



# Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids

agosto - 2005

© 2005. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Tiragem: 50 exemplares

Presidente da República:

**Luiz Inácio Lula da Silva**

Ministro de Estado da Saúde:

**Saraiva Felipe**

Secretário de Vigilância em Saúde:

**Jarbas Barbosa**

Diretor do Programa Nacional de DST e Aids:

**Pedro Chequer**

Diretores-Adjuntos:

**José Ricardo Pio Marins**

**Maria Ângela Simão**

### **Elaboração, distribuição e informações**

#### **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70.750-000, Brasília – DF

E-mail: [aids@aids.gov.br](mailto:aids@aids.gov.br) / [edicao@aids.gov.br](mailto:edicao@aids.gov.br)

Home page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

**Unidade Responsável** - Sociedade Civil e Direitos Humanos do PN- DST/AIDS - SCDH

### **Equipe de Elaboração:**

Ana Roberta Pascom, Elaine Inocência, Karen Bruck e Roberto Brant Campos – PN-DST/AIDS

Ivaír Augusto dos Santos - Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH

Maria Inês Silva - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República – SEPPIR

Débora Santos - Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação – SESU

### **Colaboradores:**

Alexsandro Almeida, Aristides Barbosa, Artur Iuri de Sousa, Carmem Dhalia, Deuziria Soares, Gilvam Silva, Goretti Medeiros, Ivo Brito, Kátia Abreu, Milda Jodelis, Telma Sousa, Maria Alice Tironi, Maria Cristina Possas, Nágila Paiva, Ronaldo Hallal, Vera Lopes, (PN-DST/AIDS). Alba Figueroa (CT-SPN), Ana Luiza (Enegreser/UnB), Isabel Cristina Santos (SCTIE), Lam Lam Augusta (Estruturação), Maria Conceição Bezerra (SEGETS), Maria José Cordeiro (UEMS), Paulo Carvalho (DIREB), Raquel Souza (Fala Preta), Roseli de Oliveira (PUC/SP).

*“Em todo o mundo, minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente mais pobres, desproporcionalmente mais afetadas pelo desemprego, desproporcionalmente menos escolarizadas do que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida.”*

Kofi Annan, secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU) <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Citado por MACHADO e CARVALHO (2004).

## *I - Introdução*

O Ministério da Saúde atua em diferentes frentes para assegurar que as políticas públicas no setor saúde estejam em consonância com as diretrizes de combate à discriminação racial, étnica, de gênero e de orientação sexual. Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde assume o compromisso de promover a igualdade por meio de um programa de ações afirmativas.

A questão racial tem importância significativa na estruturação das desigualdades sociais e econômicas no Brasil. A aceitação dessa tese, apesar de ainda limitada, tem crescido no interior da sociedade civil, sobretudo, a partir do final dos anos 60 e início dos anos 70, com o fortalecimento do Movimento Negro e a produção acadêmica de diagnósticos sociais sobre as desigualdades raciais.

Análises sobre as desigualdades raciais demonstram que, no contexto socioeconômico e no da pobreza, a injustiça social é responsável pelo enorme contingente de pobres em nossa sociedade. Na série histórica de 1982 a 2003, não se verificou nenhum avanço na redução dos diferenciais entre negros e brancos pobres. A proporção de negros abaixo da linha de pobreza no total da população negra no Brasil é de 50%, enquanto, no conjunto da população branca brasileira, esse índice é de 25%, desde 1995, (PNUD, 2004).

Quanto à saúde, entre 1980 e 2000, a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e brancos menores de um ano passou de 21% para 40%, praticamente dobrando a disparidade. Do mesmo modo, em 2000, a taxa de mortalidade das mulheres negras de 10 a 49 anos, por complicações de gravidez, parto e puerpério, foi 2,9 vezes maior que a apresentada pelas mulheres brancas (PNUD, 2004).

A desigualdade, vista como algo natural, engendra resistências teóricas, ideológicas e políticas que dificultam sua priorização nas políticas públicas. Procurar desconstruir essa visão está, portanto, no eixo estratégico de redefinição dos parâmetros de uma sociedade mais justa e democrática. Nesse sentido, a questão da desigualdade racial necessita ser incorporada como elemento centralizador.

A intensa desigualdade racial brasileira, associada a formas usualmente sutis de discriminação racial, impede o desenvolvimento das potencialidades e o progresso socioeconômico da população negra. O entendimento dos contornos econômicos e sociais da desigualdade entre brasileiros brancos e brasileiros negros apresenta-se como elemento central para se construir uma

sociedade democrática, socialmente justa e economicamente eficiente. Este programa assume maior pertinência quando reconhecemos que os termos do “convívio natural” com a desigualdade no Brasil são ainda mais categóricos no fictício mundo da “democracia racial”, ditado há mais de 60 anos por Gilberto Freire (1), mas ainda verdadeiro para muitos brasileiros.

Segundo Hasenbalg (2), a noção de desigualdade racial remonta à mensuração das diferenças entre negros e brancos, entendendo que, para atingir uma situação de igualdade racial completa, é necessário que os dois grupos raciais (brancos e não-brancos) se distribuam igualmente na hierarquia social e econômica.

Estudo sobre Indicadores de Desenvolvimento Humano, realizado pelo Professor Marcelo Paixão, do Instituto de Economia da UFRJ e da coordenação do Observatório Afro-Brasileiro, mostrou o alto grau de desigualdades entre negros e brancos no país. Por esse índice, que agrega as variáveis renda *per capita*, longevidade e alfabetização, combinados com a taxa de escolaridade, o Brasil ficaria em 74º no ranking do PNUD e seria enquadrado como um país de índice médio de desenvolvimento humano. No entanto, se aplicássemos o índice apenas à população branca brasileira, o país ocuparia a 49ª posição. Se considerada apenas a população afro-descendente, a posição brasileira cairia para 108ª posição (fonte: IDH da População Negra, Fase, 2003).

Em nenhum estado brasileiro o IDH da população negra foi maior do que o da população branca. Isso significa que as desigualdades raciais permanecem em todos os estados brasileiros, independentemente de seu estágio de desenvolvimento.

---

(1) Freire, Gilberto in ‘Casa Grande e Senzala’, 1933.

(2) Hasenbalg, Carlos in ‘Cor e Estratificação Social no Brasil’, 1999.

---

## *II - População Negra e Vulnerabilidade*<sup>1</sup>

Pertencer a uma determinada raça/cor exerce “importância significativa na estruturação das desigualdades sociais e econômicas no Brasil” (Henriques, 2001). Segundo Henriques (2001), o desenvolvimento das potencialidades e o progresso social da população negra é impedido pela grande desigualdade racial, que geralmente está associada a formas sutis de discriminação.

A crença de que o preconceito de classe é mais forte de que o preconceito racial é facilmente derrubada pelos principais estudos realizados sobre o tema nos últimos anos, uma vez que “desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil” (SEPIR, 2004). Segundo Osório (2003), esses estudos comprovam que, independentemente da classe social, as desigualdades entre brancos e negros permanecem, e que não há explicação outra que não o racismo<sup>2</sup>. Além disso, por razões históricas, a população negra tem dupla desvantagem na mobilidade social: normalmente vem de faixas mais pobres e enfrenta as barreiras que resultam em menor escolaridade e realização ocupacional (Osório, 2003).

A população negra, em 2003, representava 47,3% da população brasileira, aproximadamente 73% da população do Norte e 71% da do Nordeste. Na região Sul, essa proporção não passava de 18% e atingia 37,2% no Sudeste e 56,3% no Centro-Oeste (IBGE, 2005). Essa grande representatividade aumenta quando considerada apenas a população pobre e indigente: a população negra representava aproximadamente 65% da população pobre e 70% da população indigente (Henriques, 2003). O Atlas Racial Brasileiro 2004 mostra a existência e a manutenção de diferenciais entre a população negra e branca pobre<sup>3</sup>. Desde 1995, observa-se uma tendência de manutenção de aproximadamente 50% da população negra abaixo da linha de pobreza – o dobro do observado entre os brancos. Essa tendência também ocorre na proporção de pessoas indigentes, em que quase 25% da população negra, no Brasil, vive abaixo da linha de indigência. Essa proporção é de 10% entre os brancos.

Estudo realizado pelo Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial (INSPIR) mostra que crianças e jovens negros entram no mercado de trabalho mais cedo do que as brancas e, também, permanecem mais tempo

---

<sup>1</sup> Esta seção apresenta uma breve revisão da literatura que aborda indicadores relacionados à população negra. Não tem a pretensão de ser exaustiva, mas sim de oferecer um panorama geral da situação da população negra comparada à branca, no que diz respeito à educação, ao mercado de trabalho e à saúde.

<sup>2</sup> Ver OSÓRIO (2003), além de reportagem em <http://www.pnud.org.br/raca/reportagens/index.php?id01=695&lay=rac>, acessado em 27/01/2005.

<sup>3</sup> Ver [http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas\\_racial/index.php](http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php).

na ativa <sup>4</sup>. Corroborando esse estudo, em 2000, a proporção de jovens negros entre 10 e 14 anos na força de trabalho era de quase 10%, a mesma proporção observada entre jovens brancos em 1991. Apesar de a jornada de trabalho da população negra ser maior (INSPIR, 2000), eles ganham menos. Enquanto, em 2003, o rendimento médio de todos os trabalhos da população negra era de R\$382,26, o da população branca (incluindo os amarelos) era mais do que o dobro, R\$810,32 <sup>5</sup>. Segundo Martins (2004), os dados “sugerem fortemente a ocorrência de discriminação salarial... de algumas situações de remuneração mais alta dos brancos mesmo quando comparados a negros com níveis mais altos de escolaridade”. Além disso, a taxa de desemprego entre a população negra é 21% maior do que entre a população branca. Essas condições são pioradas quando se observam as mulheres negras. Segundo o INSPPIR (2000), “a somatória das discriminações resultante do racismo e do machismo atinge em cheio a mulher negra, tornando sua situação particularmente dramática”.

As desvantagens da população negra em relação à população branca também são observadas no acesso à educação. Segundo Martins (2004), a comparação dos perfis de escolaridade entre a população negra e branca mostra que “o sistema educacional não tem sido capaz de superar ou, pelo menos, de amenizar significativamente as imensas iniquidades geradas pelos séculos de exclusão escravista, seguidos por mais de um século de negligência e de discriminação”. Em 2003, a taxa de analfabetismo da população negra era mais do que o dobro da observada na população branca – 16,9% e 7,1%, respectivamente. Em termos de anos de estudo, os brancos têm em média oito anos de estudo, o que significa o ensino fundamental completo, e a população negra tem em média 6,3 anos de estudo, ou seja, nem chegam a completar o ensino fundamental. Isso é reflexo das diferenças observadas nas taxas de atendimento que permitem avaliar o acesso ao sistema de ensino. Enquanto 98% dos brancos de 7 a 14 anos freqüentam o ensino fundamental, a proporção comparável da população negra é de 96%. A diferença é bem maior ao se considerar o ensino médio, em que 85,7% dos brancos e 79,2% da população negra de 15 a 17 anos freqüentam o ensino médio (PNUD, 2004).

Mais preocupante é a grandeza e a persistência da exclusão da população negra no ensino superior. Segundo Martins (2004), isso significa o “virtual alijamento das ocupações de maior prestígio e remuneração, das posições de comando e deliberação, das camadas dirigentes tanto no setor público quanto no setor privado, e das atividades culturais e científicas que demandam educação formal”, com reflexos na condição de vida da população negra. Em 2001, 2,5% da população negra tinha o ensino superior, um quarto da observada entre os brancos e igual à observada nos EUA no ano de 1947 – plena era de segregação racial.

Essas disparidades em termos de escolarização e renda se estendem à saúde. Apesar do direito à saúde garantido pela constituição – acesso universal

<sup>4</sup> Pesquisa realizada em 1998 nas regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Salvador, Porto Alegre, Recife e no Distrito Federal. Para maiores detalhes ver: INSPPIR (2000).

<sup>5</sup> Informações tabuladas dos microdados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2003.

e equânime aos serviços de saúde –, a análise de informações mostra que a população negra se encontra em desvantagem em relação aos brancos. Segundo Lopes (2004), as populações negra e branca ocupam lugares diferentes nas redes sociais e trazem também oportunidades desiguais no que diz respeito ao nascimento, à vida, à doença e à morte.

No que diz respeito ao acesso, o Atlas Racial Brasileiro 2004 mostra que, em 1998, aproximadamente 70% da população negra conseguiu atendimento médico nas duas semanas anteriores à pesquisa, enquanto entre os brancos essa proporção foi de 83,7%. O mesmo ocorreu com o número de consultas médicas por ano - a população negra tinha em média 1,83 consultas e os brancos 2,29. Além disso, as desigualdades aumentam quando se somam ao fato de pertencer à população negra o de ser mulher. Segundo Lopes (2004), as mulheres negras têm menores chances de fazer consultas ginecológicas completas ou consultas pré-natal e de receber as informações necessárias sobre o parto, além de apresentarem as maiores probabilidades de ter o primeiro filho antes dos 16 anos de idade.

Outro grande desafio para a população negra é a mortalidade infantil, reflexo das disparidades econômicas e sociais. Apesar da tendência de queda observada, os diferenciais entre a população negra e branca aumentaram. Em 1980, a taxa de mortalidade infantil entre os brancos era de 85,8 a cada mil nascidos vivos, enquanto que entre a população negra era de 100,6 a cada mil, ou seja, 17,2% maior do que entre os brancos. Em 2000, a taxa da população negra foi 65,7% maior do que a dos brancos – 38,0% e 22,9%, respectivamente (PNUD, 2004).

No que diz respeito à esperança de vida, em 2000, ao nascer, uma pessoa esperava viver quase 69 anos. A população negra tinha uma expectativa 5,4 anos menor do que os brancos – 66,2 e 71,5 anos, respectivamente (PNUD, 2004). Esses diferenciais permanecem ao se considerar os homens e as mulheres, destacando-se o crescimento menor observado entre as mulheres negras, comparativamente ao apresentado pelos homens e mulheres brancos no período 1980-2000.

Paixão et al (2004) mostraram que a vida da população negra termina mais cedo, e que existem diferenças importantes entre os anos de vida perdidos por mulheres e homens negros comparativamente aos brancos, especialmente no que diz respeito às causas maldefinidas e às externas. Entre 1998-2000, causas externas foram a razão de óbito de 25% da população negra e 16% dos óbitos dos brancos. Os homicídios foram responsáveis por 12,3% dos óbitos da população negra masculina e por 5,5% dos homens brancos<sup>6</sup>. Além disso, em relação às mulheres, a mortalidade materna é outro fator de vulnerabilidade no qual estão inseridas especialmente as negras.

Na saúde pública, uma outra preocupação é a aids: sabe-se que, no Brasil, apesar de a epidemia apresentar tendência de estabilização, os casos de aids

---

<sup>6</sup> Citado por Lopes (2004).



estão aumentando entre os mais pobres, onde a população negra encontra-se em maior proporção. Em 2003, quase 62% dos casos notificados de aids com declaração de cor <sup>7</sup> eram em indivíduos brancos e 37,3% em indivíduos da população negra. Da mesma forma, o risco de ter aids, medido pela taxa de incidência, é também maior entre os brancos (13,4 a cada 100.000 habitantes) quando comparados à população negra (8,5 a cada 100.000 habitantes). Por outro lado, separando-se os pretos e os pardos, nota-se que o risco de ter a doença é 74% maior entre os pretos do que entre os brancos, e chega a ser duas vezes maior quando se consideram apenas as mulheres.

Em 2004, foi realizada uma pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática relacionada ao HIV e outras DST com a população entre 15 e 54 anos. Os resultados dessa pesquisa apontam para algumas desvantagens da população negra em relação à branca. No que diz respeito ao conhecimento das formas de transmissão do HIV, enquanto 8% da população negra não sabiam citar formas de transmissão do HIV a proporção comparável entre os brancos foi 40% menor. O mesmo ocorre em relação às formas de prevenção do HIV, onde a proporção da população negra é 30% menor do que a comparável entre os brancos. Além disso, em relação ao indicador de conhecimento correto <sup>8</sup>, o resultado obtido pela população negra foi de 63,5% – quase 13% menor do que o obtido pelos brancos (73%). As diferenças se agravam quando as comparações são feitas entre aqueles de menor escolaridade – esse indicador varia entre 65,3% e 56,2% para brancos e negros com ensino fundamental incompleto, respectivamente.

Em termos de comportamento sexual, a população negra inicia sua vida sexual mais cedo. 27,4% iniciaram atividade sexual com menos de 15 anos (entre os brancos essa porcentagem cai para 21,5%), e chega a 30% da população negra com ensino fundamental incompleto. Além disso, a população negra tem um número maior de parceiros. 20,4% deles tiveram mais de 10 parceiros na vida, enquanto a proporção comparável entre os brancos é 17% menor – 4% tiveram mais de 5 parceiros eventuais no último ano, 9% maior do que entre os brancos. É interessante observar que, em relação ao uso de preservativos, não foram observadas grandes diferenças entre a população negra e a branca, e mais, o uso é maior entre a população negra, e permanece maior ao comparar aqueles com maior e menor escolaridade. Também não foram observadas diferenças na proporção de pessoas da população negra e branca que fizeram o teste para detecção do HIV alguma vez na vida. Apesar dessas últimas informações de igualdade entre negros e brancos, não há motivos para comemorações. O momento é de muito trabalho com o objetivo de se eliminar a desigualdade entre negros e brancos, e se inverter a tendência apresentada pelos demais indicadores.

---

<sup>7</sup> O quesito raça/cor somente foi incluído no SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação), a partir de 2001. Em 2003, aproximadamente 20% dos casos de aids não tinham essa informação preenchida.

<sup>8</sup> Indica o acerto de todas as seguintes perguntas: HIV não é transmitido por picada de inseto; HIV não é transmitido pelo uso de banheiros públicos; HIV não é transmitido pelo compartilhamento de talheres, copos, refeições; HIV é transmitido por compartilhamento de seringas; HIV é transmitido pelo não-uso de preservativo.

### *III - O Plano de Ação*

O Ministério da Saúde vem trabalhando na implementação de políticas de humanização dos serviços prestados, e também na adoção de procedimentos de coleta de dados que permitam a real visualização da população negra nos serviços públicos de saúde, a partir da inserção do quesito raça/cor em todos os seus bancos de dados populacionais. Os antecedentes dessa ação encontram-se na parceria do PN-DST/AIDS com a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), desde a criação do Plano Nacional de Direitos Humanos. Além disso, o PN-DST/AIDS foi pioneiro na implementação do decreto 4.228/02, que institui o Programa de Ações Afirmativas no âmbito do Governo Federal. Foi no Conselho Nacional de Combate a Discriminação da SEDH que se iniciou a discussão sobre o racismo e suas interfaces com a saúde pública e os direitos humanos. Nesse contexto, foi realizado o Seminário Nacional de Saúde da População Negra, a introdução da variável étnico-racial no curso de capacitação dos gestores em saúde, realizado pela Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, bem como a instalação do Comitê Técnico sobre Saúde da População Negra. Em dezembro de 2004, foi lançado, em parceria com quatro outros ministérios: Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH); Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e Ministério da Educação (MEC), o programa Brasil AfroAtitude, que tem como objetivo promover a discussão dos mecanismos de combate ao racismo e sua interface com a prevenção e o acesso aos serviços de saúde para a saúde da população negra.

O Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, a partir das evidentes desigualdades e da falta de oportunidades da população negra e, também, da perspectiva de vulnerabilidades, propõe um plano de ação que coloca em questão a relação entre a equidade e os direitos individuais. Tais direitos são revitalizados para garantir a igualdade de acesso – um tratamento equânime para todos os cidadãos.

O Programa Nacional de DST e Aids, em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial, ambas da Presidência da República, e o Ministério da Educação, propõe a criação de um plano estratégico integrado. Esse programa dará ênfase à construção de respostas à epidemia do HIV/aids a partir da operacionalização do conceito de ações afirmativas e aids, trabalhando o tema de modo multidisciplinar.

É esse esforço coletivo que nos leva a construir uma proposta de política pública que possa vincular a experiência programática da luta contra a epidemia da aids à implementação de um plano de ação integrado que valorize e proponha estratégias de garantia de cidadania plena a todas as pessoas.

## VI - Objetivos

Este plano parte da perspectiva de que o racismo, assim como o sexismo e a homofobia, são fatores de produção de vulnerabilidade ao HIV/aids para pessoas e comunidades da população negra.

Este plano de ação, fruto de iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, terá seu foco nas áreas de Informação e Acesso (do ponto de vista do usuário e do ponto de vista do profissional de saúde).

- Informação – disseminação de informação e conhecimento envolvendo os seguintes desdobramentos: vigilância epidemiológica, pesquisa, *advocacy*, comunicação e educação.
- Acesso - atenção à saúde na perspectiva de inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra, nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde.

A partir desse foco, o plano estará priorizando os seguintes componentes:

- 1 - Implementação de Políticas (IP): formular, fortalecer ou implementar políticas de âmbito nacional que garantam a equidade nos serviços de saúde.
- 2 - Promoção de Parcerias (PP): articulação e fortalecimento de redes entre atores governamentais e não-governamentais para a integração e desenvolvimento de políticas públicas de promoção de igualdade racial.
- 3 - Produção de Conhecimento (PC): organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder lacunas e dar consistência à tomada de decisões no campo da prevenção, assistência e direitos humanos, referentes à saúde da população negra.
- 4 - Capacitação e Comunicação (CC): promoção de treinamento e formação adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra.

Este plano de ação visa a contribuir para que a dimensão racial/étnica seja parte integral de uma agenda política nacional, orientada para a não-discriminação e o respeito à diversidade da sociedade brasileira.

---

### ***Objetivo geral:***

- Promoção da equidade e dos direitos humanos da população negra.

### ***Objetivos específicos:***

#### ***1 - Implementação de Políticas***

- Formular e implementar políticas nacionais e planos de ação de combate ao racismo e discriminação;
- Ampliar acesso aos serviços, insumos e informação em HIV/Aids para a população negra.
- Aplicar a Política de Ações Afirmativas e a promoção da igualdade racial em todas as atividades, internas e externas do PN.

#### ***2 - Promoção de Parcerias:***

- Fortalecer as redes de solidariedade pela formação de novas parcerias e mobilização de parceiros, incluindo organizações da sociedade civil, universidades, centros de pesquisa, estabelecimentos de ensino e capacitação e ONG.

#### ***3 - Produção de Conhecimento:***

- Aprimorar os sistemas de informação nas questões específicas de vulnerabilidade da população negra.
- Articular as capacidades institucionais dos diferentes atores envolvidos para promover pesquisa, educação e comunicação no combate ao racismo e outras formas de discriminação e sua interface com o HIV/aids;

#### ***4 - Capacitação e Comunicação:***

- Disseminar boas práticas de superação do racismo, intolerância e discriminação, incluindo a discriminação contra portadores de HIV/aids.
-

## *V - Matrizes de ações e metas por componente*

### *1- Implementação de Políticas*

	<b>Ação</b>	<b>Meta</b>	<b>Interfaces</b>
1.	Inclusão da variável raça/cor e outras variáveis socioeconômicas (escolaridade e educação) em todos os sistemas de informação sob a governabilidade do PN	Até agosto de 2006, ter 100% dos sistemas do PN (SINAN; SICEL, SICLOM; SI-CTA, Renageno, Renic) com a variável raça/cor adotado.	SVS DATASUS
2.	Inclusão da variável raça/cor e outras variáveis socioeconômicas em todas as análises epidemiológicas	Ter, até dezembro de 2005, um documento publicado	SVS DATASUS
3.	Inclusão da questão raça/cor nas pesquisas e projetos de intervenção a serem desenvolvidos pelo PN	A partir de março de 2005, ter incluído a questão raça/cor em todas as pesquisas	SVS - MS
4.	Inserção de jovens negros no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas	Até dezembro de 2005, ter documento de referência pronto para qualificação dos jovens	Escolas MEC, Secretarias Estaduais e municipais de Educação/Saúde; Programa Saúde do Adolescente.
5.	A superação do racismo como tema transversal nos projetos do PN	Até agosto de 2006 ter incluído como tema transversal a superação do racismo nos projetos do PN	Todos os parceiros das ações desenvolvidas pela Prevenção

6.	Construção de parceria com a CMP para o fortalecimento da rede em 17 capitais, área urbana, Município/estado com menor IDH	Até dezembro de 2005 ter iniciado a implementação dos projetos	Central de Movimentos Populares, Movimento Negro e Secretarias Municipais de Saúde.
7.	Mapeamento das práticas existentes de ações afirmativas nos âmbito das licitações, contratações e concursos	Até agosto de 2006, ter finalizado este mapeamento	SEDH SEPPIR
8.	Oficinas de Planejamento Estratégico para a formatação de projetos direcionados às comunidades quilombolas nos 13 estados com maior percentual de população negra	Até dezembro de 2005, ter realizado as 13 oficinas	Secretaria de Saúde MA, BA, MG, PE, RJ, SP, PA, RS, MS, GO, AP, TO, AL.
9.	Implementação dos projetos propostos pelas comunidades quilombolas	Até março de 2006, ter os 13 projetos aprovados e financiados pelo PN	Secretaria de Saúde MA, BA, MG, PE, RJ, SP, PA, RS, MS, GO, AP, TO, AL.

## 2 - Promoção de Parcerias

	Ação	Meta	Interfaces
1.	Garantir o funcionamento do Grupo de Trabalho	Até agosto de 2006, ter garantido as atividades do Grupo de Trabalho	SEPPIR Sub – Sec. de Ações Afirmativas SEDH/MEC
2.	Promoção e apoio, em parceria com os movimentos sociais e Universidades participantes do programa Brasil AfroAtitude, à realização de reuniões, seminários e outras atividades similares, abordando a questão do racismo e da vulnerabilidade.	Até dezembro de 2006, ter apoiado os eventos sobre o tema previstos no plano de ação	SEPPIR SEDH MEC SGP-MS SC
3.	Apoio, financiamento, monitoramento e divulgação do Programa Brasil AfroAtitude.	Até agosto de 2006, ter aprovado e repassado recursos para os projetos do Brasil AfroAtitude para as 10 univ. participantes	SEPPIR SEDH MEC Universidades participantes

4.	Articulação com as organizações da sociedade civil da população negra para ampliação de diagnóstico	Até agosto de 2006, ter articulado com OSC do movimento negro, estratégias para ampliação do diagnóstico.	Atenção Básica DAB/SAS
5.	Credenciamento de organizações do Movimento Negro	Até dezembro de 2005, ter realizado o credenciamento de 70% das organizações	SEDH SEPPIR
6.	Criação de rede de pesquisadores internacionais e nacionais que trabalham com questões da população negra, com ênfase para as DST, aids, sífilis congênita e seu contexto.	Até dezembro de 2005, ter identificado pesquisadores	ABPN (Associação Brasileira de Pesquisadores Negros) CTSPN
7.	Mapeamento das ações de assistência, prevenção e direitos humanos que consideram as especificidades da população negra em andamento nos estados e municípios.	Até dezembro de 2005, ter concluído o levantamento e a avaliação das atividades	Coordenações Estaduais e Municipais das capitais e municípios relevantes; OSC.

### 3 - Produção de Conhecimento

	Ação	Meta	Interfaces
1.	Revisão e análise dos projetos de intervenção e pesquisa já realizados pelo PN, focalizando corte racial	Até dezembro de 2005, ter concluído as análises	ABPN (Ass. Brasileira de Pesquisadores Negros).
2.	Elaboração de publicação, compilando dados referentes a desigualdades na população negra	Até dezembro de 2005, ter publicado documento referencial	SEPPIR CTSPN
3.	Recuperação da informação sobre raça/cor nos indivíduos inscritos no SICEL e SICLOM	Até agosto de 2006, ter 50% dos dados recuperados	SVS -MS
4.	Lançamento de chamada(s) de pesquisa voltadas para a população negra nos campos da Assistência, Prevenção e Direitos Humanos	Até agosto de 2006, ter lançado três chamadas de pesquisa	SVS -MS

5.	Revisão da literatura internacional sobre a evolução da doença, resposta ao tratamento em população negra e revisão dos aspectos bioéticos	Até dezembro de 2005, ter realizado revisão da literatura	SVS - MS
6.	Realização de pesquisa sobre possíveis efeitos adversos da terapia anti-retroviral (TARV) que possam ser relevantes para as PVHA negras	Até dezembro de 2005, ter concluído as pesquisas	SVS - MS CTSPN
7.	Pesquisa com pacientes TARV, incluindo população negra	Até dezembro de 2005, ter concluído pesquisa com pacientes em TARV, em pelo menos três sítios	SVS - MS

#### 4 - Comunicação e Capacitação

	Ação	Meta	Interfaces
1.	Inclusão de aspectos relacionados à variável raça/cor nos materiais instrucionais e referenciais	Ter incluído até 2006, 50% dos materiais e revisões desenvolvidos	SVS -MS
2.	Realização de campanha específica: ("Não deixe a sua cor passar em branco"),("Onde você guarda seu racismo?").	Até dezembro de 2005, ter desenvolvido e veiculado uma estratégia de comunicação para usuários e profissionais de saúde	SEGETS - Pólos
3.	Garantia de participação de pessoas negras nas campanhas realizadas pelo PN	Até dezembro 2005, ter incluído, nos materiais do PN, a presença de 50% de pessoas negras.	SVS-MS
4.	Criação de um módulo da temática racial e inserção de conteúdo transversal nas capacitações/ treinamentos realizadas pelo PN	Até dezembro de 2005, ter criado um módulo da temática racial e tê-lo inserido, como conteúdo transversal, nas capacitações do PN	COGE ONG/pop negra Consultor DEGES



5.	Elaboração e implementação de oficinas de sensibilização, com participação de profissionais negros que serão multiplicadores nos estados e municípios.	Até dezembro 2006, ter capacitado 50% dos técnicos que participarão dos cursos /capacitações junto aos estados e municípios.	CEDST/Aids CM DST/Aids DEGES
6.	Inclusão do tema de desigualdade racial nos Projetos do PAM	Até agosto de 2005, ter incluído o tema desigualdade racial nos projetos do PAM	Todas as Secretarias Estaduais de Saúde, e municípios com política de incentivo
7.	Superação do racismo como tema transversal nas publicações, cartazes, cartilhas e outros materiais gráficos do PN	Até dezembro de 2005, ter documento de referência pronto para qualificar a inserção do tema nos documentos	Todas as Secretarias Estaduais de Saúde, e municípios com política de incentivo.
8.	Promoção de palestras e seminários sobre o tema desigualdade racial com os gestores (membros do COGE e profissionais dos Pólos de Educação Permanente)	Até dezembro de 2005, ter documento de referência pronto	Todas as Secretarias Estaduais de Saúde, e municípios com política de incentivo.

## *Bibliografia*

- FREIRE, Gilberto in 'Casa Grande e Senzala', 1933, São Paulo, Círculo do Livro S/A.
- HASENBALG, Carlos in 'Cor e Estratificação Social no Brasil', 1999, Rio de Janeiro, Contra Capa Editora.
- HENRIQUES, R. (2001). Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90. Texto para Discussão nº 807. [http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2001/td0807.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td0807.pdf) (acessado em 24/01/2005).
- IBGE (2005). Síntese de Indicadores Sociais 2004. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica nº 15. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2004/default.shtm> (acessado em 21/03/2005).
- INSPIR (2000). Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho no Brasil. <http://www.inspir.org.br/cartmap.htm> (acessado em 27/01/2005).
- LOPES, F. (2004). Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Seminário Nacional Saúde da População Negra. [http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02\\_Caderno\\_de\\_Textos\\_Basicos\\_SNSPN\\_12\\_a\\_20\\_Agost\\_2004.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02_Caderno_de_Textos_Basicos_SNSPN_12_a_20_Agost_2004.pdf)
- MACHADO, K. e CARVALHO, M. (2004). Invisibilidade a maior das dores. RADIS Comunicação em Saúde nº20, p. 8-11.
- MARTINS, R. B. (2004). Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente. CEPAL - SERIE Políticas sociales N° 82. [http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/2/LCL2082PP/Serie82\\_P.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/2/LCL2082PP/Serie82_P.pdf) (acessado em 28/01/2005).
- OLIVEIRA, F. (2003). Saúde da População Negra: Brasil ano 2001. Organização Pan-Americana da Saúde. <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf> (acessado em 24/01/2005).
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2004). Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mme.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf)
- OSORIO, R. G. (2003). O Sistema Classificatório de "Cor Ou Raça" do IBGE. Texto para Discussão nº 996. [http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td\\_0996.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0996.pdf) (acessado em 27/01/2005).
- PNUD Brasil (2004). Atlas Racial Brasileiro [http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas\\_racial/index.php](http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php) (acessado em 21/03/2005).
- SEPIR -Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial- (2004). A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade. Seminário Nacional Saúde da População Negra. [http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02\\_Caderno\\_de\\_Textos\\_Basicos\\_SNSPN\\_12\\_a\\_20\\_Agost\\_2004.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02_Caderno_de_Textos_Basicos_SNSPN_12_a_20_Agost_2004.pdf) (acessado em 22/03/2005).

## *Abreviaturas*

<b>ABPN</b>	Associação Brasileira de Pesquisadores Negros
<b>CE-DST/AIDS</b>	Coordenação Estadual de DST e Aids
<b>CM-DST/AIDS</b>	Coordenação Municipal de DST e Aids
<b>CMP</b>	Central de Movimentos Populares
<b>COGE</b>	Comissão de Gestores
<b>CTSPN</b>	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informação e Informática do Sus
<b>DEGES</b>	Departamento de Gestão na Educação e Saúde
<b>DIREB</b>	Diretoria Regional de Brasília - Fiocruz
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-governamental
<b>OSC</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>PAM</b>	Plano de Ações e Metas
<b>PN-DST/AIDS</b>	Programa Nacional de DST e Aids
<b>PVHA</b>	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde
<b>SEDH</b>	Secretaria Especial de Direitos Humanos
<b>SCTIE</b>	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
<b>SEGETS</b>	Secretaria de Gestão da Educação na Saúde
<b>SEPPIR</b>	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
<b>SESU</b>	Secretaria de Ensino Superior
<b>SGP</b>	Secretaria de Gestão Participativa
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Anti-retroviral