhas amigas e amigos de todas as horas inseparáveis que conquistei ao longo do curso em especial a turma de 2015, que como primeira turma da graduação de estudos africanos tornou-se possível aprendizados inimagináveis a cerca da temática e também os momentos de encontros, festividades enfim os momentos compartilhados.

A minhas amigas Maria Joanilde, Elzilene, nos momentos de cansaço mental e estresse, por terem sido compreensivas, me apoiando, confiando em mim e me impulsionando para frente cada vez mais. Agradeço por me ensinarem que amizade verdadeira é aquela que apenas acrescenta coisas boas na sua vida, sempre te apoiando a buscar realizações e um futuro melhor. Aos meus amigos e familiares da comunidade e da igreja na qual eu faço parte, pois me incentivaram sempre que necessário.

Aos grupos de pesquisa NEAFRICA e NEAB, que me proporcionaram um conhecimento para além do campo da academia e me fizeram adentrar novos espaços que antes não tinha noção de quão significativos eram para mim.

Agradeço a cada professor deste curso que me acompanharam durante a minha vida acadêmica, Antonio Evaldo o professor mais intenso que pude conhecer e amigo, Rosenverck Estrela professor que te inspira a ser professor pelo modo como dar uma aula, demonstra seu amor pelo que faz, Richard Christian um excelente professor, luta constantemente para que o

negro seja realocado no seu espaço de direito, Carlos Benedito nosso mestre que com sua sabedoria nos ensina o valor de ser negra(o) e a importância de lutar pela melhoria da vida da população negra, Cidinalva Neris a professora sempre disposta a colaborar com os alunos seja pessoal ou profissional e é exemplo de superação e de como pode se ultrapassar as barreiras que são lhes emposta, Katia Regis sempre sensata e que com sua força consegue buscar a cada dia o melhor para o curso, e mostrando que a mulher negra pode esta em qualquer espaço que desejar, Luís Alves incansável para difundir a sabedoria ancestral africana e afro brasileira e é nossa biblioteca ambulante incentivado a todo momento a ler, pois dessa maneira podemos avançar futuramente na educação, Marcelo Pagliosa grande incentivador da arte e da cultura que através das suas grandes leituras que contagia à todos, Maria da Guia referência enquanto professora negra que alcançou objetivos na vida e que colabora para que os alunos possam também dar esse passo à frente, Pollyanna Mendonça nossa diva sempre bela ,mas com o profissionalismo que contagia, grande incentivadora dos alunos, Savio Dias jeito de menino mas com uma inteligência que ultrapassa os muros do inimagináveis, exemplo de luta e persistência, Claudimar Durans tenho pouco a falar mais pelo pouco que conheço dedicada e também exemplo de profissional que busca alcançar seus objetivos , Tereza Lafontaine uma professora querida que gostamos e que nos ensinou que podemos superar desafios, Graça Reis com sua calma e paciência nos deus exemplos de sabedoria ancestral, Grace Kelly mesmo não sendo nossa professora mas nos ensinou que a mulher negra tem uma força e uma sabedoria gigante e que te leva para onde desejares ir. Agradeço à tantos outros que durante esse longo período de curso que me possibilitaram um novo aprendizado, que levarei para minha vida.



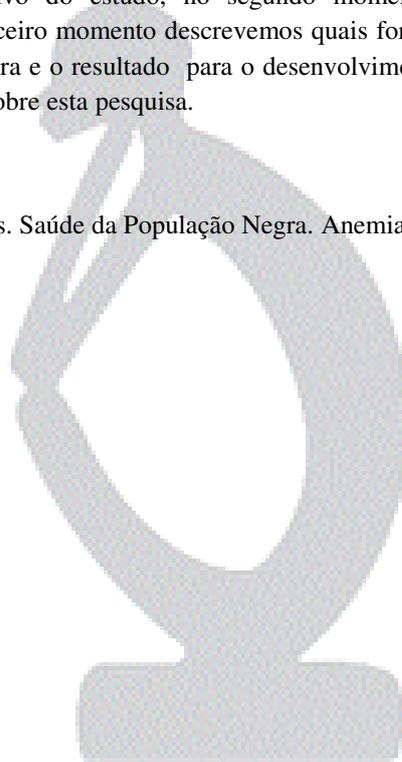
“Para se chegar a lugares onde ainda não estivemos, é  
preciso passar por caminhos pelos quais ainda não  
passamos”.

Mahatma Gandhi

## RESUMO

Esta pesquisa objetiva fazer uma análise bibliográfica sobre os processos de implementação das políticas públicas de saúde da população negra no Maranhão, contextualizando a população negra na historiografia brasileira e apresentando dados acerca da saúde dessa população, evidenciando como o estado tem se preocupado em colocar em suas agendas essas políticas públicas de saúde relacionadas à população negra, levando questionamento de como tem se desenvolvido o programa de Anemia Falciforme no Maranhão e as ações para o atendimento das mulheres, que abarquem suas principais demandas relacionadas à saúde. Para o desenvolvimento dessa pesquisa partimos para a análise da formulação dessas políticas públicas elencando os fatores que levaram a criação de políticas específicas para a população negra, problematizando algumas questões como: Qual a relevância em se estudar as políticas públicas de Saúde da População Negra? A quem estão direcionadas essas políticas de saúde? Quais foram os fatores que levaram a formulação de tais políticas? Quais as principais demandas das mulheres no campo da saúde? Quais as realidades enfrentadas pelos doentes falciformes? Para responder tais questionamentos desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica, no primeiro momento apresentaremos o objetivo do estudo, no segundo momento faço uma análise das pesquisas relacionadas ao contexto e no terceiro momento descrevemos quais foram os desdobramentos até as políticas públicas de saúde da população negra e o resultado para o desenvolvimento de tais políticas, e faremos por fim as nossas considerações finais sobre esta pesquisa.

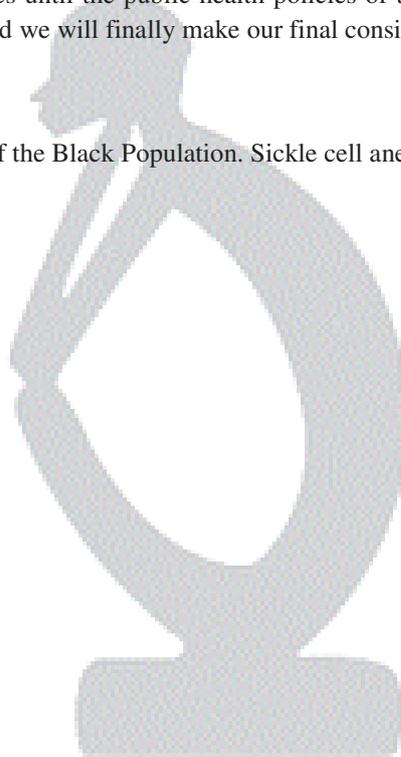
**Palavras- chaves:** Políticas Públicas. Saúde da População Negra. Anemia Falciforme.



## ABSTRAT

This research aims to make a bibliographical analysis on the processes of implementation of public health policies of the black population in Maranhão, contextualizing the black population in Brazilian historiography and presenting data about the health of this population, showing how the state has been concerned to put in their agendas these public health policies related to the black population, leading to questioning how the Sickle Cell Anemia program in Maranhão has been developed and to actions for the care of women, covering their main health-related demands. For the development of this research we start to analyze the formulation of these public policies, listing the factors that led to the creation of specific policies for the black population, problematizing some questions such as: What is the relevance in studying the public policies of black population health? Who are these health policies addressed to? What were the factors that led to the formulation of such policies? What are the main demands of women in the health field? What are the realities faced by sickle cell patients? To answer such questions we developed a bibliographic research, in the first moment we will present the objective of the study, in the second moment I analyze the research related to the context and in the third moment we describe what were the consequences until the public health policies of the black population and the result. for the development of such policies, and we will finally make our final considerations on this research.

Keywords: Public Policies. Health of the Black Population. Sickle cell anemia.



## LISTA DE SIGLAS

**AMNB** - Associação das Entidades de Mulheres Negras Brasileiras

**ACONERUQ**- Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas

**ADCT**- Ato das Disposições constitucionais Discriminatórias

**APAE**- Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

**CCN** - Centro de Cultura Negra

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**CONAQ**- Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas

**CTSPN**-Comitê Técnico de Saúde da População Negra

**EIR** - Estatuto da Igualdade Racial

**FENAFAL** - Federação Nacional das Entidades de Pessoas com Doença Falciforme

**GTI**- Grupo de Trabalho Interministerial

**HEMOMAR**- Centro de Hematologia e Hemoterapia

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IPEA**- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**ISER** -Instituto de Estudos da Religião

**LDO** - Lei de Diretrizes Orçamentárias

**LOA** - Lei de Orçamento Anual

**MS**- Ministério da Saúde

**OEA**-Organização dos Estados Americanos

**OPS**-Organização Pan-Americana de Saúde

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**ONU**- Organização das Nações Unidas

**PNHD**-Programa Nacional de Direitos Humanos

**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PT** - Partido dos Trabalhadores

**PPA** - Plano Pluri Anual

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira

**PESIPN**- Política Estadual de Saúde Integral da População Negra

**SEDHIPOP**- Secretaria de Direitos Humanos e Participação Popular

**PAISM**-Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNSIPN**- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

**SAE**- Serviço Ambulatorial Especializado em Aids

**SEIR** - Secretaria de Estado Extraordinária de Igualdade Racial

**SEPPIR**- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

**SES**- Secretária de Estado de Saúde

**SUS**- Sistema Único de Saúde

**UFMA**- Universidade Federal do Maranhão



## SUMÁRIO

### **1. INTRODUÇÃO**

**2. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO CONTEXTO BRASILEIRO : uma síntese histórica da ação das mulheres e do movimento negro**

**3. RACISMO E SAÚDE: a invisibilidade da população negra**

**4. ANEMIA FALCIFORME E A POLÍTICA NACIONAL E ESTADUAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

**5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**REFERÊNCIAS**



## 1. INTRODUÇÃO

A trajetória de desigualdade da população negra<sup>1</sup> existe antes mesmo do período da abolição da escravidão no Brasil, a partir de sua vinda nos navios negreiros<sup>2</sup>, quando de forma desumana e brutal foram arrancados de suas raízes e jogados em outros territórios distante de sua cultura e de seus familiares. Essa vinda teve consequências negativas e segue até os dias atuais. Coube aos negros africanos um logo processo de reestruturação e uma adaptação às novas realidades encontradas no novo mundo. Todo o processo de entrelaçamentos vivenciados pela população negra, população indígena e a população branca, transformaram o que conhecemos hoje de Brasil.

E para tanto, quando agregamos o quesito cor para identificarmos a sociedade brasileira, sejam elas dentro do campo da saúde, da educação, do trabalho ou até mesmo da moradia etc. podemos identificar todo o retrospecto de desigualdade vivenciado pela população negra. Os negros e os índios foram sempre deixados à margem dentro desse processo de integração de culturas que fora transformada a nação. Durante todo o período da formação brasileira coube aos negros os espaços mais “subalternos”, eram os negros que trabalhavam nas lavouras, nos moinhos de açúcar, nas minas etc. Eram obrigados a trabalharem em jornada exaustiva de trabalho braçal e ainda viviam assombrados pelas possibilidades dos castigos.

Durante muitos séculos os negros foram obrigados a viverem nessas condições, pois viviam sob os domínios de uma elite branca portuguesa. Mas cabe destacar que os negros não foram passivos diante de tamanhas injustiças na qual eram submetidos. Como afirma Silva (2008, p.34),

Chegando ao Brasil, os escravizados eram vendidos nos portos, em leilões. Pouco tempo depois já estavam trabalhando nos engenhos de açúcar, nas plantações de algodão ou fazendo serviços domésticos. Os que trabalhavam nas lavouras eram chamados de “negros do eito”, viviam sob fiscalização de um feitor e trabalhavam em média 15 horas por dia. Quando desobedeciam às ordens, podiam sofrer vários tipos de castigos, geralmente aplicados em públicos para que outros se intimidassem.

E esse longo processo de escravização está refletido dentro dos espaços onde podemos conceber a população negra, que hoje apesar de se auto identificar enquanto maioria

---

<sup>1</sup>Identificados como pretos e pardos, com descendência africana, formada pelas categorias do censo.

<sup>2</sup>Conhecidos também como Tumbeiros, faziam o traslado de negros do continente africano para América. O tamanho, bem como divisão interna, variaram ao longo dos séculos, chegando a existir divisões específicas para crianças, mulheres grávidas e idosos. Mas muitos negros vinham amontoados no porão sem as mínimas condições de higiene. (SILVA, 2008, p.38).

da população brasileira, mas ainda assim esta relegado aos espaços subalternos, às margens, onde encontramos apenas uma minoria branca que ocupa os espaços de “poder”.

E quando traçamos uma linha do tempo, para especificar a real situação da população negra, podemos visualizar as sucessivas demandas, fruto das lutas em busca de seus direitos essenciais, como saúde e educação. Mas ainda assim esses direitos foram negados e negligenciados durante um longo período da história.

Ao traçarmos um panorama da saúde da população negra todas as demandas por políticas públicas de saúde que abarcassem tais solicitações para melhorar a qualidade de vida e a qualidade no atendimento, foram e permanecem ainda hoje negligenciadas principalmente pelo poder público.

As políticas existentes nos dias atuais, (leia-se) frutos das reivindicações do movimento negro, não são efetivadas e muito menos garantidas. São amplamente descuidadas pelos “detentores do poder” se tratar de problemas de racismo explícito, que tem se estruturado ao longo de muitos anos quando diz respeito a esta população, não se importam em cumprir leis ou diretrizes, negligenciam tais atendimentos ou não dão informações necessárias para a população quando necessita da mesma.

A relação do processo das políticas e do atendimento relacionados a essas demandas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS<sup>3</sup>), que deveria em tese ser um espaço de políticas eficazes para população mais pobre, ainda assim o SUS é marcado por muitos entraves que dificultam seu dinamismo e isso tem dificultado o processo da qualidade do atendimento, nas unidades de saúde, principalmente do SUS.

A saúde da população negra deve ser entendida a partir de suas especificidades, que não são levadas em consideração quando as suas demandas são solicitadas. Para Mandarino; Gomberg (2012, p. 25), essa população deve ser entendida a partir de suas particularidades, pois há uma distinção entre essas particularidades,

A saúde da população negra pode passar a ser vista e entendida a partir da dimensão da particularidade, uma vez que alguns dos problemas de saúde por ela enfrentados vão além do biológico e perpassam pelas relações sociais e culturais historicamente construídas no Brasil.

Após 130 anos “abolição” oficialmente decretada em 13 de maio de 1988, a constituição da temática racial no campo da política pública brasileira, ainda está por ser acabada. E isso não se dá apenas pela dificuldade de abordagem da temática, mas pelo

---

<sup>3</sup> Sistema Único de Saúde é um modelo de prestação de serviços ações de saúde no âmbito nacional, com concepção unificada, organizado de uma forma regionalizada e hierarquizada.

silenciamento do estado e da sociedade que resiste em problematizar tais questões. Os apontamentos acerca das políticas públicas, mediante as quais o Estado necessita estar presente concretizando direitos, rompendo iniquidade, fortalecendo a coesão social e ainda obstruindo círculos viciosos de reprodução de desigualdade parecem ainda ausentes no caso da demanda racial no que diz respeito à população negra.

O debate em torno políticas a cerca da população negra deve ser lançado à frente dos principais contextos brasileiros, e principalmente dando respostas as solicitações da população que necessita dos subsídios acerca dos elementos analisados dentro dos espaços das academias. Necessitamos dar respostas às solicitações feitas pela comunidade e é imprescindível não apenas aprimorar os diagnósticos sobre a situação presente da saúde da população negra, mas recuperar o passado e resgatar as influências e os fatores que explicam a configuração desse presente.

Após o longo período de escravidão, aos negros não lhes foi dado à oportunidade de acesso aos direitos essenciais como: saúde, educação, moradia, etc. Coube aos negros à reestruturação de sua própria vida, articulando-se mutuamente e lutando para construção de um novo modo de viver. A falta de políticas públicas até mesmo no período da abolição, que incluíssem esta população nos processos produtivos e sociais, assim como o imaginário sobre sua inferioridade e o tratamento desigual, contribuiu para a continuidade de sua marginalização na sociedade brasileira no período pós- abolição. E isso fez com que para os negros lhes restassem somente o espaço da margem, com assinala Fernandes (2008, p.35).

[...] Como não se manifestou qualquer impulsão coletiva que induzisse os brancos a discernir a necessidade, a legitimidade e a urgência de reparações sociais para proteger o negro (como pessoa ou como grupo) nessa fase de transição, viver na cidade pressupunha, para ele, condenar-se a uma existência ambígua e marginal. Em suma a sociedade largou o negro ao seu próprio destino, deitando sobre os ombros a responsabilidade de se reeducar e de se transformar para corresponder aos novos padrões e ideais de ser humano, criados pelo advento do trabalho livre, do regime republicano e do capitalismo. Em certas situações histórico-sociais. [...]

Apesar de terem sido largados à própria sorte, mas durante o período escravista os negros, se organizavam coletivamente para se livrarem das injustiças cometidas pelos senhores de engenho, dos castigos nos quais eram submetidos e até mesmo para fugirem das fazendas. Eles se uniam, apesar de serem de países distintos e tinham sua comunicação dificultada, mas como forma de resistência, arranjavam maneiras para se comunicarem. Podemos destacar diversas movimentos de resistência dos negros e um dos movimentos que

podemos destacar é a fuga para os quilombos<sup>4</sup>, bandoleirismo<sup>5</sup>, infanticídio<sup>6</sup> cabe destacar também o movimento liberal abolicionista que passa a ganhar forças, desenvolvendo ideias para acabar com a escravidão e o comércio de escravos durante o século XIX. Com o resultado de todo esse processo de luta foi promulgada em 13 de maio de 1888 a Lei Áurea encerrando um longo período escravagista. A Lei 3.353 que podemos dizer que foi tardiamente sancionada, tendo em vista que já possuía uma grande parte da população negra liberta, fruto das recorrentes lutas da população negra, que já estavam em grande número nos quilombos e até mesmo nas ruas, onde muitos trabalhavam para comprar suas alforrias, eram conhecidos como os escravos de ganho<sup>7</sup>.

Após a promulgação da Lei Áurea, a população negra ainda vivia às sombras da escravidão clandestina, o tráfico transatlântico de escravos ainda perdurou por algum tempo, somente com as pressões externas e com as importantes revoltas ocorridas nesse período podemos considerar o fim da abolição oficialmente decretada. Durante esse período os negros ganharam importantes aliados, pela luta de libertação daqueles que ainda viviam sob regime de escravidão, e também aqueles que foram largados, sem nem uma assistência. E durante esse período os negros ganham um importante aliado que são os periódicos e as revistas.

Durante os séculos XIX e XX houve um grande número de periódicos e revistas que contribuíram para que a luta da população negra por melhores condições de vida fossem visualizadas. E esses periódicos serviram como instrumento de denúncias de atos praticados contra esta população. As desigualdades eram perceptíveis entre os negros e os brancos, a segregação espacial em decorrência do preconceito racial também eram notáveis,

---

<sup>4</sup> No passado constituíram-se de locais de refúgios para os negros escravizados, segundo o conselho ultramarino de 1740 “todo agrupamento que passasse de cinco, ainda que não tivesse ranchos levantados em parte despovoada nem se achassem pilões neles”. O termo quilombo tem assumido novos significados na literatura especializada e também para grupos, indivíduos e organizações. Ainda que tenha um conteúdo histórico, o mesmo vem sendo ‘ressemantizado’ para designar a situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos do Brasil. (...) Contemporaneamente, portanto, o termo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma nem sempre foram constituídos a partir de uma referência histórica comum, construída a partir de vivência e valores partilhados. Neste sentido, constituem grupos étnicos conceitualmente definidos pela Antropologia como um tipo organizacional que confere pertencimento através de normas e meios empregados para indicar afiliação ou exclusão (...) No que diz respeito a territorialidade desses grupos, a ocupação da terra não é feita em termos de lotes individuais, predominando seu uso comum. A utilização dessas áreas obedece a sazonalidade das atividades, sejam agrícolas, extrativistas e outras, caracterizando diferentes formas de uso e ocupação do espaço, que tomam por base laços de parentesco e vizinhança, assentados em relações de solidariedade e reciprocidade.

<sup>5</sup> Guerrilhas contra os povoados e viajantes para rebelar-se contra escravidão.

<sup>6</sup> As mães matavam seus próprios filhos para não serem escravizados

<sup>7</sup> Os escravos de ganho eram escravos que, no período colonial e no Império, eram capturados pela elite em batalhas, realizavam tarefas remuneradas a terceiros, e repassava parte da quantia recebida para o seu senhor.

denunciavam também as dificuldades que os mesmos encontravam no período pós-abolição por não terem empregos, local para viverem e até mesmo a alimentação.

O papel da Imprensa Negra<sup>8</sup> durante muito tempo foi significativa, pois os negros eram colocados em destaques, às denúncias também eram recorrentes. Um dos importantes pasquins como era conhecido anteriormente o jornal, foi o “O homem de côr”<sup>9</sup>, A Imprensa Negra teve um papel significativo para emancipação dos negros.

A Imprensa Negra do início do século XX é marcada pelo tom de reivindicação de inclusão na sociedade brasileira, esse período dura até 1937, com a instauração do Estado Novo e o fechamento de partidos políticos e jornais. Havia nesse momento uma grande organização nacional de negros, a “Frente Negra Brasileira<sup>10</sup>”, com qual estiveram ligados os principais jornais negros da época: “A Voz da Raça” e o próprio “O Clarim d’Alvorada”, que girava sob a tutela de José Correia Leite. Roger Bastide muito reproduziu nas décadas de 1920-1930, nos jornais da imprensa negra paulista, assim descreve Bastide em sua amostra.

Em primeiro lugar, raramente é uma imprensa de informação: o negro letrado lê o jornal dos brancos, é uma imprensa que só trata de questões raciais e sociais, que só se interessa pela divulgação de fatos relativos a gente de cor (...) Esses jornais procuram primeiramente agrupar os homens de cor, dar-lhes o senso de solidariedade, encaminha-los, educa-los a lutar contra o complexo de inferioridade, superestimando valores negros fazendo apologia aos grandes atletas e músicos, estrelas de cinema de cor. É pois um órgão de educação. Em segundo lugar, é um órgão de protesto. (...) outro caráter comum a toda imprensa afro-americana é a importância dada a vida social, bailes às festas, as recepções, aos nascimentos, casamentos e mortes – a exigência sociológica de mostrar status social e sua honorabilidade. (BASTIDE, 1973, P.130)

Ainda na década de 1930, com o movimento social, os negros conseguiram se articularem enquanto unidade para reivindicarem os seus direitos, direitos esses fundamentais para a melhoria da situação em que se encontravam os negros, porque até então não eram vistos como “gente”. O movimento social negro lutou pela garantia dos direitos essenciais como: direitos educacionais, direito à saúde, a terem uma moradia digna e até mesmo do direito à vida, e essa situação ainda hoje vem sendo reproduzida. As lutas constantes para que sejam implementadas políticas que abarque os direitos da população negra para que não vivam em constante busca por garantias de direitos essenciais.

Para que a realidade desses sujeitos que foram imersos na sociedade sem nem um tipo de assistência desde o momento do pós-abolição, foram necessários muitas reivindicações e contínuos debates. E que a pauta relacionada à população negra fosse

---

<sup>8</sup>Jornais de autoria negra que denunciava o racismo e lutava pela cidadania dos negros no período da escravidão.

<sup>9</sup> fundado em 1833, com objetivo de denunciar as condições de tratamento em que os negros sofriam e também lutavam pela cidadania dos negros no Brasil.

<sup>10</sup>

debatido dentro do cenário político brasileiro, com a garantia dos direitos que até então eram negados e negligenciados foi necessário intensivos debates e elaboração de cartas e da presença significativa da sociedade civil organizada enquanto movimento social. Com todas as pressões, do movimento social negro no país e da pressão internacional, começa a se desenhar as primeiras políticas que abarque a população negra.

A consolidação, o reconhecimento e a valorização dos direitos dos seres humanos passam pela compreensão de que as desigualdades raciais no Brasil são estruturantes da formação do país. O conhecimento sobre as condições sociais da população negra são necessárias para que os gestores públicos e a população em geral compreendam a necessidade de se conceber uma sociedade plural, respeitando os direitos por serem diversos.

Após as reivindicações do Movimento Social Negro, que começaram a produzir pesquisas a cerca da população negra para que o governo tomasse conhecimento de quais eram suas principais reivindicações e suas demandas solicitadas, essas pesquisas eram disponibilizadas e que esses dados em relação a população foram solicitados que fossem inserido o quesito cor para se ter uma real condição dos negros, quando fossem feitas tais investigações, levando em considerações quesitos referentes aos direitos essenciais. Apesar de todo esforço ainda assim as demanda não foram supridas, devido a quantidade de pesquisadores dentro dos estados e os incentivos financeiros, que com sua redução dificultam a realização das pesquisas e conseqüentemente a demora para efetivação das políticas existentes, mas que não são efetivadas.

Ao discutir e analisar a inserção do negro na dinâmica social do Brasil deve-se questionar a real inclusão da população negra enquanto ator social e político na organização da estrutura da sociedade. Pois tratar da questão racial no Brasil está diretamente vinculada à problemática da desigualdade social e as condições socioeconômicas, políticas e culturais, que influem diretamente sobre a saúde de uma população de múltiplas e diferenciadas formas.

As noções de saúde, doença e seus agravos são também interpretados de maneiras diversas, no caso da população negra, onde o meio ambiente limita o direito natural de pertencimento e determina as condições especiais de vulnerabilidade. Para Fátima (2010)

[...] As condições materiais de vida, (meio Ambiente físico, social, político e cultural) influenciam de modo contundente, ainda que maneira indireta, no processo saúde/doença e conseqüentemente, a expectativa de vida. Há fatores que influenciam diretamente na atenção à doença dentre outros destacam-se: restrições de oportunidades e/ou a qualidade da atenção e a discriminação- tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual. [...] Exercem também influências indiretas: o lugar e o tipo de moradia; o tipo de ocupação e o nível de renda; a qualidade e o acesso à educação; o direito ou não ao alimento; e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde). (OLIVEIRA, 2010, p. 23).

E este perfil é assinalado pela mortalidade precoce, discriminação na assistência e pela qualidade dessa assistência, de acordo com diferentes estudos que apontam que existem um diferencial no atendimento da saúde. O reconhecimento de desigualdades em relação à saúde da população negra é um dos fatores que contribuíram para que fosse reivindicado uma políticas específicas para população negra e que contribuísse para a criação de uma política exclusiva para a saúde da população negra.

A saúde dessa população, reflete a desigualdade existente entre negros e brancos, que é assinalada dentro da sociedade brasileira em relação ao seu atendimento. A existência de um pré-julgamento estereotipado em relação a população negra, apontam interferências nas desigualdades raciais em relação à saúde, uma dessas interferências que podemos citar é vulnerabilidade social que afeta de maneira direta a saúde quando se trata da população negra mais pobre.

Este estudo, cuja abordagem gira em torno da saúde da população negra, surgiu a partir do projeto de extensão “Cidadania”, e posteriormente, do projeto “Afros e Étnicos em Cena: promovendo a igualdade racial”, durante o início da minha graduação, executado através de parceria entre a União, por intermédio da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Ministério da Justiça e Cidadania e a Universidade Federal do Maranhão, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Sobre África e o Sul Global (NEAFRICA), intitulada “A Saúde da população Negra”, onde buscando subsídios para a elaboração de oficinas, através destas foi constatado a necessidade de uma maior divulgação das políticas existentes ( não efetivadas), e a formulação de novas políticas que suprisse tais demandas, no campo do atendimento e o maior aprofundamento dos estudos de tais políticas de saúde da população negra no cenário brasileiro e dentro do Estado do Maranhão, por compreender a necessidade de se problematizar tais questões e de apontar possíveis subsídios para essas demandas.

Em meio ao desenvolvimento da pesquisa, notou-se a possibilidade de torná-la um trabalho de conclusão de curso, devido à relevância da problematização do tema e possíveis contribuições que os resultados da pesquisa possam apontar. Os resultados desta pesquisa podem subsidiar profissionais da saúde na prática a execução de tais políticas aqui enumeradas e contribuir para o debate dentro dos movimentos sociais e no campo da academia.

Como sustentação teórica adotamos principalmente as seguintes fontes bibliográficas: OLIVEIRA, (2000), WERNECK; BATISTA; LOPES, (2005), WERNECK; MENDONÇA e outros que possam ajudar subsidiar tal pesquisa.

A estrutura de nossa pesquisa está constituída das seguintes partes: Na primeira parte faremos as considerações relacionadas as condições de vida, vulnerabilidade e construção do racismo construído ao longo de muitas décadas no contexto brasileiro e mundial e como tem sido operado esse racismo dentro do sistema de saúde. Na segunda parte trataremos uma contextualização população negra na historiografia brasileira elencando as ações políticas existentes a cerca do debate com recorte étnico/racial e seus desdobramentos. Na terceira parte faremos o resgate das discussões e problematização das políticas existentes ao doente de Anemia Falciforme por considerar necessário o debate devido o alto índice de pessoas com a determinada doença. E por fim as nossas considerações finais a cerca das informações coletadas.

## **2. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO CONTEXTO BRASILEIRO : uma síntese histórica da ação das mulheres e do movimento negro**

As mulheres principalmente as mulheres negras tem sido componente importante da sociedade brasileira ao longo cinco séculos, enquanto grupo social específico em defesa de interesses em comum, como parte do amplo contingente negro ou geral que luta por justiça e inclusão social. Sua atuação pode ser vista desde o regime escravista até hoje. As mulheres tem se destacado na luta por melhoria de condição da população que sofre com a falta de políticas que abarque os direitos básicos dos seres humanos.

De fato, as lutas das mulheres negras por equidade se desenvolve ao longo dos séculos e devemos reconhecer que têm sido parte fundamental dos amplos segmentos que constroem cotidianamente o Brasil como nação. Ainda que violentamente invisibilizadas – pois atuam numa conjuntura de racismo e sexismo – colocam a disposição da sociedade séculos de lutas, de pensamento a serviço da ação transformadora. Em seu horizonte, há uma sociedade sem iniquidades, sem racismo, sexismo, sem as desigualdades de classe social, de orientação sexual, de geração ou de condição física e mental, entre muitas outras.

As mulheres negras tiveram atuação importante na contribuição no que diz respeito à formulação de políticas publicas que se ampliaram para a saúde da população negra, a organização em torno das reivindicações começaram a partir das suas próprias

demandas, assumiram o protagonismo exerciam papeis que deram tamanha contribuição a está população, ajudando para evidenciar suas reais demandas existentes.

A participação das mulheres nos principais eventos relacionados à saúde como a Conferencia Nacional de Saúde e Direitos da Mulher realizada em Brasília em 1986, Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida realizada em Brasília em 1995, II Reunião Nacional de Mulheres Negras, Belo Horizonte em Setembro de 1997, Pré-Conferência Cultura e Saúde da população Negra em Brasília em Maio de 2000, Nós mulheres Negras: Diagnóstico e propostas - Articulação de Organizações de mulheres Negras Brasileiras rumo a III Conferência Mundial contra Racismo Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, 2001.

E essas demandas passaram a existir a partir da falta de atendimento específico para as mulheres, como atendimento ginecológico, atendimento na hora do pré-natal e parto. A participação nos eventos tinha como objetivo algumas proposta, que melhorasse o atendimento nas unidades de saúde e que não houvesse racismo e nem discriminação. A Conferencia Nacional de Saúde Inaugurou essa pauta de reivindicação.

Realizada de 10 a 13 de outubro de 1996, no seu Relatório Final, intitulado de *Identidade da Mulher Negra*, as seguintes proposta que:

A discriminação racial seja tipificada como crime;  
No acesso ao trabalho, sejam eliminadas quaisquer exigências que incorram em discriminação de natureza étnico-racial;  
Seja proibida em qualquer meio de comunicação, a vinculação de falas e imagens depreciativas da mulher negra, seja em propaganda ou na programação do veículo, excluído os casos de denúncias;  
Pela criação da caderneta saúde da mulher (para seu autocontrole).  
(CRIOLA, 2010)

A Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995 em Brasília, DF, o movimento Negro entregaram ao presidente da Republica o documento Por uma política nacional de combate ao racismo e à desigualdade racial. A formulação da PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1983 representou uma mudança na concepção vigente em relação à saúde materno infantil, incorporando a compreensão da mulher enquanto sujeito ativo no cuidado à saúde, tendo na sua base de elaboração as reivindicações do movimento feminista, que incluía as questões da sexualidade, envelhecimento, saúde mental e aborto. Ainda no âmbito do feminismo, em interface com o Movimento Negro, emerge o Movimento de Mulheres Negras que problematizava a questão dos direitos reprodutivos, denunciando o racismo e o sexismo que sustentavam as propostas de controle de natalidade nas políticas de saúde. Este

movimento de ativistas, no estado de São Paulo nos anos 1980 conquistou políticas saúde que levaram em conta esta questão (MAHER, 2005) e constituiu-se no embrião que viria a ser o campo da Saúde da População Negra nos anos 90, de onde se originou a proposta de formulação uma Política nacional de saúde, voltada para população negra, oficializada mais tarde em 2009.

Até o início da década de 1990 o movimento de mulheres negras apresentava o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta, a partir do que impulsiona as discussões sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos. Logo no início da década de 1990 são desenvolvidas duas importantes campanhas nacionais, gestadas e disseminadas por este movimento, juntamente com as organizações negras mistas (de mulheres e homens).

A primeira intitulada "não Matem nossas Crianças", denunciava o extermínio de crianças e jovens negros empreendidas por grupos paramilitares (chamados grupos de extermínio) ou por forças do Estado (as polícias) nos diferentes centros urbanos do país. Esta campanha teve repercussão internacional, suscitando uma mobilização ampla, com forte influência sobre o processo de criação do Estatuto da Criança e do adolescente, em 13 de junho de 1990.

Naquele mesmo ano tem início a Campanha nacional contra a Esterilização em Massa de Mulheres negras com o slogan "Esterilização de Mulheres Negras: do Controle da natalidade ao genocídio do Povo negro", sob a liderança do Programa de Mulheres do Centro de articulação de Populações Marginalizadas do Rio de Janeiro. Esta campanha visava denunciar o viés racista das iniciativas de controle populacional, eufemisticamente definidas como de planejamento familiar, empreendidas por organizações não governamentais brasileiras e internacionais nas diferentes regiões do país. A campanha apontava também o uso irresponsável, e contrário às legislações nacionais e internacionais, de tecnologias contraceptivas experimentais. Entre as principais organizações envolvidas estavam a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar/ BEMFAM; o Centro de Pesquisas e assistência integral à Mulher e a Criança/CEPAIMC.

A participação do Criola<sup>11</sup> tem sido fundamental para as ações de monitoramento, assessoramento no que diz respeito à saúde das mulheres.

---

<sup>11</sup>é uma organização da sociedade civil com mais de 25 anos de trajetória na defesa e promoção dos direitos das mulheres negras. Fundada em 1992, a organização atua na construção de uma sociedade onde os valores de

Para o **Criola** é necessário partir de alguns princípios como:

Atuação direta na formulação de estratégias e no desenvolvimento de ações de advocacy em políticas públicas em especial aquelas de interesse das mulheres negras. Fazem parte deste conjunto as políticas públicas de saúde; equidade; enfrentamento do racismo; sexismo e lesbofobia; intolerância religiosa e promoção de direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.

Assessoramento, capacitação fornecimento de informações a cerca dos conteúdos e mecanismos de advocacy para ativistas de diferentes áreas, organizações da sociedade civil, profissionais e gestores em nível local, regional e nacional. (CRIOLA, 2010 )

As experiências desenvolvida desde 1992, contribuíram para o promoção da participação negra, em especial de mulheres negras, em diferentes instâncias de monitoramento e avaliação das políticas públicas. O que é especialmente verdadeiro no caso de **Criola** que, a partir do ano 2000 tem ocupado espaços diversos de interlocução tanto com a sociedade civil quanto com o Estado e seus poderes executivo, legislativo e judiciário.

A participação de Criola nas seguintes instâncias do período 2008-2010.

De saúde

Conselho Nacional de Saúde. O que inclui a coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra e a participação na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher.

Comitê Técnico de Saúde da População Negra, vinculado ao Ministério da Saúde.

De políticas para as mulheres

Grupo consultivo da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para a implementação do Eixo 9 do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia).

De promoção da igualdade racial

Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra, de assessoramento à Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial;

De enfrentamento da lesbofobia

Câmara Técnica para a elaboração do Programa Estadual de Combate a Homofobia e Promoção da Cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais criada pelo governo do estado do Rio de Janeiro e vinculada a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, com auxílio da sua Superintendência de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos.

De articulação da sociedade civil: apoio e participação

- ✓ Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB.
- ✓ Fórum Estadual de Saúde da População Negra do Rio de Janeiro.
- ✓ Rede IyáAgbá contra a Violência contra as Mulheres Negras.
- ✓ Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra.
- ✓ Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde.
- ✓ Observatório da Cidadania/Social Watch.
- ✓ Diálogos contra o Racismo. (CRIOLA, 2010)

---

justiça, equidade, solidariedade são fundamentais. Durante quase três décadas, a Criola reafirma que a ação transformadora das mulheres negras é essencial para o bem viver de toda a sociedade brasileira.

Esta participação tem apontado uma crescente demanda por informações e capacitações, diante da necessidade de novas instâncias de atuação tanto para **Criola** quanto para demais ativistas e organizações.

Há uma necessidade de maior participação da população negra e principalmente as mulheres para que haja uma mudança na postura da sociedade em relação as mulheres que fazem parte de uma significativa parcela da população e ainda assim sofre com essa ausência de equidade.

Da população negra, aproximadamente a metade é composta de mulheres. As mulheres negras são mais de 41 milhões de pessoas, o que representa 23,4% do total da população brasileira. São estas que sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas a “múltiplas formas de discriminação social (...), em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”. As discriminações de gênero e raça não são fenômenos mutuamente exclusivos, mas, ao contrário, são fenômenos que interagem, sendo a discriminação racial frequentemente marcada pelo gênero, o que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens. (IPEA, 2017).

Para que haja uma postura diferente em relação às mulheres em especial a mulher negra, precisamos buscar mecanismo que elimine toda forma de preconceito, sexismo e discriminação em relação às mulheres. Precisamos ampliar e/ou criar espaços que possam debater as questões com outros setores da sociedade. É necessário o intercâmbio entre organizações já existentes em todos os espaços e estabelecer laços de cooperação.

O Movimento Negro, por meio de uma ampla articulação com outros movimentos sociais, movimento sindical, ONGs, parlamentares das diferentes esferas governamentais empreenderam durante a década de 90 e início dos anos 2000, duas grandes mobilizações, com características diferentes, mas que se tornaram um marco no que diz respeito à consolidação da formulação de políticas públicas com recorte racial, a Marcha Zumbi dos Palmares e a mobilização em torno da participação de lideranças do Movimento na I Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, África do Sul. A Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em novembro de 1995, promulgou o acúmulo de conhecimentos e o alcance de organização do Movimento Negro brasileiro, motivando um documento contendo o diagnóstico sobre o racismo e um programa de ações.

Uma dessas ações resultou no decreto de 20 de novembro com a proposta do governo federal que 1995 instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) composto por membros da sociedade civil vinculados ao movimento negro e representantes dos ministérios federais, dentre eles o Ministério da Saúde, que cabe a ele a função de elaborar, propor e promover política governamentais relacionadas a cidadania da população negra juntamente

com a criação do programa nacional de direitos humanos. Os debates no GTI se intensificaram, resultando em reuniões, mesas-redondas. A partir dos debates o GTI, organizou um relatório onde, foi percebido que há uma necessidade em estudos específicos para população negra.

A população negra brasileira é única do ponto de vista genético, [...] A falta de conhecimento científico sistemático sobre a população afrodescendente é resultado da prática cotidiana de discriminação racial e de longa sobrevivência no conceito equivocado de que o Brasil seria exemplo de democracia racial. A construção científica na área da saúde, sobretudo desse vasto segmento da população, ainda é insuficiente, por vezes distorcida, o que leva a prática da medicina distorcida. (RELATÓRIO FINAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p.11).

Ainda 1995 o governo passa a adotar como critério a raça para formalizar e direcionar as políticas públicas, (diga-se fruto de reivindicações do movimento negro na década anterior). Através dessas ações o GTI conseguiu implementar algumas ações como o recorte racial nas informações de nascido vivos ou morto, recorte racial nas pesquisas elaboradas no âmbito nacional e a implementação de política nacional ao doente de anemia falciforme<sup>12</sup>.

A atuação do Movimento Social Negro brasileiro na 11ª e na 12ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou sua participação social na instância do SUS. Como resultado dessa atuação articulada, foram aprovadas propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país.

O SUS foi instituído como uma política de Estado para garantir a saúde como um direito efetivo para todas e todos. A organização de suas ações e serviços tem como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade para garantir que políticas, ações e programas respondam adequadamente às necessidades das populações em condições de desigualdade e para que sejam ofertadas ações diferenciadas para grupos com necessidades específicas. Desde o ponto de vista organizativo e programático, a integralidade é o princípio fundamental do SUS dado que garante a todas as pessoas uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema. E também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009).

---

<sup>12</sup>Anemia Falciforme: resulta de uma mutação genética na molécula de hemoglobina, que adquiriu a forma de meia lua ou foice, dando origem ao nome: anemia falciforme. Essa mutação se deve a mutação na hemoglobina: substituição dos aminoácidos. ( OLIVEIRA,2010)

O tema saúde da população negra que é o tema do presente estudo, começa a se desenhar 1986 com a 8ª Conferência de Saúde, onde discutiram sobre as condições da população afrodescendentes, participaram dessa conferência cerca de 4.000 pessoas, sendo elas tendo como representação 1000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas – redonda, trabalho de grupos e seus relatórios, resultando nesse documento aprovado em plenária no final da conferência.

A tema de saúde como direito foi amplamente debatido na ocasião da 8ª conferência, ficando evidente a necessidade de uma mudança na estrutura para além dos limites financeiros e administrativos, evidenciando a reformulação mais profunda no conceito, ação e legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde.

O direito a saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização do texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Com a Constituição Federal de 1988, a população negra passou a ter mais visibilidade no que tange seus direitos, como o direito a saúde universal independente de raça, cor, religião, local de moradia, e orientação sexual promovido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O combate às desigualdades raciais não foi objeto de tratamento específico pela Constituição Federal. Contudo como tem se destacado nas diversas bibliografias sobre o tema, a centralidade dada aos princípios da dignidade da pessoa humana ( Art.1º), redução das desigualdades (Art. 3º), da promoção dos bem de todos(Art. 3º), da recusa de qualquer forma de preconceito ou discriminação (Art. 3º ) , da prevalência dos direitos humanos (Art.4º e da defesa da igualdade ( Art.5º) permitiu o acolhimento não apenas do repúdio do racismo ( Art.5º, inciso XLII) da defesa da justiça, do combate aos preconceitos e da defesa da pluralidade, todos com transbordamento direito à questão racial. ( BRASIL, 1988)

O direito a saúde passou a ser positivado na Constituição de 1988, enquanto direito social e fundamental, validando o ingresso aos serviços segundo o respeito a dignidade da pessoa humana. Assim, a saúde no Brasil percorreu um caminho desde a beneficência até a garantia constitucional, sendo direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para a população Negra a partir da Constituição de 1988, passa a ser pensada a possibilidade de efetivação de direitos, como no caso da saúde, que no artigo 196 passa a ser considerada como um

[...] direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação[...] (Brasil, 1988) .

E o Movimento Negro tem um papel fundamental para essa luta , onde homens e mulheres buscam a melhoria de seus pares. O Movimento Negro que é compreendido como um Movimento Social, que está intimamente relacionado com as classes subalternas, que desenvolve sua práxis em um conjunto de valores, ideias, costumes, entrelaçados nos mais diversos setores da vida social, inclusive no setor saúde, na construção de projetos que podem auxiliar os interesses corporativos e universais, ou ainda de conservação e/ou mudança.

Assim, para Gonh, não existe uma teoria universalista de Movimento Social, ficando esta definição dependente dos paradigmas teóricos que embasam a investigação do objeto. Ainda assim desenvolve uma noção de Movimentos Sociais que busca conjugar os aspectos estruturais e simbólicos na noção elaborada, definindo como: "ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo." (GONH, 2011).

Há necessidade de ampliação da participação do Movimento Negro nas instâncias de controle social; e o desenvolvimento de processos de informação , comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos, reduzam as vulnerabilidades e fortaleçam os laços de solidariedade e respeito mútuo entre os diversos seguimentos da população brasileira.

### **3. RACISMO E SAÚDE: A invisibilidade da população negra**

O racismo<sup>13</sup> veio se cristalizado ao longo dos séculos através de uma cruel engenharia científica e política que justificou por muito tempo as atrocidades cometidas contras vários povos ditos inferiores, ao pregar a ideia de uma raça superior. Importados de países europeus e essas concepções chegaram com muita força ao Brasil no século XVI vitimando dezenas de povos .

Há um reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde e isso é visto nos lugares de

---

<sup>13</sup> é uma forma sistemática de discriminação que tem fundamento , e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial a qual pertençam.[...] Ele se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica. Porém o uso do termo estrutural não significa dizer que o racista seja uma condição incontornável e que as ações políticas institucionais antirracistas sejam inúteis; ou ainda que o indivíduo que cometem atos discriminatórios não devam ser pessoalmente responsabilizados.(ALMEIDA,2018, p.25)

atendimento, onde o acolhimento e o tratamento dos usuários nos serviços de saúde há uma relação desigual.

O racismo se mantém às custas dos privilégios de alguns que se auto definem como superiores racialmente. Segundo a Declaração da UNESCO sobre a Raça e os Preconceitos Raciais, de 27 de novembro de 1978:

O racismo se manifesta por meio de disposições legais ou regimentais e por práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos anti-sociais; impede o desenvolvimento de suas vítimas, perverte quem o pratica, divide as nações internamente, constitui obstáculos para a cooperação internacional e cria tensões políticas entre os povos; é contrário aos princípios fundamentais do direito internacional e, por conseguinte perturba seriamente a paz e a segurança internacionais. (UNESCO, 1978)

O racismo e seus reflexos na distribuição dos recursos são elementos estruturantes das desigualdades sociais. O peso de seus efeitos é reafirmado por meio da evidenciação estatística da magnitude. A persistência da diferenciação racial no acesso aos serviços públicos, na aquisição de capacidades e na posição social desvela as consequências da atuação sistemática de construção de produção e reprodução das desigualdades em vários campos da vida social.

No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições específicas de vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

O perfil de saúde da população negra é demarcada por singularidades, tanto do ponto de vista genético, como das condições de vida, que determinam diferenças no processo de adoecimento, cura e morte.

As condições materiais de vida, (meio Ambiente físico, social, político e cultural) influenciam de modo contundente, ainda que maneira indireta, no processo saúde/doença e conseqüentemente, a expectativa de vida. Há fatores que influenciam diretamente na atenção à doença; dentre outros, destacam-se: restrições de oportunidades e/ou a qualidade da atenção e a discriminação- tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual por parte das instituições e profissionais de saúde. Exercem também influências indiretas: o lugar, e o tipo de moradia; o tipo de ocupação e o nível de renda; a qualidade e o acesso à educação; o direito ou não ao alimento; e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde). (OLIVEIRA, 2010, p.23)

E este perfil é assinalado pela mortalidade precoce, discriminação na assistência e pela qualidade dessa assistência, que de acordo com diferentes estudos apontam que existem um diferencial em saúde. Entre saúde do negro e saúde do não negro. Para algumas associações e movimentos são necessárias estratégias monitoradas mais de perto, como a exemplo do Criola que faz esse acompanhamento.

As relações entre raça, doenças, epidemias e saúde públicas estiveram em evidencia desde as últimas décadas do século XIX e os anos de 1940, desde o fim da escravidão e o advento do regime republicano elites dirigentes, intelectuais se depararam com o desafio de repensar as noções e suas possibilidades de adentrar o mundo moderno com uma população composta majoritariamente por mestiços e negros. E todo esse processo foi marcado através de lutas, para que a população negra fosse vista de maneira diferente e que tivessem pessoas que valorizavam a vida das pessoas negras.

No campo dos direitos esse debate não poderia ser diferente, pois foram anos de negação de tais direitos e nos dias atuais persiste. A população negra continua a lutar para que sejam efetivados os mínimos direitos que já foram conquistados, essa temática deve ser evidente e não pode abstrair-se do debate político sobre as reais condições sociais e educacionais da população negra dentro da sociedade brasileira, apontando para as necessidades de efetivação das políticas públicas específicas já existentes voltadas para esse segmento étnico/racial.

Apesar da população negra se reconhecer enquanto maioria da população do Brasil ainda pode identificar o quanto o país está visivelmente desigual, principalmente no que diz respeito à relação quando comparada com a população negra com a população não negra, isso se refletem no acesso aos principais serviços e garantias dos direitos fundamentais que quase sempre implicam em práticas desiguais e de baixa qualidade.

Temos que ter concepção que há um necessidade de lutar contra toda e qualquer forma de racismo, de exclusão social e de quaisquer forma que extirpe os direitos de muitos em prol de uma minoria opressora.

O Racismo Institucional está diretamente ligado à forma como a sociedade está estruturada e com a falta de reconhecimento da cidadania plena da população negra, resultando na redução do acesso integral a bens e serviços de qualidade, menor participação e negligência das necessidades específicas, potencializando agravos à saúde. As práticas discriminatórias oriundas do racismo são eventos que emergem em vários âmbitos: nas relações interpessoais, na família, na distribuição geográfica dos espaços urbanos, na

formação de círculos sociais e mesmo nas instituições, dificultando e muitas vezes impedindo o acesso a um serviço de saúde de qualidade.

O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública (JACCOUD, 2008, P. 5)

O Racismo Institucional está também ligado à falta de respeito à pessoa tanto pelo estereótipo étnico quanto pelo pertencimento cultural, como a sociedade está estruturada, racismo institucional coloca os indivíduos de determinados grupos raciais em posição de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. Na saúde, as disparidades se refletem nos números epidemiológicos que confirmam a diminuição da qualidade e da probabilidade de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e neonatal, como pela violência vivenciada de forma mais clara por esse grupo populacional, principalmente os jovens negros. Informações como estas apontam a contrassenso existente em nossa situação de saúde, já que atualmente a maioria dos atendimentos feitos no SUS são de pessoas negras. Segundo Cruz (2012):

A falta de respeito à pessoa tanto pelo estereótipo étnico, quanto pelo pertencimento cultural. São causas de racismo institucional que podem levar a prática dentro do ambiente da unidade de saúde causando ao doente um receio em buscar a unidade de saúde e o profissional de saúde.

As manifestações do racismo institucional torna-se origem de agravo do problema e se estabelece também como a principal barreira de cuidado responsivo às necessidades da população negra.

O racismo institucional, podemos em razão das iniquidades étnico-raciais do cuidado de saúde, a ele associar os baixos resultados terapêuticos e as iniquidades étnico-raciais em saúde dos agravos que se seguem: Principais causadores de mortalidade, segundo SVS/MS, 2010, na população negra (pretos e pardos):

- (1) Doença do aparelho circulatório (AVC, coronariopatias, etc);
- (2) Câncer;
- (3) Violência;
- (4) Mal definidas;
- (5) Doenças do aparelho respiratório;
- (6) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;
- (7) Doenças infecciosas e parasitárias;
- (8) Doenças do aparelho digestivo;
- (9) Doenças do aparelho geniturinário;
- (10) Doenças do sistema nervoso;
- (11) Transtornos mentais e comportamentais;
- (12) Afecções no período perinatal, entre outros.

De alta prevalência: mortalidade materna, mortalidade infantil, gestação na adolescência, asma, hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, albinismo, vitiligo, tabagismo, alcoolismo e, entre outros. De alta desigualdade, disparidade ou iniquidade: mortalidade materna, mortalidade infantil, mortes violentas, transplantes, entre outros. (CRUZ, 2012, p.18)

As manifestações do racista nos estabelecimentos de saúde são constatadas por meio de princípios, práticas e condutas discriminatórios naturalizados, da falta de atenção, preconceito ou de estereótipos racista. Em qualquer situação, o racismo institucional reduz o acesso das pessoas, de grupo raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo estado e pelas instituições organizadas que o representam. As informações devem ser disseminadas, os investimentos para os programas específicos devem acontecer em todas as esferas de governo. Segundo o Ministério da Saúde:

A dimensão programática do racismo institucional é caracterizada pela dificuldade em reconhecer o problema como um dos determinantes das iniquidades do processo saúde-doença, cuidado e morte; falta de investimentos em ações e programas específicos de identificação de prática discriminatória dificulta na adoção de mecanismo e estratégias de não discriminação; enfrentamento e prevenção do racismo; ausência de informação adequada sobre o tema; falta de investimentos na formação de profissionais; dificuldade de implementar mecanismo e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade. (BRASIL, 2013, p.16)

Há uma necessidade de esquematizar mecanismo que perpassa por todos os profissionais da área da saúde para facilitar o entendimento da temática, quebrando estereótipos existentes e enfrentando o problema da desigualdade seja étnico ou social. O processo tem que ser contínuo, para que as mudanças sejam perceptíveis e os resultados sejam satisfatórios para a demanda solicitada.

Com a criação da Secretária Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPIR), em 2003. O enfrentamento de tais iniquidades tomaram novos rumos, um desses passos foi a valorização da identidade negra e a promoção de igualdade no acesso dos serviços públicos de saúde. Para tanto muitos são os desafios, exigindo do governo e da sociedade um combate as desigualdades raciais existentes.

Com a sua participação na Conferência de Durban o Brasil, se compromete em vários níveis de governo com a promoção da igualdade racial e se propõe a organizar e participar de eventos e projetos que contribuam para combater a discriminação indireta e o racismo institucional. Segundos dados do (IPEA, 2009), a saber:

Em 2006, o Brasil foi sede de duas conferências internacionais que contribuíram não apenas para a ampliação do debate de temas relevantes para as políticas públicas nacionais como reafirmaram o compromisso do governo brasileiro com a promoção

da equidade racial: a II Conferência de Intelectuais Africanos e da Diáspora e a Conferência Regional das Américas sobre Avanços e Desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas.

- A II Conferência de Intelectuais Africanos e da Diáspora (Ciad), que ocorreu no período de 12 a 14 de julho de 2006, na cidade de Salvador, Bahia, teve como objetivo aprofundar a relação do Brasil com o continente africano, assim como debater estudos e experiências no que tange aos temas das relações de gênero, educação, identidade cultural, saúde, democracia, paz, desenvolvimento, idiomas, colonialismo, religiosidade, cooperação internacional, ações afirmativas e políticas de combate ao racismo, à xenofobia e a outras formas correlatas de discriminação.

- Foi realizada entre 26 e 28 de julho de 2006, em Brasília, a Conferência Regional das Américas sobre Avanços e Desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas. Presidida pelo governo brasileiro, sob a responsabilidade da SEPPIR, em parceria com o governo do Chile, o objetivo do encontro foi debater as políticas de combate ao racismo, tendo como pano de fundo as proposições do Plano de Ação da Conferência de Durban.

Apesar de todas estas ações no âmbito governamental seja ele nos níveis federal, estadual ou municipal, as ações não chegam a população a quem se destina tais ações. O racismo perpetua, a violação dos direitos, as varias formas de inferiorização social associadas aprofundam e intensificam os efeitos concretos decorrentes da baixa inserção socioeconômica dessa população.

A construção desse racismo é marcada pela raça, e podemos constatar quando elencamos índices dessas desigualdades e de vulnerabilidades sempre deparamos no topo da tabela a população negra, a exemplo é o atlas da violência publicado em 2017, onde as maiores vitimas do homicídio são os jovens negros:

De cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. Jovens e negros do sexo masculino continuam sendo assassinados todos os anos como se vivessem em situação de guerra. Cerqueira e Coelho (2017), a partir de análises econométricas com base nos micro dados do Censo Demográfico do IBGE e do SIM/MS, mostraram que a tragédia que aflige a população negra não se restringe às causas socioeconômicas. Estes autores estimaram que o cidadão negro possui chances 23,5% maiores de sofrer assassinato em relação a cidadãos de outras raças/cores, já descontado o efeito da idade, sexo, escolaridade, estado civil e bairro de residência. Cerqueira e Coelho mostraram que, do ponto de vista de quem sofre a violência letal, a cidade do Rio de Janeiro é partida não apenas na dimensão econômica entre pobres e ricos, ou na dimensão geográfica, mas também pela cor da pele. (IPEA, 2017)

Os principais índices no campo da saúde, educação, segurança evidenciam as desigualdades existentes. E quando trazemos esses índices de violência para o campo do gênero esses dados possui um determinante a mais. Segundo os dados dessa mesma pesquisa podemos confirmar:

Sobre homicídios de mulheres

– Em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. No período de dez anos, observou-se um aumento de 6,4% na taxa de homicídios de mulheres.

– Roraima apresentou uma taxa de 10 homicídios por 100 mil mulheres, bastante à frente dos estados do Pará (7,2) e Goiás (7,1).

Sobre mortes e racismo

– A taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras (5,3) do que entre as não-negras (3,1) — uma diferença de 71%.

– Em relação aos dez anos da série, a taxa de homicídios para cada 100 mil mulheres negras aumentou 15,4%, enquanto que para as não-negras foi registrada queda de 8%.

– Entre 2006 e 2016, a taxa de assassinatos de mulheres negras em vinte estados brasileiros cresceu no período, sendo que em doze deles o aumento foi maior que 50%. (IPEA, 2018)

E chegamos a conclusão que a desigualdade racial no Brasil se expressa de modo cristalino no que se refere à violência letal e às políticas de segurança. Os negros, especialmente os homens jovens negros, são o perfil mais passível de homicídio no Brasil, sendo muito mais vulneráveis à qualquer forma de violência do que os jovens não negros. Por sua vez, os negros são também as principais vítimas da ação fatal das polícias e o perfil predominante da população prisional do Brasil. Para que possamos reduzir a violência letal no país, é necessário que esses dados sejam levados em consideração e alvo de profunda reflexão. É com base em evidências como essas que políticas eficientes de prevenção da violência devem ser desenhadas e focalizadas, garantindo o efetivo direito à vida e à segurança da população negra no Brasil.

A saúde da população negra no Brasil, assim como toda sua história é permeada por desigualdades, reivindicação e todo um processo de resistências. Desde as década de 1930 a 1980 surgiram movimentos sociais organizados, que lutaram pela garantia da efetivação de direitos como foi o caso das irmandades religiosas<sup>14</sup>, que lutavam pela igualdade de direitos: educacionais, pela saúde e direitos culturais. Durante um logo período eram as irmandades as responsáveis pelas festas, sepultamentos, funerais dos negros, prestando-lhes assistências.

---

<sup>14</sup>A irmandade representava um espaço de relativa autonomia negra, no qual seus membros construíam identidades sociais vivenciadas no interior de uma sociedade opressora. A irmandade era uma espécie de família ritual em que tantos os africanos desenraizados de suas terras, como os negros brasileiros deslocados no contexto social viviam e morriam solidariamente. Foi um meio de constituição de instrumento de identidade e solidariedade coletivas. Toda a dinâmica que vivenciavam em torno das políticas dentro das irmandades visavam à integridade do negro diante da sociedade branca e paternalista. Os fundos arrecadados promoviam a vida através de várias benfeitorias, e a morte a partir de um funeral apresentável.

A luta pela valorização dos seus direitos levaram os negros brasileiros a mudar as atitudes, para que fosse mudado o cenário dessa população em relação as suas reivindicações como no caso da saúde. Os negros americanos e sul-africanos assim como os brasileiros conviviam em torno a um regime de diferenças raciais não menos intenso que o brasileiro, os negros dos Estados Unidos lutaram contra as regras de segregação racial, e também os da África do Sul que eclodiu contra o sistema de apartheid existente no país esse foram alguns países que os negros brasileiros seguiram o exemplo em sua luta pela efetivação desses direitos. Essa luta pela garantia de direitos passa a ganhar espaço no cenário brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988, e foi sendo inseridas nas agendas dos estados como garantia de efetivação de direitos.

O Brasil coexistiu com o momento de escravidão durante mais de 350 anos, sendo um dos últimos a “abolir” a escravidão. E nesse processo não foram asseguradas à população negra as políticas que abarcassem seus direitos. A população negra encontrava-se na sociedade brasileira como um problema social a ser resolvido. Várias foram as tentativas ideológicas e políticas para a solução desses “problemas”, a ideologia do branqueamento com a substituição da mão de obra e a diluição étnico-racial da população.

A “raça” se desenha como construção social nesse contexto histórico e político, que recai sobre as pessoas descendentes de escravizados, essa descendência vai além dos condicionantes culturais ou étnicos. No século XIX tornou-se se evidente no Brasil a associação de epidemias relacionadas aos cortiços<sup>15</sup>, davam conta que com a ideologia de branqueamento trazendo muitos imigrantes, esses se alastraram nos cortiços juntamente com os negros recém saído do processo de escravização. Para os higienista eram dentro dos cortiços que estavam às epidemias principalmente a tuberculose e a varíola que eram mais característicos nas pessoas negras. Conforme Sidney Chalhoub

[...] os cortiços supostamente geravam e nutriam “o veneno” causador do vômito preto. Eram preciso, dizia-se, intervir radicalmente na cidade para eliminar tais habitações coletivas e afastar do centro da capital as “classes perigosas” que nelas residiam. Classes duplamente perigosas, porque propagavam a doença e desafiavam as políticas de controle social no meio urbano. (CHALHOUB, 1996, p.8-9).

Com a formulação de novas políticas de saúde, os higienistas, buscavam melhorias nas condições de salubridades da corte e do país. A febre amarela flagelo da população imigrante, eram colocada como centro das atenções dos médicos higienistas. Já a

---

<sup>15</sup>Cortiço é uma denominação dada no Brasil para uma moradia cujos cômodos são alugados para famílias inteiras. É um aglomerado de casebres, onde há pessoas pobres morando juntas. Os cortiços são das regiões de favelas e possuem condições precárias de habitação. Em meados do século 19, um tipo de moradia começava a se alastrar pelo Rio: os cortiços. Erguidas principalmente por imigrantes portugueses, as construções precárias eram formadas por dezenas de quartos pequenos, sem cozinha, com banheiros e tanques coletivos.

população negra que sofria com doenças como tuberculose, era largada para definhir ou morrer, cabendo a eles o cuidado de si próprio. Como fruto do processo de racismo e discriminação os negros, não foram assistidos, pois eram vistos como causadores de doenças como a cólera, bexiga e a própria febre amarela. A população negra era considerada como a “classe perigosa” e isso refletia no seu acesso à saúde.

Para tornar o ambiente mais salubre os higienistas passaram a intensificar a retirada da população negra e da população mais pobres dos centros, onde eram localizados os cortiços, conforme Chalhoub (1996, p. 09):

[...] a intervenção dos higienistas nas políticas públicas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente urbano salubre para um determinado setor da população. Tratava-se de combater as doenças hóstias à população branca, e esperar que a miscigenação promovida num quadro demográfico modificado pela imigração europeia – e as moléstias reconhecidamente grave entre os negros lograssem o embranquecimento da população, eliminando gradualmente a herança africana da sociedade brasileira.

A formulação de políticas, não contemplava as doenças acometidas pela população negra, o projeto de higienismo racista não contemplava doenças característica na população negra. Das medidas sanitárias indicadas, encontravam-se a retirada dos cortiços, e a alteração nos hábitos alimentares, para facilitar a aclimação dos estrangeiros recém-chegados. Se os imigrantes adotassem as mesmas tradições e costumes mais particulares aos tópicos, acabariam conquistando o mesmo equilíbrio fisiológico dos nativos.

As classes mais pobres que viviam amontoados, nos casebres vivendo em condições insalubres, isso para os governantes e higienistas facilitava a proliferação das doenças. A classe mais pobre representa o perigo, a doença se prolifera através dos hábitos dos moradores dos cortiços. Os negros eram considerados os culpados pela proliferação das doenças. Conforme Chalhoub (1996, p.29):

[...] Os pobres ofereciam também perigo de contágio, por um lado, o próprio perigo social representado pelos pobres aparecia no imaginário político brasileiro de fins do século XIX, através da metáfora da doença contagiosa.[...] E houve então o diagnóstico de que hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, e isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente terrenos férteis para propagação de vícios de todos os tipos.

Era nítida a intenção dos higienistas, a ideia de um branqueamento da população, ao preterir a população imigrante, cuidando de suas mazelas e deixando a população negra, para ser dizimada com a infestação de doenças consideradas incuráveis.

A efetivação de políticas que garanta direito da população torna-se essencial, mas diga-se que a luta não é do presente, embora estejam sendo apresentados nesse presente. As

conquistas de políticas públicas explícitas por parte dos movimentos sociais no país serviram de direção para um conjunto de organizações e entidades dos movimentos sociais no Brasil que tinham como horizonte, dentro dos marcos da estrutura do sistema social, o enfrentamento de suas problemáticas e o reconhecimento dos seus direitos sociais.

Ao atenderem solicitação do movimento social negro, para que fossem levados em consideração o quesito cor nas pesquisas e levantamentos, pode-se observar determinadas doenças características na população negra e também as doenças negligenciadas que assolam a população negra. Podemos destacar algumas como afirma o Ministério da Saúde, (2010):

Anemia falciforme; Diabetes de mellitus; Hipertensão arterial; Miomatose; Câncer de Mama, uterino, próstata e intestinal; Hepatite (B e C); Tuberculose ;AIDS.  
Doenças crônicas negligenciada que normalmente não tem programa e atenção tão prioritária: Chagas; Esquistossomoses; Leishmaniose; Doenças mentais.

O modo como são negligenciados o atendimento à população negra faz com que o fator dessas doença se agrave, o diagnóstico e tratamento sejam dificultados e o acesso ao tratamento mais difícil. As influências negativas sofridas em relação o acesso dos usuários aos sistemas de saúde, faz com que evitem buscar estes espaços de saúde que são disponibilizados à população, preferindo fazer um tratamento com plantas e ervas medicinais, que são eficazes, mas que necessitam de um acompanhamento.

#### **4. ANEMIA FALCIFORME E A POLÍTICA NACIONAL E ESTADUAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

Os compromissos assumidos pelo governo a partir das conferências Internacionais para promover a igualdade e a equidade, tem se refletido nos campo da saúde. E a saúde da população negra passa a ser beneficiada através de uma política específica, que trata exclusivamente da população negra e suas especificidades. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN.

Leia – se que ao falar de políticas públicas no solo brasileiro, não podemos esquecer que os primeiros beneficiários de políticas públicas não foram os negros ou os mais pobres como afirma Fonseca;

No decorrer do século, XVI, o Estado português inaugurou outro momento da conquista do Brasil, lançando mão da política de doação de grandes extensões de terra a fidalgos lusos, filho da baixa e média nobreza e da pequena elite empreendedora lusa, que não herdavam a fortuna e outras honrarias de seus pais. Essa política pública foi adotada afim de explorar terra de modo regular e preservar a conquista diante dos interesses de outras nações europeias. Assim o estado luso constituiu a primeira política social e pública em solo brasileiro. (FONSECA, 2009, p.21-22).

O debate em torno das políticas públicas relacionadas à população negra com viés étnico racial, começaram a ser delineada a partir da década de 1980 com as políticas educacionais e de saúde, após as contínuas reivindicações da população negra, através do Movimento Social Negro e de Grupos de Mulheres organizados, pra que fossem pautados e implementados políticas que pudesse ir de enfrentamento às desigualdades raciais compartilhadas nos mais diversos estados do Brasil. E uma das principais solicitações era levar em consideração o quesito cor, (que até então não era considerado uma possibilidade) nas principais pesquisas que levassem a colaborar melhorar a situação do negro. Passaram a evidenciar a necessidade de formulação de políticas públicas com estes recortes na saúde.

A promoção da igualdade racial passou por avanços, mas nada que suprisse a necessidade das demandas da população preta e pobre. A consolidação do reconhecimento e da valorização dos direitos humanos passa pela compreensão de que as desigualdades raciais são estruturantes na formação social do país. É importante assegurar que os problemas relacionados à saúde da população negra não são decorrentes de suas particularidades genéticas; mas de suas classes socioeconômicas e educacionais proveniente das disparidades históricas relacionadas a pobreza e o racismo

O dialogo entre política e a questão racial corresponde à importância do combate contra disparidades raciais como um aspecto imprescindível para pensar a democratização efetiva do poder político, admitindo garantia do direito a diferença, motivando nos legisladores e gestores públicos a busca de políticas públicas que superem as desigualdades sociais e raciais.

Com a solicitação de maior atendimento a população negra e o assessoramento diretamente dessas demandas o então presidente da republica cria uma secretaria especifica para atender a população negra:

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º10.678, de 23 de março de 2003, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com status de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. A SEPPIR tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da saúde, e outros órgãos do governo brasileiro (BRASIL, 2003)

A SEPPIR, passa a atuar diretamente com as solicitações, demandas da população negra, com o papel de fiscalizar, assessorar as políticas existentes e promover políticas

públicas que abarquem essa população. Pensando nas diversidades de sujeitos existentes no país.

O reconhecimento da necessidade da construção de uma política específica para a população negra, que compreendesse as relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautados no racismo, fez surgir a Lei 8.080/90 para que fosse estabelecido prioridades, alocação de recursos e a orientação programática tem como a epidemiologia por baliza. Segundo os dados do Ministério da Saúde de 2013

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quais quer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Reafirmam os princípios do SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, tais como:

- a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”;
- b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos”.

### **Princípios**

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra individual e coletiva, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7.º, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da “participação da comunidade” (BRASIL, 1990<sup>a</sup>, art. 7.º, inciso VIII) e principal objeto da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei n.º 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e

cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006). Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde.

Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

### **Marca**

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

### **Diretrizes Gerais**

Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.

Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra. · Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas. · Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo.

Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (SEPPIR, 2007)

Essa política visa garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, como por exemplo, a doença falciforme, miomatose, diabetes tipo 2, dentre outras.

No Brasil a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população negra, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas e alguns desdobramentos que são apontados na Constituição de 1988.

Como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (BRASIL, 1988, art. 194).

Assim como houve muitas demandas no âmbito nacional não foi diferente no estadual. Sendo assim o Movimento Negro do estado do Maranhão, está continuamente em busca de melhoria para a população negra dentro do Estado, buscando assim melhorias em todos os campos, sejam educação, saúde ou direitos territoriais.

O então governador do Estado do Maranhão Flavio Dino considerando tais solicitações nos incisos III e V do art. 64 da Constituição Estadual, e considerando o disposto no Decreto nº 4.887, 20 de novembro de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, e o disposto no Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais;

Considerando o disposto na Lei nº 12.288, 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial e o disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº 992, de 13 de maio de 2009, que cria a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; e Considerando, finalmente, o disposto no Decreto nº 30.981, 29 de julho de 2015, que cria o Programa Maranhão Quilombola, e

**DECRETA**

Art. 1º Fica instituída a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão e o seu 1º Plano Operativo com base nos princípios, diretrizes, objetivos e missão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Art. 2º O Governo do Estado, por meio das Secretarias de Saúde, Igualdade Racial e da Mulher, articulará junto aos seus órgãos e entidades a implementação da Política a que se refere este Decreto.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Não obstante, a saúde é alvo de exigências da população negra. Esta, que por muito tempo, sofreu a discriminação, o racismo, a exclusão social, lutou pelo seu reconhecimento e importância de uma política de saúde que abarcasse seus indicadores sociais, sua realidade e demanda dessa população. Como fruto da reivindicação do Movimento Negro foi instituído uma política estadual específica, a Política Estadual de Saúde

Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão, lançada em São Luís, em 27 de novembro de 2017.

A consolidação de políticas públicas de saúde, com o recorte étnico/racial, no Maranhão teve como início as ações e serviços do Programa de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS da Secretaria de Estado da Saúde/SES, coordenado pela Doutora em Políticas Públicas e Professora da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Silvia Viana, no início da década de 2000, com a contribuição no debate e mudanças de atitudes antirracistas nos serviços de saúde. A mobilização em torno da criação de tal política, e a luta pela sua efetivação tem sido frequente e contínua, apesar de somente em 2017 tal política tenha sido decretada, mas a solicitação é de anos anteriores.

Os documentos, publicados, em âmbito nacional em 2001: Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, com destaque para o Eixo V, item: saúde, raça e etnia, o Documento Equidade em Saúde: uma visão pelo prisma da etnicidade (TORRES, 2001) e o Manual de Doenças mais Importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente (BRASIL, 2001) possibilitaram a Secretária Estadual de Saúde (SES), compreender e posicionar-se para a busca de parceria com as entidades e instituições representativas do movimento negro no estado. Foram realizadas e apoiadas inúmeras iniciativas, ações e serviços na área de promoção, prevenção e atenção da saúde da população negra. Inúmeras foram as ações realizadas no âmbito estadual segundo os dados das políticas de saúde da população negra do estado. Após sucessiva participação nos eventos no âmbito federal, o estado começa a promover uma série de projetos e atividades para que seja implementada a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão.

Segundo os dados da Secretária Estadual de Saúde, 2017, houve inúmeras atividades,

Realizado em 2004 o Seminário Nacional de Saúde da População Negra que deu ênfase para o relatório preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 e a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com participação de representantes do movimento negro e pesquisadores (as) negros (as), dentre estes, o Dr. Luiz Alves Ferreira (Quilombola, Médico Patologista/Professor da UFMA – um dos fundadores do Centro de Cultura Negra do Maranhão e membro dos Comitês Técnico de Saúde da População Negra e Assessor de Pesquisa do Programa Nacional de DST/AIDS-MS).

Ainda nesse mesmo ano outros projetos e ações do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Ambiente da UFMA, coordenado pelo Doutor István van Deursen Varga, com apoio e parceria da SES, por meio do Departamento de DST/AIDS, firmaram conexão,

permuta e construção de informações e experiências entre docentes da UFMA e servidores da SES, fornecendo subsídios para a definição de políticas e projetos de atenção à saúde da população negra, com relevância para o Curso de Especialização da Saúde da Mulher Negra (2006).

Podem-se destacar pesquisas: Indicadores de qualidade de vida de comunidades rurais, quilombolas e indígenas, na Pré-Amazônia (2004-2009), cuja finalidade foi contribuir com os esforços e lutas das populações e comunidades rurais, negras e indígenas da Pré-Amazônia para melhorar suas condições de vida, abrangendo o estudo das políticas e práticas de instituições e entidades de saúde atuantes junto às comunidades indígenas, quilombolas e de trabalhadores rurais abrangidas. Já no ano seguinte foram realizadas outras atividades que puderam somar para a construção da política estadual

Em 2005, ano de realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, que destacou a importância estratégica dos avanços em saúde para a melhoria da qualidade de vida da população negra, teve início a pesquisa “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS no Maranhão e em São Paulo” que durou até 2008, com a finalidade de capacitar os profissionais (dos responsáveis pelo acolhimento da clientela e dos demais disponíveis) das equipes do Serviço Ambulatorial Especializado em AIDs (SAE) no Maranhão, para o cadastramento e pesquisa de suas clientelas com a aplicação do quesito cor/raça, por auto identificação. (MARANHÃO, 2017, p. 3)

Durante todo período de 2006 houveram diversas pesquisas relevantes, realizada a pesquisa “DST’s e AIDs em comunidades negras e indígenas, no Maranhão: sobre a importância da implantação do quesito raça/cor por auto identificação, nos serviços de saúde”, coordenada pelo professor Doutor István van Deursen Varga, UFMA/NURUNI. Houve também a pesquisa nomeada “Acolhimento e Acesso ao Diagnóstico e Tratamento do HIV/AIDS para População Negra no Maranhão e São Paulo” que estendeu-se para um segundo projeto, denominado de “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, em dois SAE de São Luís/MA”, que teve os objetivos de levantamento de informações sobre as condições de acesso ao diagnóstico e ao tratamento do HIV/AIDS, junto às clientelas dos SAE Hospital Presidente Vargas e Centro de Saúde Bairro de Fátima, em São Luís/MA, e de capacitação dos profissionais (priorizando os responsáveis pelo acolhimento dos usuários, pelos setores de epidemiologia e pelas Chefas dos serviços) das equipes dos SAE no Maranhão para o cadastramento/recadastramento dos pacientes com a utilização da auto identificação para o quesito cor/raça, com a realização de duas oficinas com esse tema.

Em 2007, ocorreu a pesquisa “Indicadores de qualidade de vida: desafios no Maranhão”, financiada pela FAPEMA/FINEP que resultou na compilação e

apresentação dos indicadores de qualidade de vida disponíveis sobre segmentos sociais e comunidades excluídas no Maranhão, para subsidiar avaliação e diagnóstico dos desafios para as políticas públicas no estado, para gestão 2007-2010. Neste mesmo ano, no cenário nacional, aconteceu a 13ª Conferência Nacional de Saúde que consolidou a compreensão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como um dos instrumentos de unicidade do Sistema e da consecução dos princípios de integralidade e equidade na promoção e na atenção à saúde, reforçando o reconhecimento e a incorporação das visões de mundo e práticas de saúde elaboradas pela cultura afro-brasileira, bem como o reconhecimento da contribuição das religiões de matriz africana para a construção e a consolidação das práticas de promoção à saúde, acolhimento, cuidado e alívio do sofrimento físico, mental, ambiental e espiritual. ( SES- MA, 2017)

Nesse mesmo período o Estado do Maranhão cria um órgão que pudesse atender as demandas e solicitações exclusivas da população negra, foi instituída a Secretaria de Estado Extraordinária de Igualdade Racial/SEIR, pelo Governador Jackson Lago, através do Decreto nº 22.900/2007, regulamentando o artigo 70 da Lei nº 8.559/2006 (Reorganização Administrativa do Estado), tendo como missão ser referência no combate ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e as formas correlatas de intolerância no Maranhão, e na implementação das políticas de promoção da igualdade racial, tornando-se assim, um importante marco no enfrentamento político contra as desigualdades étnico raciais no Estado. Essas ações serviram para fortalecer e incentivar a criação de mais mecanismo de enfrentamento do racismo e da melhoria para o atendimento à saúde da população negra no Maranhão.

Houve ainda a criação do Conselho Estadual de Política da Igualdade Étnico-Racial pela Lei 8.615/2007 - ambos resultantes das reivindicações do movimento negro maranhense e de outros grupos sociais afetados por discriminação racial e outros meios de intolerância. No ano seguinte, 2008, em decorrência da execução dos projetos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da UFMA, a socióloga Ana Luisa Borges, vinculada a SES-MA participou do Curso de Metodologia da Pesquisa em Saúde da População Negra, ofertado pela UNICAMP, o que fortaleceu ações governamentais. (idem, 2017, p.14)

No ano de 2009, foram realizadas, algumas atividades como Oficina com Mulheres de Axé; II Seminário de religião e saúde para povos de terreiro e comunidade; Apoio ao V Encontro maranhense de culto afro-brasileiro; Seminário Estadual para Juventude de Terreiro em parceria com a SEIR e RENAFRO e a participação no Seminário Nacional de Saúde da População Negra em Porto Alegre e na Oficina Nacional para Qualificação Técnica em Saúde da População Negra das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. No ano de 2010, foram realizadas reuniões Intersetoriais entre a SES e SEIR para construção do plano de

combate a feminização da AIDS; Reunião Intersetorial com Ministério da Saúde para discussão sobre a implementação da saúde integral da população negra e quilombola no Estado e a Oficina com mulheres negra e quilombolas em parceria com o grupo de mulheres Mãe Andreza e RENAFRO. Dentro dessas ações podemos destacar ainda muitas outras ações.

Destaca-se ainda neste ano, a publicação da Lei nº 9.169 /2010 que dispõe sobre a legitimação de terras dos remanescentes das comunidades dos quilombos, regulamentando o artigo 229 a Constituição Estadual de 1989 e a realização da pesquisa “Vulnerabilidades às DST/AIDS entre Jovens de uma Comunidade Quilombola no Município de Turiaçu”, Jamary dos Pretos, pelo enfermeiro pesquisador Raimundo Luís Silva Cardoso, do Mestrado Saúde e Ambiente/UFMA, em que foi estudado o processo de juvenalização da epidemia de HIV/ AIDS, tornado os jovens alvos de discussões de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. (SES-MA, 2017, p.15)

Dentro de tais ações podemos destacar a Portaria SES/MA Nº 080/2013 que estabeleceu o Comitê de Equidade em Saúde, formado por representantes de instituições governamentais e não governamentais com o objetivo de acompanhar e implementar as políticas de promoção da equidade em saúde, da população negra, quilombola, do campo e floresta, ribeirinha, LGBT, moradores em situação de rua, acampados, assentados e ciganos, juventude, adolescentes em conflito com a lei e albina. Registra-se ainda a propositura de institucionalização de um Núcleo Estadual Específico para as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde na SES-MA, visto que desde 2016 vem atuando vinculando a Superintendência de Atenção Primária, Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, em sua primeira gestão sendo conduzido pela técnica da SES/MA, Eliane Cristina Cantanhede Oliveira Vera Cruz, com uma agenda política efetiva, dentre as quais cita-se a realização de rodas de diálogo intersetorial com representações das populações específicas e de políticas pública, além da construção da agenda de saúde da população LGBT em conjunto com o próprio movimento e a Secretaria de Direitos Humanos e Participação Popular - SEDHIPOP. Outras ações podem destacar as ações em anos seguintes:

O ano de 2014 foi marcado por inúmeras ações realizadas pela SES: Oficina para mulheres negras empreendedoras em parceria com SEIR e RENAFRO; Seminário Estadual para povos de terreiro em parceria com SEIR no Distrito Itaqui Bacanga; Participação em Reunião Intersetorial com SEIR, Conselho Estadual de Igualdade Racial e RENAFRO para a construção do Plano Estadual de Desenvolvimento Sustentável para Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana; Seminário Nacional para Comunidades Quilombolas em Alcântara em parceria com MS/DAGEP; Seminário Estadual de Mulheres de Axé em parceria com RENAFRO; I Seminário Estadual Homens de Axé em parceria com MS e SEIR nas regiões de São Luís, Itapecuru Mirim, Viana e Santa Inês; Participação na Comissão Temporária Estadual de Gestão Integrada para o Desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola no Estado do Maranhão na região de São Luís; Elaboração das Diretrizes e Metas das Populações Negra/Quilombola, Cigana, do Campo, Floresta e Águas, LGBT, em Situação de Rua e Indígena, no Plano Estadual de Saúde e a elaboração das Diretrizes e Metas na

Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde/PGASS da População Negra (2012 – 2015); Qualificação de profissionais para o preenchimento e registro do Quesito Raça/Cor nos instrumentos utilizados na saúde e sensibilização dos usuários para a auto declaração; Seminário Estadual da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra com foco em áreas quilombolas e de comunidades de matriz africana. (SECRETARIA DE SAÚDE, 2017, p.16)

As ações a partir do ano 2015 no âmbito governamental voltaram-se para a estruturação e fortalecimento da intersectorialidade. As secretarias de estado da Saúde, Mulher e Igualdade Racial estabeleceram uma agenda permanente e sistemática de planejamento conjunto e articulado para ações da promoção da igualdade racial, com prioridade para população negra, incluindo a instituição de um Grupo de Trabalho interinstitucional, com participação de representantes de movimentos social negra e academia.

Destacam-se a iniciativa de estudos sobre as triagens universais (para identificação das doenças falcêmicas), e redução da mortalidade materna e infantil na população negra. Foram realizadas ações emergências em municípios prioritários e de menor IDH. Em 2015, a SES participou da Comissão de Elaboração do Projeto da Campanha Estadual contra o Racismo. Ano também em que a SEIR passa a ser vinculada à Secretaria de Estado dos Direitos Humanos e Participação Popular, através de Medida Provisória nº 184/2015, tendo a missão de articular, coordenar e monitorar a implementação da Política de Promoção da Igualdade Racial e Ações Afirmativas, no combate ao racismo e garantia de direitos da população negra e dos povos e comunidades tradicionais.

Além das atuações descritas, apontam-se a concretização de assessoria técnica aos gestores municipais de saúde e comunidades quilombolas em seus municípios; Confecção de material educativo (calendários, agenda e manual do Agente Comunitário de Saúde) com abordagem às populações em situação de vulnerabilidades, e doenças de maior prevalência na população negra, bem como os aspectos clínicos e epidemiológicos.

Como um importante marco no fortalecimento da Política de Promoção de Igualdade Racial, ressalta-se a realização de 4(quatro) Conferências Estaduais de Igualdade Racial (2005, 2008, 2013 e 2017). Em todo o eixo da saúde foi amplamente discutido, com elaboração de propostas prioritárias.

Ressalta ainda, a plena atuação do Grupo de Trabalho denominado “Anemia Falciforme”, da SES/SAPS, que reúne representantes de várias instituições (governamentais e não governamentais), a exemplo do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão (HEMOMAR), que coordena a política de sangue e hemoderivados, sendo a referência estadual para o atendimento das pessoas com traços e doenças falciformes, a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) que no tocante as triagens universais, é entidade contratualizada pela SES-MA(pactuação na Comissão Intergestora Bipartite) para o processamento das amostras de sangue (teste do pezinho) e o manejo dos casos de crianças com resultado positivo para umas das doenças triadas em atendimento especializado, e a Associação de Pessoas com Doenças Falciformes e Talassemia do Maranhão (ASPDOSP). Tem por objetivo discutir de forma qualificada estratégias para a

implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme no âmbito estadual e municipal. (SECRETARIA DE SAÚDE, 2017, p.20)

A instituição da Comissão Estadual Técnica Científica e de Gestão da Triagem Neonatal e a elaboração do Plano Estadual para a Triagem Biológica Neonatal – Teste do Pezinho, que objetiva ampliar o acesso a esse teste visando alcançar a meta de 100% dos recém-nascidos vivo no estado, complementam o conjunto de iniciativas promovidas pela SES no ano de 2017, cujos impactos serão significativos na saúde da população negra.

Agrega-se as ações apontadas, a parceira com a SEMU no efetivo apoio e contribuição aos Conselhos Estaduais de Saúde e da Mulher, na realização de sete Conferências Macrorregionais de Saúde das Mulheres, sediadas nos municípios de Bacabal, Caxias, Imperatriz, Itaipuru, Pinheiro, Presidente Dutra e São Luís e a 2ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres do Maranhão, que reuniu as (os) delegadas (os) eleitas (os) nas conferências macrorregionais e elegeu seus representantes para participar da Conferência Nacional de Saúde das Mulheres em Brasília.

Em todas as etapas (incluindo diversas conferências livres), foi notória a representatividade da diversidade das mulheres: negras, quilombolas, marisqueiras, trabalhadoras rurais, quebradeiras de coco babaçu, raizeiras, benzedeiras, Yalorixás, lésbicas e transexuais, profissionais do sexo, que participaram das discussões dos quatro eixos trabalhados, com ênfase para o eixo que discutiu as “Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres” que contemplou dentre a diversidade, a situação da saúde da mulher negra.

As propostas aprovadas, de âmbito nacional, foram encaminhadas para a Conferência Nacional de Saúde das Mulheres e as propostas de âmbitos estadual e municipal, foram consideradas quando da elaboração desta política, constando no I Plano Operativo. Essas ações serviram para a construção efetiva dessa política.

Para a construção de uma Política Estadual de Saúde Integral da População Negra, Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola no Maranhão é imprescindível uma análise histórica e cronológica da Agenda Política de luta pela atenção à Saúde Integral da População Negra, tendo como marco cronológico o ano de 1993, quando o Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN), Organização do Movimento Negro, fundado em setembro de 1979, compartilha desafios e experiências com os Projetos ODO-YÁ – VIDA COM AIDS do Instituto de Estudos da Religião (ISER) 1993. (SECRETARIA DE SAÚDE, 2017, p.19)

A participação efetivo Movimento Negro, do Movimento de mulheres negras e das comunidades tradicionais de matriz africana, que se destacaram-se no cenário nacional, por contribuírem efetivamente nas ações de mobilização e intervenção junto ao poder público,

desempenhando um papel importante no processo de discussão de uma Política Nacional de Saúde, que considera as especificidades da população negra brasileira, resultando em eventos/ações que marcaram (ainda marcam) a luta por condições dignas de saúde para a população negra.

No Maranhão, a Agenda Política do Movimento Negro e de Mulheres Negras se inicia efetivamente com a realização do I Seminário Estadual sobre Anemia Falciforme, em julho de 1998, um marco histórico, coordenado pelo Grupo de Mulheres Negras MÃE ANDRESA e pelo Departamento de Patologia, da UFMA, destacando-se aqui na coordenação, a militante do Movimento de Mulheres Negras, Ana Silvia Cantanhede (in memoriam) e o professor Mestre Luiz Alves Ferreira (Luizão), quilombola, médico e um dos fundadores do CCN.

Entre 2000 e 2014 diversas e importantes ações foram protagonizadas no Maranhão coordenadas pelo movimento negro, através do Centro de Cultura Negra - CCN, da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde – RENAFRO e do Centro de Formação para a Cidadania AKONI (mulheres guerreiras na língua africana Yorubá) que contribuíram para construção da Política Nacional, destacando-se: o Fórum sobre doenças étnicas do Maranhão, resultado da articulação entre o Centro de Formação para a Cidadania AKONI, a Sociedade Maranhense dos Direitos Humanos-SMDH, a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís - SEMUS e o Departamento de Patologia/UFMA - 2000; Projeto ATÓ IRÊ: Religiões Afro-brasileiras e Saúde do Centro de Cultura Negra do Maranhão (2001); Criação da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde no II Seminário de Religiões Afro-brasileiras e Saúde, realizado em São Luís (2003); I Encontro Estadual da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde realizada em Cururupu (2006); Projetos: EKÓ ILERÁ: (Re) Construindo um Mundo ERÊ, com o apoio da UNICEF (2007/2008), Tem Terreiro, Tem Saúde para lideranças de matriz africana e gestores (as) de saúde de São José de Ribamar e Paço do Lumiar, com o apoio da SES (2008) e PELÚ TI ILERÁ para Lideranças de Matriz Africana e gestores (as) de São Luís, com o apoio da SEMUS (2009); I Encontro Nacional de Mulheres de Axé(2009) e do I Encontro de Mulheres de Axé do Maranhão (2010), ambos realizados em São Luís e coordenados pela Yalorixás Luzimar Brandão (Mãe Luza de Oxum); III Encontro Estadual de Mulheres de Axé e Quilombolas do Maranhão em São Luís(2013);II Encontro Nacional de Homens de Axé e I Encontro Estadual de Homens de Axé do Maranhão em São Luís (2014). (MARANHÃO, 2017, p.21)

Nesse período, registra-se um importante acontecimento de luta pela saúde das pessoas com traços e doenças falciformes e conseqüentemente, de fortalecimento da luta pela saúde da população negra no Estado - a criação da Associação de Pessoas com Doenças Falciformes e Talassemia do Maranhão (ASPDOSP) em 2006, que desde então, vem contribuindo para acolher os portadores e doentes, de modo a possibilitar orientações, acompanhamento e tratamento na rede pública de serviços e exigir do poder público o

estabelecimento de uma linha de cuidado com referência e contra referência, nos diferentes níveis de atenção.

A Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão, apresenta diretrizes e princípios para que seja conduzida a saúde da população negra em âmbito estadual e que sejam tomadas decisões que ajude a erradicar o racismo nos estabelecimentos de saúde, impedindo o racismo institucional e colabore para que a equidade de direitos sejam efetivadas.

#### Princípios

- Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).
- Reafirma-se os princípios do SUS, constantes da Lei n.º 8.080/1990: universalidade do acesso; A integralidade da atenção; A igualdade da atenção à saúde; e a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7.º, inc. I, II, IV IX). E considera o Decreto 7.508/2011, no tocante ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa para a operacionalização das redes de atenção à saúde.
- Os princípios da participação popular e do controle social somam-se aos demais como instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. (Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990).
- O outro princípio é o da equidade, considerando a iniquidade racial, como fenômeno social amplo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos, discriminação e racismo para o alcance da igualdade.

#### Missão

Combate do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

#### Diretrizes

- I - Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- II - Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- III - Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- IV - Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas tradicionais populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- V - Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e
- VI - Desenvolvimento de processos de educação, informação, comunicação que

desconstruam estereótipos, estigmas e preconceitos e fortaleçam a identidade e pertencimento negro que contribuam para a redução das vulnerabilidades.

## OBJETIVOS

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate do racismo e da discriminação na sociedade, nas instituições e nos serviços do SUS.

- Promover o acesso da população negra, dos povos e comunidades tradicionais nas ações e serviços de saúde;
- Reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos prevalente da população negra, observando os ciclos geracionais de vida;
- Garantir o cumprimento do preenchimento do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de informação do sistema SUS;
- Definir, pactuar, monitorar e avaliar os indicadores e as metas para a promoção da vigilância em saúde e da equidade étnico-racial, considerando as especificidades municipais, macrorregionais e estadual;
- Fortalecer a participação e a representação da População Negra nas instâncias de controle social do SUS.
- Fomentar a realização de estudo, pesquisa e elaboração de indicadores voltados a população negra e aos povos e comunidade tradicionais;
- Aprimorar a qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde nos serviços públicos, conveniados e contratado com o SUS.

Para o alcance dos objetivos desta política, foi elaborado o I Plano Operativo Estadual, estruturado por prioridades a partir dos eixos: acesso da população negra às redes de atenção à saúde; Promoção e vigilância em saúde; Educação permanente em saúde e produção do conhecimento em saúde da população negra; fortalecimento da participação e do controle social e monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra. Contém as propostas levantadas no processo das Escutas Territoriais entre a diversidade de participantes: líderes e representantes de movimento negro, quilombola, matriz africana, gestores e profissionais de saúde, e da sociedade em geral. (SES- MA, 2017, p.29-31)

Uma das doenças que está genuinamente ligada à etnia negra, que merece atenção específica para o atendimento da população negra, é a anemia falciforme. A anemia falciforme é uma das doenças mais negligenciadas, cujo índice de manifestação na população é alto, principalmente entre os negros. É uma clara demonstração de como o racismo influencia na ciência, nos serviços e na construção de políticas públicas. “Há 105 anos já havia estudos sobre anemia falciforme, e até hoje muitos médicos, enfermeiros e outros profissionais ‘não a conhecem’”. A doença falciforme não é desconhecida, o que há em relação à doença é a desinformação.

Em agosto de 1996, grupo de trabalho criado por Portaria do Ministério da Saúde concluiu a elaboração do Programa de Anemia Falciforme - PAF- cujo os componentes são a busca ativa de casos, o conhecimento da real extensão da doença , a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento , o cadastramento de doentes, o desenvolvimento de ações educativas , treinamentos de recursos humanos, a pesquisa, a bioética e a configuração de centros de referencias .

Coordenado pela ANVISA esse grupo-criado em 10 de maio de 1996, pela portaria MS nº 951- é composto por professores universitários médicos que participam da assistência. Ensino e pesquisa sobre a doença falciforme. Estima-se que surge um caso de doença falciforme a cada 1:500 nascimentos, o que representa 200 novos casos por ano.

O Programa de Triagem Neonatal, instituída pela portaria do MS Nº 822, de 06 de junho de 2001, mas já era realizada por algumas instituições desde o ano de 1997.

Segundo os dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal, sua ocorrência é de 30:1000 de nascidos vivos; esses dados apontam uma alta mortalidade infantil, uma vez que 80% das crianças não tratadas não chegam aos 5 anos de idade. Esta pesquisa, ainda em estado inicial, tem demonstrado que, apesar da gravidade do problema, a questão da saúde da população negra só entrou em evidência com a cobrança dos ativistas do movimento negro que apontou claramente desigualdades étnicas e raciais no Brasil também quanto à saúde pública. Observamos também que mesmo depois da Lei Nº 12.288/2010 (Estatuto da Igualdade Racial), a dificuldade de acesso ao tratamento médico para população negra brasileira permanece, apontando claramente não apenas o descumprimento da Lei, como também a manutenção da situação histórica de desigualdade e exclusão social da população negra nas diversas esferas de nossa sociedade.

As questões que envolvem a doença falciforme são tão sérias que devemos incorporar o debate a cerca do racismo institucional dentro das salas de aula, eventos temáticos, rodas de conversas etc. os diferentes processos de sensibilização deve perpassar pelo debate social com os diversos grupos marginalizados – como mulher negra, negros, indígenas, travestis – para abordar como as diferenças sociais e estigmas interferem no acesso aos serviços de saúde.

Em 2005, foi instituída, por meio da Portaria/GM nº1391, a Política Nacional de Atenção à Doença Falciforme. Esta política foi uma resposta do governo movimento negro no Brasil, levando em consideração a alta prevalência da doença no Brasil.

Além dessa portaria o governo define outras portarias para que sejam incorporadas no atendimento ao doente falciforme, como elenca o Ministério da saúde:

Portaria GM/MS nº 2.084, de 9 de setembro de 2009, artigos 187 e 188: regulamenta o Sistema Único de Saúde;

Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009: aprova o componente especializado da assistência farmacêutica (quelante oral de ferro);

Portaria GM/MS nº 55, de 29 de janeiro de 2010: dispõe sobre o protocolo clínico e sobre as diretrizes terapêuticas para o uso de hidroxiureia (HU) em doença falciforme;

Portaria GM/MS nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, (Rede Cegonha): inclui o exame de eletroforese de hemoglobina para detecção da anemia falciforme no pré-natal;

Portaria GM/MS nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011: dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS;  
Portaria GM/MS nº 745, de 3 de agosto de 2012: inclui no procedimento .05.02.0011 – ecodopplertranscraniano – o instrumento de registro APAC e o valor de R\$ 117,00 no serviço ambulatorial;  
Portaria GM/MS nº 1.760, de 17 de agosto de 2012: estabelece recurso a ser disponibilizado aos estados e municípios para o procedimento de dopplertranscraniano;  
Portaria SAS/MS nº 473, de 26 de abril de 2013: estabelece o protocolo de uso de dopplertranscraniano como procedimento ambulatorial na prevenção ambulatorial do acidente vascular cerebral e encefálico em pessoas com DF;  
Portaria GM/MS nº 27, de 12 de junho de 2013: incorpora o uso de hidroxiureia em crianças com doença falciforme no Sistema Único de Saúde (SUS);

O governo define uma série de diretrizes para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, levando em consideração todas as portarias já definidas.

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, como diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias:

I - a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias;

II - a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede;

III - a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente;

IV - a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme;

V - a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;

VI - a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e.

VII - a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Parágrafo único. As diretrizes de que trata este artigo apoiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (SECRETARIA DE SAÚDE, 2017)

A doença falciforme possui em seu quadro de sintomas uma série de agravos que pode causar a morte do indivíduo, e muitos desconhecem tais indícios da doença. Segundo os dados do Ministério da Saúde, 2001;

1. Septicemia pneumocócica fulminante, o agente mais comum é o *Pneumococcus*, além do *Haemophilus*. O curso é rapidamente letal, ocorrendo a morte em menos de 24 horas. Algumas vezes a progressão é mais lenta e insidiosa. Febre é o primeiro e mais importante sintoma. A febre nesta doença pode ser manifestação secundária do episódio de crise dolorosa, provavelmente como resultado da anóxia tecidual e liberação de interleucinas. Entretanto, em crianças, ela pode ser a única indicação de processo infeccioso. Outros sintomas são convulsões, coma, choque circulatório, coagulação intravascular disseminada, síndrome da Waterhouse-Friederichsen (insuficiência adrenal aguda). As infecções pneumocócicas são menos frequentes após a primeira década de vida e outros agentes, encontrados na população normal, tornam-se comuns, sugerindo a necessidade de avaliação bacteriológica previamente à administração de antibióticos. No entanto, também nesta faixa etária, a febre persistente e maior que 38,5°C não deve ser encarada como resultante da vaso-occlusão. O tratamento envolve: a) altas doses de penicilina cristalina endovenosa; b) corticosteroides quando há sinais de choque; e c) tratamento da coagulação intravascular disseminada, quando presente.

2. Meningite pneumocócica A meningite bacteriana acomete 6%–8% dos pacientes com anemia falciforme e, em 70% dos casos, é causada por *Pneumococcus*; 70%–80% dos casos ocorrem antes dos dois anos de idade, muitas vezes antes que se tenha feito o diagnóstico da hemoglobinopatias subjacente. Além disso, são, comuns os ataques e correntes.

A letalidade está entre 18% e 38%, sendo as principais seqüelas o retardo mental, a surdez, a cegueira, as paralisias e a hemiparesia. O tratamento inclui penicilina cristalina endovenosa em doses adequadas para tratar meningites (após coleta de material para cultura e antibiograma).

3. Pneumonias, a associação de febre com leucocitose e infiltrado pulmonar (muitas vezes com dor torácica e tosse) é descrita sob a denominação de "síndrome torácica aguda". A síndrome torácica aguda ANEMIA FALCIFORME E DOENÇAS FALCIFORMES 20 pode ser causada por infarto pulmonar ou por pneumonia, ou ainda por um infarto posteriormente infectado. A distinção entre eles é difícil ou mesmo impossível. Em crianças, a síndrome torácica é geralmente devida à pneumonia; em adolescentes e adultos, a frequência de infartos é maior.

4. Osteomielites são infecções muito mais comuns em pacientes com doenças falciformes do que na população normal. Esta ocorrência aumentada deve-se a áreas de infartos ósseos ou de medula óssea que constituem locais apropriados para se assestarem germes absorvidos pelo tubo gastrointestinal. O agente infeccioso mais comum é a *Salmonella*, em 50%-75% dos casos, enquanto na população normal (sem doença falciforme), a *Salmonella* é uma causa rara de osteomielite (o agente mais comum é o *Staphylococcus*). Além do mais, múltiplos focos podem ser afetados simultaneamente.

5. Hepatites a incidência de hepatite viral em pacientes com síndromes falciformes é elevada, principalmente de hepatite B e hepatite C. Esta maior ocorrência não é resultante de uma maior suscetibilidade à infecção, mas sim da maior exposição do doente, principalmente devido a transfusões sanguíneas repetidas.

D. Crises dolorosas A crise de dor representa a manifestação mais comum e característica das síndromes falciformes. A dor pode comprometer membros, extremidades, região lombar, tórax ou abdômen. Nos membros, muitas vezes dão a impressão de se localizarem nas articulações, embora como regra geral não haja sinais inflamatórios (não é, pois, uma verdadeira artrite). No entanto, nos primeiros anos de vida, o comprometimento das mãos e dos pés é acompanhado de edema, resultando na manifestação característica da "síndrome mão-pé", que não é encontrada em pacientes mais velhos. As áreas envolvidas mais frequentemente são joelho, coluna lombo-sacra, cotovelo e fêmur e, em crianças menores de 5 anos, a

síndrome mão-pé. Múltiplos sítios podem ser afetados simultaneamente, sendo que a dor bilateral e simétrica ocorre na maioria dos casos.

A intensidade da dor é bastante variável, desde episódios moderados e transitórios (5 a 10 minutos de duração), até crises de dor generalizada que duram dias ou semanas, necessitando de internação hospitalar. O padrão de dor varia de um paciente para outro, alguns com ataques graves repetidos, outros negando qualquer sintomatologia dolorosa, e cerca de metade deles comum a crise grave por ano ou múltiplas crises moderadas.

Estas crises de dor são acompanhadas de febre e muitas vezes de urina "escura", e resultam de necrose avascular de medula óssea ou de outros tecidos (parede intestinal, baço). Entre os ANEMIA FALCIFORME E DOENÇAS FALCIFORMES 21 possíveis fatores desencadeantes, incluem-se: infecções, alterações climáticas, fatores psicológicos, altitude, acidose, sono e apnéia, estresse e desidratação. Na maioria dos casos, no entanto, não é possível a identificação do fator etiológico.

E. Sequestro esplênico, representa uma complicação resultante da rápida retenção de grande volume de hemácias no baço aumentado de volume. O sequestro esplênico pode constituir uma complicação extremamente grave, associada à alta letalidade devida ao choque hipovolêmico que a caracteriza. A crise de sequestro esplênico pode ser identificada pelo rápido aumento do baço, queda da hemoglobina (mais do que 2 g/dl em relação ao nível basal) e indícios de persistência da resposta compensatória eritróide pela medula óssea (reticulocitose e/ou eritroblastose). Esta última característica a distingue de outra causa de queda importante de hemoglobina nestes pacientes, a crise a plástica por infecção por parvo vírus.

F. Acidente Vascular Cerebral (21) (22), O infarto cerebral (predominante na infância) e a hemorragia intracraniana (predominante nos adultos) constituem as principais complicações do sistema nervoso central associadas às doenças falciformes, afetando quase 10% dos pacientes até a idade de 14 anos. A base histopatológica é representada por uma associação de lesões obstrutivas, proliferativas da parede vascular e desenvolvimento de extensa rede de circulação colateral.

G. Úlceras de Pernas, úlceras de membros inferiores constituem uma das mais frequentes manifestações da anemia falciforme, comprometem significativamente a qualidade de vida e capacidade de trabalho dos pacientes em virtude de sua cronicidade e resistência à terapia disponível, com elevadas percentagens de recorrência. A incidência de úlceras de membros inferiores é muito variável nos diferentes estudos, entre 25% e 75%. Outro aspecto de interesse é a variação da incidência em diferentes faixas etárias: esta complicação apenas aparece a partir da segunda década de vida. (ZAGO, 2001, p.18-21)

Atualmente em São Luís, o centro de referência no tratamento de doença falciforme é o Hemomar, mas toda a rede pública de saúde também está capacitada para receber os pacientes. Mas infelizmente não é o que ocorre na prática.

O Maranhão é o quarto estado com maior prevalência da doença, no país. Segundo os dados do Ministério da Saúde (2009), a cada 1400, crianças nascida viva uma possuía anemia falciforme, e uma a cada 23 crianças nascidas vivas possuem mutação do gene.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate que vem sendo pautado a cerca da saúde da população negra precisa ser intensificado para tanto é necessário a efetivação de tais políticas citadas anteriormente. A academia precisa ultrapassar os muros para que sejam debatidos com a sociedade, construir estratégias de efetivação das mesmas, juntamente com os governos em todas as suas esferas sejam elas, federal, estadual ou municipal. A uma urgência nessa divulgação de tais diagnósticos, análises e constatações.

A população negra por muito tempo lutou, por meio dos Movimentos Sociais, na busca pela humanização do acesso a saúde, contra as iniquidades dos serviços, o racismo institucional e efetivação da universalidade a esse direito social, a fim de dirimir algumas questões sociais, como falta de políticas educacionais, políticas de saúde e o combate ao racismo que é constante. A partir de suas lutas é que foram sendo geradas em algumas agendas estaduais, e que houvesse um amplo debate em torno de tais questões. Mas ainda há uma necessidade em se construir ou efetivar as políticas já existentes.

Percebemos também que apesar das leis e decretos existentes, muito ainda precisa se conquistar. Embora haja uma política específica voltada para questão étnico/racial, percebemos que não há uma visibilidade nessa temática, entretanto desde 1988, existem princípios constitucionais que atestam o direito da população negra a uma saúde específica. E essa falta de uma maior divulgação se reflete no atendimento ao paciente, ao diagnóstico e tratamento do mesmo.

Muitas são as políticas de saúde para a população negra e para doente de anemia falciforme, mas necessita de monitoramento e aprimoramento, manutenção no combate ao racismo institucional e a eficiência na aplicabilidade das políticas já existentes. A circulação entre as redes existentes nas mais diversas esferas do governo e a participação dos ativistas e movimentos sociais e movimentos negros, para que sejam cumpridas as agendas determinadas. O controle, prevenção e a divulgação dos índices positivos durante o processo de tratamento. A expansão desses documentos torna-se tão necessária quanto à elaboração de tais documentos.

O doente falciforme e seus familiares necessitam de uma maior atenção e suporte para que a vida do doente seja preservada e aqueles em melhores condições no estágio da

doença possam viver em “condições de vida quase que igual ao não doente”. Os doentes devem ser garantidos a eles uma melhor infraestrutura de moradia, alimentação e acompanhamento para que as vidas desses doentes tenham uma maior qualidade.

A anemia falciforme é a doença genética comum no Brasil, com cerca de 200 mil casos por ano. A deformação nas hemácias traz sérias complicações de saúde, como dores, úlceras e implicações no sistema circulatório. No Brasil os registros mostram que um a cada mil brasileiros têm anemia falciforme.

Não adianta o conhecimento acadêmico ficar limitado à academia, ou a informação do campo não chegar à universidade. É preciso diálogo e intercâmbio entre os dois, é importante alutar contra a invisibilidade desta doença e as parcerias com os movimentos sociais, para garantir estratégias que leve a melhoria da saúde desses doentes.

Ao se debater e analisar a inclusão do negro dentro dessas políticas públicas, na dinâmica brasileira, deve-se questionar a real inclusão da população negra enquanto ator social e político, na sua organização. Tratar a questão racial no Brasil está diretamente ligada à problemática da desigualdade social, sendo que existem vários estudos dedicados ao tema da condição do negro no seio da sociedade brasileira, bem como os papéis preteridos à população negra, enquanto ator social e componente de uma identidade nacional.

## REFERÊNCIAS

**BRASIL**, Lei Nº 3.353, de 13 de Maio de 1988, Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM3353.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3353.htm) acessado em 23/04/2019

**BRASIL**, Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, poder Executivo, Brasília, DF, 05 out.1988. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) > Acesso em 20 de janeiro de 2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Saúde da População Negra: Construindo políticas universais e equânimes no Brasil, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendentes, 2001, p.18-31.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 setembro 1990. Acessado em 14/02/2019

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.678, de 23 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, poder Executivo, Brasília, DF, 26 de maio de 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.678.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.678.htm) acessado em 16/02/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde ,PORTARIA Nº 1.391, DE 16 DE AGOSTO DE 2005. Disponível em : [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391\\_16\\_08\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html). Acesso em 17 /02/2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (I Conapir ): Relatório Final. Brasília, Distrito Federal, 2005.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/pdf/saudepopneg.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf) acessado em 4/03/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 20

p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo\\_pep.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf) Acesso em 12/01/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília, 2007

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

\_\_\_\_\_, Retrato DAS DESIGUALDADES GÊNERO RAÇA, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Raças e etnias – 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/raca\\_etnias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/raca_etnias.pdf) acessado em 16/2/2019

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário [da] República Federativa do Brasil. 21 jul. 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm) acesso em 04/01/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf) acessado em 13/02/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2015.pdf) acessado em 04/03/2019

**Atlas da Violência**, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, e FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Rio de Janeiro, 2017, p.30. disponível em:[http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2017.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf)  
Acessado em 30/03/2019

**Atlas da Violência**, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Rio de Janeiro 2018, p.44. disponível em:  
[http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossies/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/06/IPEA\\_FBSP\\_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossies/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/06/IPEA_FBSP_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf)  
acesado em 30/03/2019

**ALMEIDA**, Silvio Luiz de, O que é Racismo Estrutural?, Belo Horizonte (MG), Letramento, 2018.

**BATISTA**, Luís Eduardo; **WERNECK**, Jurema; **LOPES**, Fernanda. (Orgs). **Saúde da População Negra**. Brasília, DF: ABPN, 2012.(Coleção Negras e Negros: pesquisa em debates).

**CARDOSO**, Raimundo. Vulnerabilidades às DST/AIDS entre Jovens de uma Comunidade Quilombola do Município de Turiaçu. Dissertação de Mestrado em Saúde e Ambiente. São Luís: UFMA, 2010.

**COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE** (Brasil). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abr. 2008. Disponível em:  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf) acesso 21/01/2019

**CRIOLA**. Saúde da População Negra - Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. RJ, 2010.  
Disponível em [http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2\\_Saude.pdf](http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf)

**CRUZ**, Isabel Cristina Fonseca da, SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: Enfrentando o Racismo Institucional, unidade 3, 2016, p.45. UNA SUS ( Universidade Aberta do SUS)

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**, Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.  
**DECLARAÇÃO DA UNESCO SOBRE RAÇA E OS PRECONCEITOS RACIAIS**. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/UNESCO-Organiza%C3%A7%C3%A3o-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Educa%C3%A7%C3%A3o-Ci%C3%A2ncia-e-Cultura/declaracao-sobre-a-raca-e-os-preconceitos-raciais.html> acesso em 27/04/2019

**DIAS**, Jussara; **GIOVANETTI**, Márcia R.; **SANTOS**, Naila J. Seabra (ORGs). Perguntar não ofende: **QUAL É A SUA COR OU RAÇA/ETNIA?**: responder ajuda a prevenir. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, 2009. 105 p. Disponível em:  
[http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos\\_biblioteca.crt/livro\\_quesito\\_cor.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca.crt/livro_quesito_cor.pdf)

**EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**, 2009. 24 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Acessado em 04/02/ 2019

**ESTADÃO**. Brancos têm duas vezes mais acesso a planos de saúde no Brasil que negros. 2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,brancos-tem-duas-vezes-mais-acesso-a-planos-de-saude-no-brasil-que-negros,799485,0.htm> acesso em 27/01/2018

**GOHN, M.G.** Teorias dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. São Paulo: Loyola, 2011. 383p

**GOMES, L. F.** Abismo entre brancos e negros ainda é muito grande no país. Jus Navigandi, dez. 2012. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/23171/abismo-entre-brancos-e-negros-ainda-e-muito-grande-no-pais>

GUIA de enfrentamento ao racismo institucional e desigualdade de gênero. Promoção da equidade em saúde. Geledés, 2013. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1592](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592) acesso em 21/01/2019

**HEILBORN, Maria Luiza; ARAÚJO, Leila; BARRETO, Andreia (Org.)**. Gestão de políticas públicas em gênero e raça: módulo I-v0. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2010. Acesso em 17/01/2019.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2015. P.53

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf). Acesso em: 20/01/2019.

**JACCOUD, Luciana, (ORG)** ,**A Construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial**: uma análise dos últimos 20 anos, Brasília: Ipea, 2009.

**LOPES, Fernanda**. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, out. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 12 dez 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>

**MANDARINO, Ana Cristinade Souza; GOMBERG, Estélio**. **Leituras Afro-brasileiras**: territórios, religiosidades e saúdes, Salvador, BA: EDUFBA, 2012. P.45

**MENDONÇA, Maísa; WERNECK, Jurema ;WHITE, Evelyn C. (ORGS)**. O Livro das Mulheres Negras : nossos passos vem de longe. 2ª .ed. Rio de janeiro: Pallas/Criola, 2006

**MESA REDONDA SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**: relatório final/ Ministério da Saúde – Brasília, 1996

**OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população Negra no Brasil.** Brasília: OPAS/OMS, 2001.

**SAÚDE** da População Negra: passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Criola, 2010. Disponível em: [http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2\\_Saude.pdf](http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf) Acesso em 17/01/2019

**SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**, 2004, Brasília. Síntese do relatório... Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seminario\\_pop\\_negra.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seminario_pop_negra.pdf) Acesso em 12/01/2019

**SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (SEPPIR)**, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Brasília, 2007.

**SILVA, Silvio José Albuquerque e.** As Nações Unidas e a luta internacional contra o racismo, Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.

**SILVA, Tatiana Dias, GOES, Fernanda Lira, (ORGS), Igualdade Racial no Brasil:** reflexõesno Ano Internacional dos Afrodescendentes- Brasília: Ipea, 2013.

**TORRES, C.** Etnicidade e saúde: outra perspectiva para alcançar a equidade. In: Equidade em saúde: pelo prisma da etnicidade. Organização Pan-Americana de la Salud. Washington, OPS, pp. 155-204, 2001.

