

Em todo o mundo... Minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente pobres, desproporcionalmente afetadas pelo desemprego e desproporcionalmente menos escolarizadas 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. Estas, e outras formas de injustiça racial, são a cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro.
(Kofi Annan, Secretário Geral da ONU. Março 2001)

Subsídios para o debate sobre a
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:
Uma Questão de Equidade

Sistema Nações Unidas
Brasília, dezembro de 2001

Subsídios para o debate sobre a
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:
Uma Questão de Equidade

APRESENTAÇÃO	3
INTRODUÇÃO.....	4
1. PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO	9
2. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	9
3. INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	10
4. ATENÇÃO À SAÚDE	10
Notas	13

APRESENTAÇÃO

A participação brasileira no processo da III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, em agosto de 2001, produziu um ambiente favorável para que o Estado e a sociedade atuem de forma mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo. No cumprimento de seu mandato, o Sistema das Nações Unidas tem sido parte ativa da construção deste contexto, através de várias iniciativas que buscam responder às demandas pelo fortalecimento da democracia e a promoção do desenvolvimento humano.

O impulso definitivo para que a temática racial seja incorporada às ações de promoção da equidade em saúde veio do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo. No parágrafo 111 do referido texto, os governos da região requerem que a OPAS "promova ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significativa em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana."¹

Atendendo a esta decisão dos governos, a Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano da OPAS, em Washington, D.C, propôs um Plano de Ação para reduzir as iniquidades em saúde que atingem a população afrodescendente.² Como desdobramento desta iniciativa, em dezembro de 2001, foi realizado o Workshop Interagencial Saúde da População Negra, no qual especialistas na temática, a convite das Nações Unidas no Brasil, reuniram-se para propor subsídios para a formulação de uma política nacional de saúde da população negra.³

A partir da divulgação e amplo debate deste documento, pelas autoridades sanitárias, universidades, centros de pesquisa, movimentos sociais, conselhos e associações profissionais de saúde, as Nações Unidas esperam 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.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde da população negra passa a ser entendida em sua especificidade a partir, principalmente, da ação do movimento negro. Enquanto área de estudo inter e transdisciplinar, baseia-se em conhecimentos produzidos nas Ciências Humanas e nas Ciências Médicas. Como campo de intervenção social, parte da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte, as quais só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas, capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em condições tais como as exemplificadas no quadro que se segue.

<i>Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios/PNAD Brasil, 1999⁴</i>	<i>Brancos %</i>	<i>Negros %</i>
Composição da população total	54,00	45,33
Composição da população indigente	30,73	68,85
Composição da população pobre	35,95	63,63
População jovem analfabeta (15 -25 anos)	2,6	7,6
População adulta com menos de quatro anos de estudo (25 anos e mais)	35,0	46,9
Domicílios com abastecimento de água inadequado	7,85	26,15
Domicílios com escoamento sanitário inadequado	27,73	52,12

A ausência do Ministério da Saúde do debate sobre as desigualdades raciais tem dado margem a abordagens em detrimento da população negra. Exemplo disto foi o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, da década de 1970, que definia como "alto risco" o fato da mulher negra e pobre ter filhos. No mesmo período, o Sistema de Informação de Mortalidade não incluía o quesito cor na Declaração de Óbito, devido à proibição, pelo regime político da época, da discussão de temas raciais.

Mais tarde, a Constituição Federal de 1988 consagrou, com o apoio do movimento social, o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o Sistema Único de Saúde/SUS fosse orientado mais para ações integrais, gerais e horizontais

voltadas para a população como um todo. Contudo, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, a conquista da universalidade dos serviços tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade pois, ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos, contribui para agravar quadro das condições sanitárias de afro-brasileiros.

As primeiras experiências de inserção da questão racial nas ações governamentais de saúde datam do início dos anos 80, quando setores do movimento negro, em São Paulo e outros estados, buscaram institucionalizar sua intervenção através de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde então, o tema também começa a ser tratado em estudos de pesquisadores individuais ou vinculados a centros de pesquisa, todos unânimes em reconhecer um perfil de saúde e bem-estar desfavorável para a população negra, como pode ser observado em diversos indicadores de morbidade e de mortalidade.

Só em 1995, em resposta às demandas da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida,⁵ o governo federal instituiu, por decreto presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI, cujo sub-grupo saúde procurou implementar as recomendações do movimento negro. Todavia, poucas foram realizadas, ficando a maior parte sem equacionamento.⁶

Os estudos que, além da renda e do local de residência, consideram as variáveis sexo e raça como essenciais na demarcação do perfil epidemiológico da população, permitem identificar a prevalência e a singularidade da evolução de algumas doenças em pessoas de determinados grupos raciais/étnicos, tais como brancos, indígenas, amarelos, negros e judeus. No Brasil, as doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra podem ser assim classificados:⁷

(i) Geneticamente determinadas - anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou **dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas** - hipertensão arterial e diabetes melito.

Neste grupo, destaca-se a anemia falciforme, doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. É causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6%, na população brasileira, e de 6% a 10% na população negra. Em junho de 2001, uma portaria do Ministério da Saúde definiu a realização, em todo país, de triagem neonatal de doenças falciformes, entre outras de caráter congênito.⁸ Entretanto, a atenção às síndromes falciformes ainda é desconhecida de grande parte da população⁹ e dos profissionais de saúde, exigindo uma abordagem ética e terapêutica que não se restringe à detecção precoce. Por sua alta prevalência e complexidade, estas deveriam ser consideradas um problema de saúde pública, e

tratadas pelo SUS enquanto tal, mobilizando os necessários recursos clínicos e de apoio às pessoas portadoras e seus familiares.

(ii) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis - desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania.

Embora acometam todos os grupos populacionais, tais ocorrências são agravadas quando incidem sobre mulheres e homens negros em razão das desvantagens psicológicas, sociais e econômicas geradas pelo racismo a que estão expostos. Assim, as taxas de mortalidade precoce permanecem significativamente mais altas entre os negros, em todas as faixas etárias, e a esperança de vida é, hoje, sete anos menor do que a verificada entre os brancos. A observada tendência de queda das taxas de mortalidade infantil de menores de um ano é bem menos acentuada entre as crianças negras, o que contribui para que o diferencial de mortalidade entre estas e as crianças brancas venha aumentando ao longo dos anos.¹⁰ As mulheres negras, contrariando o padrão geral das diferenças por sexo, apresentam um índice de mortalidade proporcional semelhante ao do homem branco. Já para os homens negros, vale destacar os efeitos da violência urbana como agravantes do perfil de mortalidade precoce, pois entre eles as mortes por causas externas podem representar a perda de 40 anos potenciais de vida, por óbito.¹¹

Além destes aspectos, é importante considerar os avanços nas pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas que indicam uma firme associação entre experiências de racismo e o maior risco de manifestação ou agravamento de problemas mentais, a exemplo do que tem sido constatado em número significativo de casos de depressão e de angústia psicológica.¹²

(iii) De evolução agravada ou de tratamento dificultado - hipertensão arterial, diabete melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma.

A maior incidência e a maior gravidade da hipertensão, assim como o curso mais grave do diabetes, entre os negros também não são reconhecidas nas ações e programas governamentais. No que se refere ao diabetes, há evidências de que as seqüelas, como as nefropatias, as retinopatias e as amputações de membros inferiores são mais freqüentes na população negra, em conseqüência da falta de orientação adequada sobre estes riscos e as medidas para sua prevenção.¹³

(iv) Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas - crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

As precárias condições socioeconômicas da população negra interferem significativamente nas diferentes etapas do ciclo vital e podem contribuir para a

evolução de doenças, em consequência da desatenção às suas especificidades enquanto grupo historicamente discriminado.¹⁴ Daí, por exemplo, a maior probabilidade de interferências no crescimento e desenvolvimento de uma criança negra, tais como menarca e características sexuais secundárias tardias; de maiores taxas de mortalidade materna entre mulheres negras, associadas à falta de acesso ao pré-natal e ao parto com assistência adequada, bem como a possíveis complicações derivadas da hipertensão ou da doença falciforme não diagnosticada pelos serviços de saúde.

Os documentos administrativos, prontuários médicos e formulários de notificação de doenças, fontes primárias de dados do SUS, geralmente não informam a raça/cor dos usuários dos serviços de saúde. Por um lado, tais lacunas na informação comprometem o cálculo de estatísticas vitais representativas da população brasileira em toda a sua diversidade. Por outro, afetam a produção de análises de base quantitativa que dêem suporte à proposição de políticas públicas, ações preventivas e curativas, que levem em conta as especificidades da saúde de mulheres e homens negros.

É importante notar que, embora, desde 1996, as Declarações de Óbito e de Nascido Vivo incluam o quesito cor, ainda persiste um sub-registro superior a 50% nesse campo. A recente inclusão deste quesito na ficha de notificação/investigação do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), assim como a sua exigência nos protocolos de pesquisa em seres humanos,¹⁵ reforça, ainda mais, a necessidade de capacitar profissionais no tratamento da variável cor, ressaltando o significado e a relevância do seu correto registro.

O quadro atual exige uma ação abrangente e planejada que permita reduzir, ou até mesmo anular, os efeitos acumulados da omissão em relação à realidade sócio-econômica de cerca de metade da população do país, o maior agrupamento nacional de negros fora da África e o segundo maior do mundo.

Portanto, a formulação de uma *Política Nacional de Saúde da População Negra* buscaria romper um dos elos que garantem a persistência desta situação, reconhecendo, por um lado, a forma dinâmica como a sabedoria da medicina popular e as manifestações culturais e artísticas afro-brasileiras têm contribuído para a promoção do bem-estar físico, psíquico e social da população. Através de categorias culturais que permitem outras formas de perceber, expressar, avaliar e tratar doenças, os terapeutas populares - como mães de santo, rezadeiras, raizeiras e parteiras - atendem uma demanda expressiva de doentes que não têm acesso aos serviços públicos de saúde e, para muitos, oferecem a primeira e, talvez, a única terapêutica disponível.

Por outro lado, sua implementação reafirmaria a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios basilares do SUS, requerendo, nos três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades da população negra e a sua diversidade interna,

quanto a idade, sexo e situação sócio-econômica. Assim, a ação programada, expressa nos termos de uma política nacional, deveria ser baseada em quatro componentes interdependentes, interligados e complementares:

- **Produção do conhecimento científico** - organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar conseqüência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.
- **Capacitação dos profissionais de saúde** - promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra.
- **Informação da população** - disseminação de informação e conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer, e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças.
- **Atenção à saúde** - 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.

1. PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

- 1.1 Promover a melhoria da informação estatística, através de procedimentos de coleta, crítica e tabulação que eliminem o sub-registro do quesito cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da equidade em saúde.
- 1.2 Monitorar as condições de saúde da população negra para subsidiar o planejamento da ação governamental, através da:
 - produção sistemática de estatísticas vitais;
 - análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças transmitidas geneticamente e por doenças agravadas pelas condições de vida.
- 1.3 Sistematizar a informação bibliográfica sobre estudos e pesquisas nacionais e internacionais, de interesse para a saúde da população negra, dando ampla divulgação através de publicações técnicas impressas e eletrônicas.
- 1.4 Promover, apoiar e fomentar, mediante incentivos próprios, a realização de estudos e pesquisas, qualitativos e/ou quantitativos, sobre temas tais como:
 - contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde;
 - medicina popular de matriz africana;
 - percepção popular do processo saúde/doença, a escolha da terapêutica e a eficácia do tratamento;
 - incidência, prevalência e outros indicadores epidemiológicos das doenças mais frequentes na população negra;
 - impactos do racismo sobre o processo saúde-doença.
- 1.5 Proporcionar apoio técnico-científico e/ou financeiro para que:
 - as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos de saúde da população negra;
 - os Núcleos Colaboradores da OPAS para Educação e Prática Médica e de Enfermagem, desde que com pesquisa relevante sobre saúde da população negra, sejam credenciados como Centros Internacionais de Pesquisa;
 - as agências de fomento à pesquisa e à pós-graduação, tais como CNPq, CAPES, FINEP e fundações estaduais de pesquisa, criem linhas de pesquisa sobre saúde da população negra.

2. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 2.1 Promover treinamentos de profissionais, visando a melhoria da qualidade das fontes de informação que incluem o quesito cor e outras variáveis importantes no monitoramento da equidade em saúde: Declaração de Óbito,

Declaração de Nascido Vivo, prontuários médicos e fichas de notificação de doenças, entre outras.

- 2.2 Promover a realização de seminários e eventos similares para discutir e divulgar os temas da saúde da população negra, nos serviços de saúde, escolas, universidades e organizações não-governamentais.
- 2.3 Elaborar material instrucional, com base no conhecimento disponível sobre saúde da população negra, para utilização em treinamentos e em cursos de ensino médio e superior da área de saúde.
- 2.4 Introduzir matérias sobre etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na população negra, assim como aspectos da medicina de matriz africana, nos cursos de treinamento de profissionais do SUS, em especial as equipes dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher, Interiorização do Trabalho em Saúde e Triagem Neonatal.
- 2.5 Propor, ao Ministério da Educação, a introdução da saúde da população negra como tema transversal nos currículos dos cursos de ensino médio e superior da área de saúde.

3. INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO

- 3.1 Produzir e distribuir amplamente manuais, cartilhas e informações técnicas sobre a etiologia das doenças, sinais e sintomas, métodos de diagnóstico e tratamento, bem como os mecanismos de sua identificação, categorização e tratamento na medicina popular de matriz africana.
- 3.2 Promover e apoiar, em parceria com os movimentos sociais, a realização de reuniões, palestras e outras atividades similares, abordando riscos, mecanismos de prevenção de doenças, agravos e estados mórbidos de interesse para a saúde da população negra, bem como meios de acesso aos serviços de saúde.
- 3.3 Criar mecanismos que permitam a atuação de organizações comunitárias e não-governamentais como multiplicadoras da informação sobre os riscos, prevenção de doenças e acesso aos serviços de saúde.
- 3.4 Desenvolver, através dos meios de comunicação de massa, campanhas educativas pela melhoria da realidade sanitária da população negra.

4. ATENÇÃO À SAÚDE

- 4.1 Instituir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra, a exemplo das já existentes para outros temas e grupos populacionais.

- 4.2 Criar, no Ministério e nas Secretarias de Saúde, órgãos/equipes técnicas com a participação da sociedade civil, objetivando mobilizar os profissionais e os serviços para a questão da saúde da população negra, formular políticas e definir protocolos básicos de ação.
- 4.3 Introduzir o quesito cor em todos os documentos do SUS, como cartão, prontuários médicos, fichas de investigação epidemiológica, fichas de notificação de doenças, inquéritos epidemiológicos e levantamentos nacionais de prevalência de doenças.
- 4.4 Focalizar a saúde da população negra nas ações programáticas em todas as áreas de abrangência do SUS, com ênfase nos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher, Interiorização do Trabalho em Saúde e Triagem Neonatal.
- 4.5 Priorizar, em todos os níveis do SUS, ações de combate à mortalidade precoce e evitável na população negra, especialmente no que se refere à mortalidade infantil e à mortalidade materna.
- 4.6 Aumentar a eficácia da atenção à saúde, incorporando à prestação dos serviços o conhecimento sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra, de modo a permitir:
 - que os espaços tradicionais de matriz africana sejam valorizados como pólos de difusão dos saberes e práticas de promoção da saúde da população negra;
 - a elaboração de programas de informação, educação e comunicação, sob a ótica sanitária, que levem em conta práticas populares de cuidado com a saúde.
- 4.7 Implementar, em todo o território nacional, o Programa de Anemia Falciforme, após a revisão e atualização da proposta elaborada, em 1996, por especialistas designados pelo Ministério da Saúde, garantindo:
 - a integralidade das ações do Programa, da triagem neonatal ao atendimento hospitalar das crises e intercorrências;
 - o aconselhamento genético e o respeito à bioética;
 - o fornecimento de medicamentos e vacinas;
 - a orientação dos familiares e o apoio às associações de pessoas portadoras.
- 4.8 Realizar levantamentos da distribuição dos recursos humanos e materiais, de modo a garantir a sua alocação equitativa em áreas de concentração de população afrodescendente.
- 4.9 Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços, em casos de emergência e de rotina decorrentes de suas condições específicas

de saúde, através da divulgação de informações sobre a localização e as potencialidades das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do SUS.

Notas

¹ Conferência realizada em Santiago do Chile, em dezembro de 2000.

² O Plano de Ação, a ser implementado por governos e organizações da sociedade civil da região, foi elaborado na *Reunião de Especialistas em Equidade em Saúde e Etnicidade*, realizada em Washington, DC no período de 18 a 20 de junho de 2001. Da reunião, participaram representantes do setor público de saúde, bancos internacionais de desenvolvimento, parlamentares, instituições acadêmicas e organizações não-governamentais dos seguintes países: Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, Nicarágua, Trinidad e Tobago e Uruguai. De 18 a 20 de outubro de 2001, a OPAS também realizou, em São Paulo, a Conferência Interparlamentar de Saúde, tendo a saúde da população negra como tema central.

³ Os subsídios estão referenciados nos seguintes documentos: *Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher*, 1986; *Introdução do Quesito Cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde*, São Paulo, 1992; *Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Cidadania - Documento*, Brasília, 1995; *Relatório Final da Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra*, Ministério da Saúde, 1996; *Programa de Anemia Falciforme*, Ministério da Saúde, 1996; *II Reunião Nacional de Mulheres Negras*, Belo Horizonte, 1997; *Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra*, Brasília, 2000; *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente*, Ministério da Saúde/Universidade de Brasília, 2000; *Documento Alternativo do Movimento Negro*, Fórum Nacional de Entidades Negras, 2001; *Diagnóstico e Propostas*, Articulação de Organizações de Mulheres Negras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, 2001.

⁴ Apud Henriques, Ricardo. *Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na década de 90*. Texto para Discussão no. 807, IPEA, julho/2001.

⁵ Marcha realizada em Brasília, DF, em 20 de novembro de 1995, por ocasião dos 300 anos da imortalidade de Zumbi dos Palmares.

⁶ Ver documento *Saúde da População Negra: construindo políticas universais e equânimes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. (mimeo)

⁷ Baseado em Zago, Marco Antonio. *Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil. O papel da anemia falciforme e de outras doenças genéticas*. Texto apresentado na Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra. Brasília, abril 1996.

⁸ A Portaria GM/MS, No. 822, de 06 de junho de 2001, cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN.

⁹ Note-se que o trabalho de informar a sociedade sobre a anemia falciforme vem sendo desenvolvido quase que exclusivamente pelas Associações de Portadores, atualmente funcionando em oito estados: Alagoas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

¹⁰ Cunha, Estela M. P. *Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade*. *Jornal da Rede*. Nº 23, março 2001.

¹¹ Barbosa, Maria Inês da Silva. *É Mulher, mas é Negra: perfil da mortalidade do 'quarto de despejo'*. *Jornal da Rede*. Nº 23, março 2001.

¹² Organização Pan-Americana de Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. OPAS/OMS, 2001. pp. 40-41.

¹³ *Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente*, Ministério da Saúde/Universidade de Brasília, 2000, p. 65-67.

¹⁴ Alves, Amaro Luiz e Barbosa, Romero Bezerra. *A Saúde da População Negra - realizações e perspectivas*. Mimeo. 1998.

¹⁵ Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 sobre ética em pesquisa com seres humanos.