

Falando de saúde, doença e vulnerabilidades

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde e agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente, que exclui e nega o direito natural de pertencimento, coloca-a em condições de maior vulnerabilidade.

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), homens e mulheres negras 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).

No campo da saúde o conceito de vulnerabilidade emergiu no início da década de 90 entre aqueles que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da aids. Embora seja um recurso teórico aperfeiçoado no campo de estudos e pesquisas em aids, não lhe é restrito.

Se pretendêssemos apresentar o conceito de forma sintética, definiríamos por vulnerabilidade o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação.

Diante das formas conhecidas de exposição aos fatores físicos, químicos, biológicos e ambientais que, por ventura, possam desencadear agravos, a princípio, qualquer pessoa poderia qualificar sua situação, no entanto, para as coletividades, as situações sociais e programáticas, muitas vezes, extrapolam o limite da percepção e da possibilidade de transformação de cada pessoa isoladamente (AYRES et al., 1999).

Com a finalidade de avaliar a vulnerabilidade à infecção por HIV e ao adoecimento por aids, MANN et al. (1993) definiram três planos interdependentes de análise: o componente individual, o componente social ou coletivo e o componente político ou programático.

No plano individual os autores apresentam inúmeras definições para o conceito de vulnerabilidade:

- em termos absolutos, a expressão designaria os desprotegidos;
- em termos relativos, estaria referindo-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média;

- em termos epidemiológicos, o conceito estaria relacionado àqueles que apresentam maiores graus de exposição;
- em termos médicos, seria atribuído às pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica que lhes é oferecida;
- em termos operacionais, a expressão estaria relacionada àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência;
- em termos de direitos humanos, faria referência àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios de equidade e dignidade humana;
- em termos sociais, estaria relacionada àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços sociais disponíveis;
- em termos econômicos, faria referência aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido a limitações financeiras;
- e, em termos políticos, diria respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total.

A dimensão programática da vulnerabilidade pode ser caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados, pela adoção de mecanismos de não discriminação por instituições.

A força do ambiente sociopolítico, econômico e cultural determina o sucesso dos programas e, em última instância, seu impacto sobre as pessoas. A dimensão social da vulnerabilidade pode então ser caracterizada 1. pelo acesso que pessoas e coletivos têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais; 2. pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão; 3. pelos indicadores de saúde, educação e renda; 4. pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria; 5. pela participação dos grupos nas estruturas de governo; 6. pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raças, etnias, gênero e geração.

* Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pesquisadora do Núcleo de Estudos para Prevenção de Aids (NEPAIDS/USP) e atualmente coordenadora do Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma parceria entre o Departamento de Desenvolvimento Internacional do Governo Britânico (DFID), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para as Populações (PNUD). Email: flopes@uol.com.br

Tecido social nacional

Para a elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e de saúde é essencial compreender as fragmentações derivadas do novo fenômeno político-econômico nos níveis pessoal, coletivo, regional ou mundial.

A imagem construída sobre a existência de uma filosofia das técnicas e ações correlatas, chefiada pelas técnicas de informação, nos é apresentada como o meio para a obtenção do conhecimento sobre as pessoas e sobre o mundo. No entanto, a forma como as informações são apresentadas, impossibilita uma avaliação precisa sobre aquilo que é realmente bom. Ao mesmo tempo em que as técnicas são incorporadas, quase que naturalmente nas atividades cotidianas, continuam mantidas como um mistério, dada a rapidez, com que elas evoluem, e a inteligibilidade as restrita a poucos (SANTOS, 2000).

Cidadania é o repertório de direitos efetivamente disponíveis, os coletivos, cujos meios para seu desenvolvimento devem ser garantidos pelo Estado nacional. Todavia não têm condições de exercer atividades globalizadas, ou seja, para negras e negros brasileiros, que detêm uma cidadania abstrata, a transposição dos muros é quase impossível.

Sabemos que um dos primeiros passos para minimizar as vulnerabilidades é identificar os direitos não efetivados tanto do ponto de vista individual quanto coletivo e, em seguida, elaborar estratégias de promoção. A perspectiva universalista do quadro de Direitos Humanos oferece uma referência generalizável sob a qual se pode examinar qualquer contexto social ou estrutura de programa, avaliando o quanto esses afastam (ou aproximam) as pessoas dos mais altos e desejáveis padrões de qualidade de vida. Segundo FRANÇA Jr et al. (2000), "a identificação das possibilidades e limites da interlocução entre a Saúde Coletiva e os Direitos Humanos pode reforçar a perspectiva de que o bom cuidado em saúde é, acima de tudo, um Direito Humano".

Conectando os Direitos Humanos às práticas em saúde

Segundo COMPARATO (1999), os direitos humanos são definidos como um sistema de valores éticos, hierarquicamente organizado de acordo com o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização do valor supremo da justiça. Para o autor, no decorrer da História, a compreensão de dignidade foi balizada pela dor física e pelo sofrimento moral de muitos e desencadeada pelo fenômeno ideológico. Em função disso a exigência de condições sociais adequadas para a realização de todas as virtualidades do ser humano é intensificada pelo tempo e justificada pelos princípios de irreversibilidade e complementaridade solidária dos direitos já declarados.

Para PIOVESAN et al. (1998) a democracia se confunde com a igualdade na mesma medida em que a implementação do direito à igualdade impõe tanto o

desafio de eliminar toda e qualquer forma de discriminação, quanto o desafio de promover a igualdade. Segundo a autora "o direito à igualdade pressupõe o direito à diferença, inspirado na crença de que somos iguais, mas diferentes, e diferentes, mas sobretudo iguais".

Ainda que a saúde seja apresentada como um direito fundamental pela Constituição brasileira, a compilação e análise dos dados disponíveis permitem evidenciar as desigualdades nas condições de vida e de saúde de homens e mulheres, sem, no entanto, considerar que, ao assumir lugares desiguais nas redes sociais, negros e brancos trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.

A efetivação dos direitos humanos e a promoção do direito à igualdade não devem ser confundidas com ações de concessão. Ainda que a adoção de políticas públicas, muitas vezes, assumam um caráter de compensação/reparação, ao resgatar e valorizar positivamente as diferenças, o Estado e a sociedade reconhecem as iniquidades cometidas e buscam caminhos eficientes para sua superação.

As noções de raça e racismo

Em nosso país o conceito de raça tem sido fundamental na organização dos princípios da sociedade. De acordo com alguns autores, a idéia de raça não pode ser considerada universal por não prescindir de uma fundamentação objetiva, "natural" ou biológica (GOODMAN, 1995, 2000; FROTA PESSOA, 1996; SANTOS RV, 1996). Para eles, a "fragilidade" terminológica e conceitual pode dificultar sua aplicação em estudos e pesquisas sobre saúde.

Aqueles que defendem o uso do conceito reiteram seu caráter mutável e afirmam que sua utilidade analítica está centrada, exatamente, na negação de uma fundamentação biológica e na confirmação de sua propriedade social e política plena (FANON, 1983; GUIMARÃES, 1995; HASENBALG, 1996; MAGGIE, 1996; LÓPEZ, 2000a, 2000b; PEREA, 2000; GOODMAN, 2000; DELGADO, 2000). De acordo com estes autores, a utilização científica do conceito permite compreender e intervir em certas ações (inter)subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como em suas implicações e desfechos.

Para CASHMORE (2000), o conceito de raça poderia ser definido sob três prismas: 1. da classificação; 2. da significância; 3. da sinonímia. Do prisma da classificação, o termo designaria um *grupo ou categoria de pessoas conectadas por uma origem comum*; do prisma da significância, ele seria *uma expressão, som ou imagem cujos significados, viabilizados somente por meio da aplicação de regras e códigos, seriam plásticos e mutantes*; e, do prisma da sinonímia, designaria *um modo de entender e interpretar as diversidades por meio de marcadores inteligíveis*.

Ao apresentar as possíveis definições de raça, o autor relata que o termo entrou para a língua inglesa no começo

do século XVI e que, até o começo do século XIX, foi usado principalmente para referir-se a características comuns apresentadas em virtude de uma mesma ascendência. Desde o início do século XIX foram-lhe atribuídos vários outros sentidos, contudo os componentes fenotípicos da ascendência atraíram a atenção das pessoas tão prontamente, que elas não eram capazes de perceber que a validade da raça como conceito dependia do seu emprego numa explicação.

Ao ponderar sobre o caráter polissêmico do termo raça, CASHMORE afirma que a diversidade de seus significados é influenciada pelas regras e códigos sociais de um determinado tempo histórico, pelos grupos sociais considerados e pelo espaço físico e simbólico que ocupam. Neste trabalho, usaremos raça como sinônimo de *grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos*.

O racismo¹ é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações em cada tempo e lugar. Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidas em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida. Embora não institucionalizado, o racismo brasileiro, muitas vezes denominado racismo “cordial”, permite que os brasileiros (governo e sociedade) justifiquem a naturalidade das desigualdades raciais.

A “naturalidade” do problema determina que, no Brasil, o racismo seja socialmente apresentado como um “problema do negro”, como se fosse um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais. Neste cenário os maiores desafios de uma prática anti-racista são: 1. contribuir para a conscientização dos negros e para a ampliação de seu repertório de direitos; 2. desconstruir os princípios da “branquitude” alicerçados no reconhecimento das carências negras e, paradoxalmente, na proteção silenciosa e constante de seus privilégios concretos e simbólicos.

A qualidade do cuidado e as relações interpessoais

Em todos os cantos do mundo a eficácia do cuidado em saúde varia de acordo com as condições socioeconômicas do sujeito, o lugar onde ele vive, a qualidade dos equipamentos sociais aos quais ele tem acesso, a sensibilidade, humanização e o compromisso da equipe de profissionais pela qual ele é atendido.

Em decorrência dessas premissas, o registro e a análise das desigualdades e iniquidades raciais em saúde só podem ser feitos por pessoas sensíveis e aptas a compreender os diferentes sentidos e significados atribuídos às relações inter e intra-raciais, inter e intragêneros, inter e “intrageneracionais”.

Aqueles que precisam do cuidado buscam um atendimento que considere suas necessidades em saúde, que seja coerente com o seu perfil socioeconômico, que

leve em consideração a sua posição na hierarquia social e de gênero dentro e fora da unidade familiar; suas crenças, seus valores e expectativas. A dificuldade enfrentada pelos cuidadores em contemplar esta diversidade e pluralidade compromete a resolutividade de suas ações.

As práticas discriminatórias são indesejáveis e passíveis de punição nos termos da lei, entretanto a sub-representação de negros e indígenas entre os cuidadores de nível superior e a falta de “habilidade” para o manejo de questões relativas à raça ou etnia corroboram para a elaboração de estratégias individuais e coletivas de discriminação racial ou étnica, menos evidentes, porém eficientes.

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o *conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelas condições políticas e socioeconômicas* (MANN et al., 1999; VALONGUEIRO e CAMPINEIRO, 2002), entretanto, no momento em que as instituições formadoras não incluem em seus conteúdos programáticos e currículos as particularidades e necessidades dos diferentes grupos populacionais, elas perdem a oportunidade de preparar adequadamente seus profissionais e restringem as possibilidades da promoção da saúde enquanto um direito humano.

Como consequência mais imediata, poucos médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, são capazes de prover cuidados que considerem especificidades genéticas, como é o caso da anemia falciforme, da deficiência da enzima glicose-6-fosfato-desidrogenase²; especificidades derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes – a leucopenia, por exemplo; aquelas derivadas da indisponibilidade de recursos socioeconômicos, da desnutrição, da pressão social... A inadequação na formação do profissional de saúde contribui para os processos de vulnerabilidade, definida, sempre, na relação com o outro, seja o outro uma pessoa, um regime político ou um equipamento social.

Ao identificar os vieses raciais nos processos de vulnerabilização todos (pesquisadores, ativistas, administradores, gestores e profissionais de saúde e educação em saúde) devem estar conscientes de sua corresponsabilidade, seja porque em algum momento

¹ Ideologia que atribui um significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e que imputa, ao grupo com padrões “desviantes”, características negativas que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a que todos estão submetidos, não é questão de opinião. Uma vez envolvidas nesta programação social, as pessoas reproduzem, consciente ou inconscientemente, atitudes racistas que, em certos casos são, inteiramente, opostas à sua opinião.

² A deficiência da enzima G6PD é um defeito enzimático nas hemácias que pode causar crises hemolíticas agudas (episódios agudos de destruição dos glóbulos vermelhos do sangue), icterícia neonatal e anemia hemolítica crônica. Identificada em muitas populações, esta alteração genética aparece, com maior frequência, entre os negros africanos e pessoas nascidas na região do Mediterrâneo.

omitiram ou negaram as implicações diretas e indiretas das desigualdades raciais somadas, seja porque atribuíram aos negros um *status* “quase natural” de vítima. É neste sentido que reforçamos a importância analítica da variável raça/cor e a necessidade de elaborar estratégias de superação das desigualdades evitáveis e consideradas injustas, para tanto recomendamos que:

1. sejam efetivadas articulações e parcerias com o governo e outros setores da sociedade civil organizada para diminuição da vulnerabilidade social, especialmente no que diz respeito à escolarização, qualificação profissional, desemprego, qualidade de habitação e moradia, rendimento e morbimortalidade por causas evitáveis;
2. em todas as ações em saúde ou em educação para saúde, desenvolvidas prioritariamente com a população negra, sejam:
 - garantidos espaços de reflexão sobre a situação do negro no Brasil, sobre as relações sociais estabelecidas entre negros e brancos, homens e mulheres nos vários estratos socioeconômicos, nos vários momentos da vida, nos espaços públicos e privados;
 - elaboradas estratégias que devolvam aos sujeitos as características de cordialidade e afetividade, que fortaleçam ou recriem identidade e auto-estima e, ao mesmo tempo, desencadeiem processos de conscientização e empoderamento;
3. todas as campanhas publicitárias contemplem a diversidade existente no país e contribuam para minimização da violência simbólica, dos estereótipos e estigmas;
4. em todo e qualquer programa de formação de profissionais da saúde e educação em saúde (incluindo agentes comunitários) sejam incluídos textos sobre os diferenciais raciais nas condições de vida e saúde;
5. seja incluído o quesito cor em todos os levantamentos/pesquisas epidemiológicas, sobretudo aquelas conduzidas/financiadas por organizações governamentais;
6. que a variável raça/cor seja utilizada como categoria analítica na produção de toda e qualquer estatística de saúde;
7. os profissionais das áreas técnicas e administrativas sejam formados para compreender a relevância da autodeclaração sobre raça/cor e que, uma vez conscientes da importância da informação, sejam capacitados a coletá-la;
8. a informação sobre raça/cor seja auto-referida e que sejam adotadas as 5 categorias classificatórias utilizadas pelo IBGE;
9. em todas as ações de educação em saúde seja incluído o quesito cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada;

10. todas as ações de educação em saúde sejam conduzidas por profissionais que respeitem valores culturais e crenças religiosas e representações sobre a pessoa, a saúde e a doença;
11. as ações de educação preventiva usem abordagens que possibilitem a efetivação/expansão da cidadania;
12. seja dada atenção prioritária às doenças sabidamente mais frequentes na população negra (hipertensão arterial, diabetes mellitus II, miomatoses, anemia falciforme, deficiência de G6PD);
13. as ações preventivas ou de assistência sejam avaliadas em termos de eficiência e eficácia com base em modelos de monitoramento/avaliação que considerem as especificidades, necessidades e demandas de cada um dos segmentos populacionais beneficiados e o contexto no qual eles estão inseridos;
14. haja incentivo às pesquisas em saúde e elaboração de indicadores sociais que destaquem a situação da população negra em todos os aspectos abordados;
15. haja incentivo à sistematização de experiências de educação em saúde com recorte racial e à avaliação de seus alcances e limites;
16. que a avaliação das experiências subsidie as políticas públicas e intervenções promovidas por universidades, empresas, organizações da sociedade civil e governamentais;
17. haja incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado nos espaços de controle social, sobretudo aqueles que integram o SUS;
18. seja incluído o tema “impacto do racismo e da discriminação racial nas condições de vida e de saúde da população negra brasileira” em todos os materiais e atividades de formação dos conselheiros de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal;
19. haja incentivo e investimentos para a realização de conferências estaduais e municipais de saúde da população negra (conforme recomendações da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde).

Referências Bibliográficas

- AYRES, J.C.R.M., FRANÇA JUNIOR, I., CALAZANS, G.J., SALETTI FILHO, H.S. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R., PARKER R. (org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34; 1999. P. 49-72.
- CASHMORE, E. *Dicionário de relações étnicas e raciais*. São Paulo: Summus; 2000.
- COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 1-55.
- DELGADO, R. Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling. In: DELGADO, R., STEFANIC, J. (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. p. 131-140.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Fator; 1983. (Coleção Outra Gente, 1).

FRANÇA JÚNIOR, I. AYRES, J.C.R.M., CALAZANS, G.J. Saúde Coletiva e Direitos humanos: um diálogo possível e necessário. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2000, Salvador. *Anais ...* Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2000. CD -Rom, texto 1981.

FROTA-PESSOA, O. Raça e eugenia. In: SCHWARCZ, L.M., QUEIROZ, R.S. (org.). *Raça e diversidade*. São Paulo: Edusp/Estação Ciência, 1996. p. 29-46.

GOODMAN, A.H. Why genes don't count : for racial differences in health. *American Journal of Public Health*, [s.l.], v.90, n.11, p.1699-1.702, 2000.

GUIMARÃES, A.S.A. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*. [s.l.], v.27, p.45-63, 1995.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: MAIO, M.C., SANTOS, R.V. (org.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996. p. 235-249.

LÓPEZ, I.F.H. Race and erasure: the salience of race to Latinos/as. In: DELGADO, R., STEFANIC, J. (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2.ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p.369-378.

_____. The social construct of race. In: DELGADO, R., STEFANIC, J., (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2.ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. P.163-175.

MAGGIE, Y. "Aqueles a quem foi negada a cor do dia": as categorias cor e raça na cultura brasileira. In: MAIO MC e SANTOS RV, (org.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996. p.225-234.

MANN, J.M. Health and human rights. In: MANN, J.M., GRUSKIN, S., GRODIN, M.A., ANNAS, J.G. (org.). *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge; 1999. p. 216-226.

MANN, J.M., TARANTOLA, D.J.M., NETTER, T.W. Vulnerabilidade Global. In: MANN, J.M, TARANTOLA, D.J.M., Netter, T.W. (org.). *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/ UERJ, 1993. p.275-300.

PEREA, J.F. The black/white binary paradigm of race. In: DELGADO, R., STEFANIC, J. (ed.). *Critical race theory: the cutting edge*. 2.ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p.344-353.

VALONGUEIRO, S., CAMPINEIRO, D. Demand for health care in Brazil: a preliminary analysis by regions. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 11., 2002, Ouro Preto. *Anais...* Ouro Preto: ABEP, 2002. [CD-Rom]



Olávio Augusto Kalckmann