RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SAÚDE

IGUALDADE RACIAL É PRA VALER
AÇÃO PELO FIM DO RACISMO

2011 ANO INTERNACIONAL DOS AFRO DESCENDENTES

Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Distribuição e Informação:
Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR
Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 9° andar
CEP.: 70.054-906 – Brasília – Distrito Federal
Telefone: 61 2025-7079
www.seppir.gov.br
http://twitter.com/SEPPIR
http://facebook.com/seppir.presidencia

Presidenta da República Federativa do Brasil
Dilma Rousseff
Vice-Presidente
Michel Temer

Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Luiza Bairros

Elaboração da Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas - SPAA/SEPPIR
Colaboração do Comitê Técnico de Saúde da População Negra

RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SAÚDE

Brasília 2011

A EQUIDADE NA SAÚDE TEM QUE SER PRA VALER!

A saúde é um bem público global e um direito fundamental de todos os seres humanos. É um conjunto de condições individuais e coletivas, influenciado e determinado por fatores econômicos, políticos, ambientais e socioculturais. Significa dizer que as pessoas têm o direito de ter uma vida saudável, sem doenças ou sofrimentos evitáveis ou mortalidade precoce.

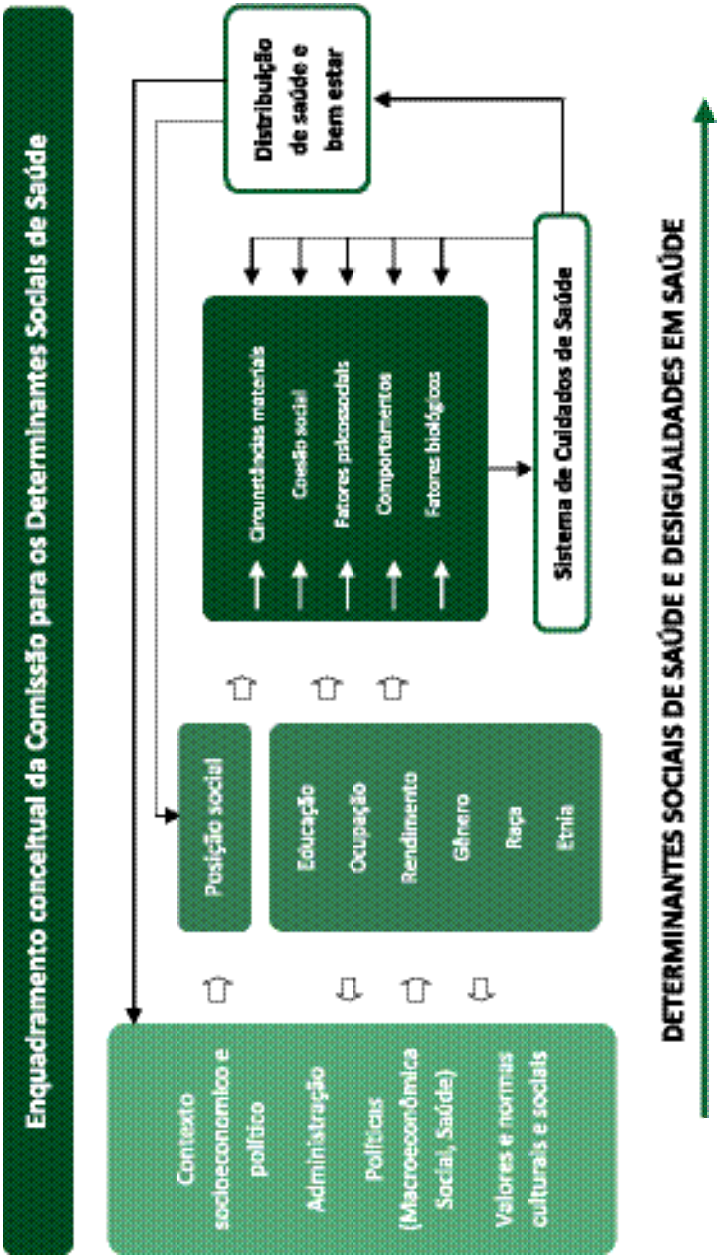
O conceito de saúde carrega em si um longo processo de discussão e negociações, que tem se dado em fina sintonia com o que se entende por cidadania. Ainda no século XIX, se assistiu à emergência da associação entre saúde e condições sociais de vida, pelas quais perpassavam as condições de trabalho, moradia, educação, entre outros. Paralelamente a isso, instituía-se o conceito de saúde coletiva.

Mas foi apenas em meados do século XX, vivida a experiência da Segunda Guerra Mundial e com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que se tornou possível o estabelecimento de um conceito universalmente aceito, compreendendo a saúde como "o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1946). Ainda que amplo, este conceito de saúde como um direito humano é o marco a partir do qual se definiram as noções de cuidados primários à saúde − porta de entrada para a garantia de tal direito (Scliar, 2007).

Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde derivam, principalmente, de fatores como: condições em que a pessoa nasce; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços potencialmente disponíveis.

As questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde. Embora nas últimas décadas, as taxas de mortalidade na população em geral tenham diminuído e aumentado a expectativa de vida, a população negra ainda apresenta altas taxas de morbi-mortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral.

Abaixo um quadro que demonstra o conceito de Determinantes Sociais da Saúde utilizado pela OMS[1]:



Fonte: Adaptado do Relatório da Comissão Global de Determinantes Sociais de Saúde. 2007.

[1]Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Relatório Final. OMS. 2010.

O RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

O ponto central deste debate é a associação positiva entre as condições de vida de homens e mulheres, de todas as idades, raças e classes sociais, e o estado de saúde; a concentração de riqueza e de poder afeta a saúde da população em geral e, mais especificamente, da população negra, que vive em sua maioria nas piores condições de vida.

É preciso considerar que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilégio de setores autodefinidos como racialmente superiores. Tais vantagens, ao conferir a esses grupos poder de manejo e controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tendem a tornar extremamente difícil seu engajamento na ruptura das prerrogativas resultantes da iniquidade e na repactuação ética necessária.

Um dos principais atributos das ideologias é se estabelecerem para além das individualidades, vontades ou opiniões, fixando-se internamente aos mecanismos de sociabilidade e grupalização.

Segundo a *Declaração da Unesco sobre a Raça e os Preconceitos Raciais*, de 27 de novembro de 1978, o racismo manifesta-se 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 um obstáculo 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[2].

A *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial*, adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 21 de dezembro de 1965, declara em seu preâmbulo que os países ali reunidos estão "*resolvidos a adotar todas as medidas necessárias para eliminar*

[2] UNESCO. Declaração sobre Raça e os Preconceitos Raciais. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm

rapidamente todas as formas e todas as manifestações de discriminação racial, e a prevenir e combater as doutrinas e práticas racistas com o objetivo de favorecer o bom entendimento entre as raças e conceber uma comunidade internacional livre de todas as formas de segregação e discriminação racial". Além disso, declara no artigo 1º, inciso IV que "*Medidas especiais tomadas com o objetivo precípuo de assegurar, de forma conveniente, o progresso de certos grupos sociais ou étnicos ou de indivíduos que necessitem de proteção para poderem gozar e exercitar os direitos humanos e as liberdades fundamentais em igualdade de condições, não serão consideradas medidas de discriminação racial, desde que não conduzam à manutenção de direitos separados para diferentes grupos raciais e não prossigam após terem sido atingidos os seus objetivos.*"

A *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, CEDAW*, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 18 de dezembro de 1979, declara no artigo 4º, inciso I, que "a adoção pelos Estados Partes *de medidas temporárias especiais visando acelerar a instauração de uma igualdade de fato* entre os homens e as mulheres não é considerada como um ato de discriminação, tal como definido na presente Convenção, mas não deve de nenhuma forma ter como consequência a manutenção de normas desiguais ou distintas; estas medidas devem ser postas à parte quando os objetivos em matéria de igualdade de oportunidades e de tratamento tiverem sido atingidos."

BOX 1:

Declarações, tratados e acordos internacionais assinados pelo Brasil que versam sobre o combate às desigualdades:

1. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).
2. Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Civis a Mulher (1948).
3. Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (1953).
4. Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho sobre discriminação em matéria de emprego e ocupação (1958).
5. Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965).
6. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966).
7. Convenção nº 100 sobre igualdade de remuneração de homens e mulheres trabalhadores por trabalho de igual valor (1951).
8. Convenção Relativa à Luta contra a Discriminação no Ensino (1967).
9. Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969).
10. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979).
11. Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984).
12. Convenção sobre os Direitos da Criança (1989).
13. Convenção nº169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT sobre Povos Indígenas e Tribais (1989).
14. Declaração dos Direitos das Pessoas Pertencentes a Minorias Nacionais, Étnicas Religiosas e Lingüísticas (1992).
15. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994).
16. Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (1999).
17. Declaração e Plano de Ação de Durban (2001).
18. Documento Final da Conferência de Revisão de Durban (Genebra, 2009).

A presença do racismo na saúde no plano internacional, bem como os caminhos necessários para a resolução do problema, adquire uma relevância compatível – ou maior – com os mais de 20 parágrafos que tratam especificamente do tema da saúde no Documento Final da *III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas/CMR*, convocada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas, ocorrida no ano de 2001, em Durban, na África do Sul tanto na parte relativa à Declaração como no Plano de Ação proposto (quase 10% do total). Este documento final aponta o racismo como um importante fator de produção de iniqüidades em saúde a que estão expostas as populações africanas e afrodescendentes. Destaca ainda, para os Estados da diáspora africana, a necessidade de tomar medidas para a redução das iniqüidades que os atingem em conseqüência. Isso sem levar em consideração as abordagens mais genéricas que terão conseqüências também na saúde.

Cabe ressaltar que a utilização do conceito raça para a análise das desigualdades verificadas na saúde de pessoas e grupos não afasta outros fatores também importantes na produção de diferenciais e injustiças neste campo. Entre eles, é preciso destacar os fatores socioeconômicos, de gênero, idade, fatores ambientais, entre outros, que agem concomitantemente com a raça e vão determinar a ampliação ou redução dos diferenciais apresentados. No entanto, vale também assinalar que em vários estudos, de diversas áreas do conhecimento, o controle das variáveis demonstrou a persistência da raça – ou do racismo – como fator importante na produção de desigualdades.

As manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas, de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam.

Em termos gerais, a dimensão programática do racismo institucional é caracterizada pela dificuldade em reconhecer o problema como um dos determinantes das iniqüidades no processo saúde-doença-cuidado e morte; falta de investimentos em ações e programas específicos de identificação de praticas discriminatórias; dificuldade na adoção de mecanismos e estratégias de não discriminação, enfrentamento e prevenção do racismo; ausência de informação adequada sobre o tema; falta de investimentos na formação especifica de profissionais; dificuldade em priorizar e implementar mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade.

Desse ponto de vista, é inequívoca a necessidade de um processo continuado de explicitação e destituição do racismo; bem como da elaboração e aplicação de instrumentos legais e sociais de repressão e reparação às ações de racismo onde quer que se instalem.

PARA ALCANÇAR A EQUIDADE, É PRECISO SUPERAR O RACISMO!

O conceito de equidade é apontado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), como um "princípio básico para o desenvolvimento humano e a justiça social" (Viana e col. 2001, p. 16). Diferentemente do princípio da igualdade, baseado no conceito de cidadania que indica a igualdade de direitos, o princípio da equidade é baseado na idéia de justiça e reconhece que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes. Davidson R. Gwatkin (2002), chama a atenção para o aspecto normativo do conceito de equidade, entendido do ponto de vista da valoração. Para esse autor, sua utilização no campo da saúde relaciona-se tradicionalmente à redução das desigualdades.

Segundo Whitehead (1990), equidade na atenção em saúde deve significar:

- acesso igual para necessidade igual;
- utilização igual para necessidade igual;
- qualidade igual para todos.

Não consideramos adequado categorizar como desigualdade aqueles resultados de uma determinada ação ou política que apresentam diferenças significativas entre os grupos que deveriam se beneficiar ou que demonstram um evidente prejuízo para um dos grupos. Em situações como estas não há desigualdade; o que existe é iniquidade, descrita como a diferença, carregada de injustiça porque geralmente decorre de uma situação que poderia ser evitada por aqueles que têm o poder de decidir. Assim, o mesmo gestor que defende o princípio da igualdade, é também aquele(a) que se recusa a apoiar políticas que reduzam as desigualdades raciais.

Apesar da variável raça/cor já estar incorporada operacionalmente por pesquisadores e demógrafos, não faz parte ainda dos Indicadores Básicos para a Saúde, em que pese a exclusão social por pertencimento a um grupo étnico ser um determinante social da saúde para a OMS.

É justamente nas áreas clínicas, nas quais a pessoa está sujeita à avaliação subjetiva do profissional de saúde, que se verificam as mais elevadas taxas de mortalidade para a população negra como um todo e, em especial, para as mulheres negras, que além das condições desfavoráveis de vida ainda sofrem com as intersecções entre sexismo e racismo.

As iniquidades vividas pela população negra brasileira causam impactos negativos na sua saúde. Mas, o racismo institucional estimula a violação dos direitos humanos. No plano individual, as ideologias discriminatórias, tais como o racismo e o sexismo, geram estratégias psicológicas de defesa construídas culturalmente, tais como a somatização, a negação, a racionalização e a invisibilidade para o seu enfrentamento. O racismo regula as relações entre usuários e usuárias, profissionais e gestores de serviços públicos governamentais e não governamentais, assim como impõe fatores de risco extra-biológico às pessoas sobreviventes do processo de exclusão.

Os indicadores de saúde demonstram que, embora para a população em geral, as taxas de mortalidade ou morbidade pela maioria das causas, estejam em queda, as desigualdades étnicas e raciais têm sido mantidas nos mesmos patamares ao longo dos anos; algumas até aumentaram.

Com base nestas informações foi possível aos gestores(as) e pesquisadores(as) engajados(as) na busca de equidade em saúde, identificar ou reconhecer os problemas de saúde que afetam mais fortemente a população negra, seja por determinação genética, como no caso da doença falciforme, da deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase entre outras; por aquisição em condições

desfavoráveis e na vigência do racismo estrutural, da discriminação racial e do racismo institucional; ou por que em função dos contextos de vulnerabilidade aos quais estão submetidos negros e negras, apresentam-se com uma evolução agravada ou tratamento dificultado.

Do 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).

É imperativo ético para a promoção dos direitos humanos, incluindo o direito humano à saúde, bem como para a consecução do desenvolvimento com equidade, considerar os determinantes sociais como conjunto complexo e interrelacionado de fatores. Para ser resolutivo no trato com os determinantes sociais é necessário respostas também complexas, multissetoriais. O isolamento dos fatores, apesar de permitir a simplificação de diagnósticos, ações e políticas, termina não apenas excluindo pessoas e grupos, como principalmente, privilegiando, no interior destes grupos, àqueles sub-grupos que já se encontram em posição de vantagem (Brasil, 2005).

Essas ações devem ser realizadas através de intervenções coordenadas nos diversos setores, visando à melhoria das políticas públicas de modo geral, para que isso gere mudanças positivas no estado de saúde da população, reduzindo-se as disparidades e as iniquidades. Tais medidas devem estar voltadas para a produção e utilização de dados desagregados para a tomada de decisão; promoção da saúde; na garantia de participação ativa e efetiva de negras e negros adultos, adolescentes e jovens em todas as etapas do processo de gestão; no desenvolvimento das capacidades institucionais para garantir resolutividade na gestão, equidade e integralidade na atenção à saúde (formação e educação permanente de profissionais); pesquisa, desenvolvimento tecnologico e gestão do conhecimento.

Fatos como estes apontam para a necessidade de que esta **Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde**, que tem como lema **“TODOS PELA EQUIDADE”,** seja vista como uma oportunidade para revisão deste erro histórico para com a população brasileira, em especial, e para com os demais povos do mundo que vivem sob estruturas racistas, em geral.

BOX 2:

Três princípios de ação sugeridos pela OMS para atingir a igualdade na saúde:

- ***Melhorar as condições de vida diária*** – as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- ***Abordar a desigual distribuição de poder, riqueza e recursos*** – os agentes estruturais destas condições de vida diária – global, nacional e localmente.
- ***Avaliar o problema, avaliar a ação necessária, expandir a base de conhecimento***, desenvolver uma equipe de trabalho com formação sobre os determinantes sociais de saúde e promover a sensibilização do público para o tema.

Referências citadas e consultadas:

1. CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

2. Van Ryn M e Fu SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? American Journal of Public Health 2003; 93(2):248-255.

3. UNESCO. Declaração sobre Raça e os Preconceitos Raciais. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm

4. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005. 446 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: 2009.

6. Brasil. Presidência da República. Direitos humanos : percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional / organização Gustavo Venturi. – Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 272 p. : il. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/biblioteca/livro_percepcoes/percepcoes.pdf

7. SCLIAR, Moacy. História do conceito de saúde. Physis – Revista da Saúde Coletiva, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

8. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Assembléia Mundial de Saúde. Nova York, 22 de julho. 1946.