



RELATO SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E INDÍGENA NO BRASIL

Cosmo Helder Ferreira da Silva¹

Luis Tomás Domingos²

Ana Caroline Rocha de Melo Leite³

Daniel Freire de Sousa⁴

Resumo: O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É um eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia. O objetivo deste estudo é relatar a política nacional de saúde da população negra e indígena no Brasil, possibilitando-nos conhecer os direitos de acesso aos serviços e ações de saúde destinada a estas populações. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra definiu-se os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. A saúde está pautada como direito de todos e principalmente daquelas pessoas que vivem nas camadas mais vulneráveis das populações. Conclui-se que é de fundamental importância o conhecimento das Políticas de Saúde da população negra e indígena no Brasil, que dispõem o acesso às ações e serviços de saúde para todos.

Palavras-chave: políticas de saúde; população negra; indígenas.

REPORT ABOUT THE HEALTH POLICY OF BLACK AND INDIGENOUS POPULATION IN BRAZIL

Abstract: The right to health is constitutional grounds and substantive condition for the full exercise of citizenship. It is a strategic aim for overcoming racism and assurance of promotion of racial equality, development and strengthening of democracy. The aim of this study is to report the national health policy of black and indigenous population in Brazil, enabling us to know the rights of access to health services and actions designed to these populations. The National Policy of Black Population's Integral Health defined the principles, the brand,

¹ Bacharelado em Odontologia, Faculdade Católica Rainha do Sertão, Brasil, (2012). Mestrando em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil, (2015). Redenção, Ceará-Brasil. helderferreira_18@yahoo.com.br

² Doutorado em Anthropologie et Sociologie du Politique pelo Université Paris 8 - Vincennes-Saint-Denis, França (2002). Professor Adjunto I da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil. Redenção, Ceará-Brasil. ldomingos@hotmail.com

³ Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará, Brasil (2010) Professor adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil. Redenção, Ceará-Brasil. acarolmelo@unilab.edu.br

⁴ Doutorado em Biotecnologia em saúde pela Rede Nordeste de Biotecnologia, Brasil (2010). Professor adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil. Redenção, Ceará-Brasil. daniel@unilab.edu.br



objectives, guidelines, strategies and management responsibilities, focused on improving the health conditions of this population. The National Policy of Attention to the Indigenous Population's Health is part of the National Health Policy, aligning the determinations of the Organic Laws of Health with the Federal Constitution, which recognize the ethnic and cultural specificities of indigenous peoples and their territorial rights. Healthcare is a right of all and especially those people living in the most vulnerable sections of the population. We conclude that is of fundamental importance the knowledge of the Health Policy of the black and indigenous population in Brazil, which regards the access to health actions and services for all.

Key-words: health policy; black population; indigenous population.

RAPPORT SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION ET NOIR INDIGÈNE NO BRÉSIL

Résumé: Le droit à la santé est fondement constitutionnel et condition de substantive pour le plein exercice de la citoyenneté. Il est un objectif stratégique pour la lutte contre le racisme et de promouvoir la garantie de l'égalité raciale, le développement et le renforcement de la démocratie. Le but de cette étude est de rapporter la politique nationale de santé de la population noire et indigène au Brésil, qui nous permet de répondre aux droits d'accès aux services et aux actions visant à la santé de ces populations. La Politique Nationale de la Santé Intégrale de la Population Noire a défini les principes, les marques, les objectifs, les orientations, les stratégies et les responsabilités de gestion, visant à améliorer l'état de santé de cette population. La Politique Nationale de l'Attention à Santé des Peuples Indigènes fait partie de la Politique Nationale de Santé avec la Constitution Fédérale, qui reconnaissant aux peuples indigènes leurs spécificités ethniques et culturelles et leurs droits territoriaux. La Santé est guidé comme un droit de tous et principalement par les personnes vivant dans les sections les plus vulnérables de la population. Nous concluons que est d'une importance fondamentale la connaissance de la politique de santé de la population noire et autochtones au Brésil, qui ont accès à des actions et des services de santé pour tous.

Mots-clés: politique de la santé; les Noirs; les Indigènes.

RELATO SOBRE LAS POLÍTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN NEGRA E INDÍGENA EN BRASIL

Resumen: El derecho a la salud es fundamento constitucional y condición sustantiva para el ejercicio pleno de ciudadanía. Es un eje estratégico para la superación del racismo y garantía de promoción de la igualdad racial, desarrollando y fortaleciendo la democracia. El objetivo de este estudio es relatar la política nacional de salud de la población negra e indígena en Brasil, posibilitándonos conocer los derechos de acceso a los servicios y acciones de salud destinada a estas poblaciones. La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra definió los principios, la marca, los objetivos, las directrices, las estrategias y las responsabilidades de gestión, volcados para la mejoría de las condiciones de la salud de este segmento de la población. La Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Salud de los Pueblos Indígenas integra la Política Nacional de Salud, compatibilizando las determinaciones de las Leyes Orgánicas de Salud con las de la Constitución Federal, que reconocen a los pueblos indígenas sus especificidades étnicas y culturales y sus derechos territoriales. La salud está pautada como derecho de todos y principalmente de aquellas personas que viven en las camadas más vulnerables de las poblaciones. La conclusión es que se vuelve fundamental el conocimiento de las Políticas de Salud de la población negra e indígena en Brasil, que dispone el acceso a las acciones y servicio de salud para todos.

Palabras-clave: Políticas de salud; Población negra; Indígenas.



INTRODUÇÃO

A promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988, estabeleceu que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, tendo, todo brasileiro, garantido por lei, o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, idealizando-se assim o processo de concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1991).

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É um eixo estratégico para a superação do racismo e garantia da promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia (Brasil, 2007).

Ao longo da nossa história, diversas condições desiguais foram geradas para determinados grupos da população, com características étnicas e raciais específicas, resultando na situação atual de iniquidades enfrentadas por esses segmentos e, no caso da população negra, em um racismo que, ao ter sido internalizado após a abolição oficial da exploração dos povos africanos em território nacional, persistiu silencioso, não declarado e muitas vezes negado (Brasil, 2010).

Segundo Krieger (2003), Leal, Gama e Cunha (2005), a cor da pele pode ser vista como manifestação biológica na figura humana, mas também pode se mascarar em expressão racializada da biologia, quando exposta às atitudes segregadoras dentro da sociedade. Os termos raça e etnicidade são categorias sociais, mais do que biológicas, referentes a grupos que têm em comum uma herança cultural. As desigualdades raciais, nas condições de saúde das populações, permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica.

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização, como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos (Brasil, 2002).

Para Brasil (2010), a população negra, por causa das diversas condições históricas, apesar de numerosa, encontram-se hoje nos extratos mais pobres e em



crônica situação de iniquidade em relação à saúde, traduzida especialmente pela comprovada precocidade dos óbitos e pela alta taxa de mortalidade materna neste segmento, situação agravada pelo racismo que, muitas vezes, é responsável pela discriminação que ocorre em várias instituições e também nos serviços de atenção à saúde.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde (Brasil, 2002).

Com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) definiu-se os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (Brasil 2010).

Para Brasil (2008), a referida Política aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) vem materializar esses propósitos, concentrando os esforços das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e da sociedade civil na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI) integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Esta proposta foi Regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde

está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (Brasil, 2002).

Contudo, para Freitas et al., (2011), é preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Mas sem perdermos de vista que a universalidade do SUS, que seria o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população brasileira ainda não se efetivou na prática.

Assim, o objetivo deste estudo é relatar a política nacional de saúde da população negra e indígena no Brasil, possibilitando-nos conhecer os direitos de acesso aos serviços e ações de saúde destinada a estas populações.

DIREITO À POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Durante séculos, as comunidades negras rurais constituíram processos que possibilitaram a construção de uma significativa rede de relações socioculturais, econômicas e políticas; a formação de quilombos está no cerne destes acontecimentos (Krieger, 2003; Silva, 2010).

As primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores (Brasil 2010).

Segundo o Workshop Internacional de Saúde da População Negra (2001), em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e o Ministério da Saúde, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Trata-se de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas. Seu propósito é garantir maior



grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (Brasil, 2010).

Nos anos de 2005 e 2006, ocorreram diversos seminários, encontros, reuniões técnicas e políticas, que culminaram com a aprovação desta Política pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 2006. Merece destaque ainda a realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial do Ministério da Saúde da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS (Brasil, 2010).

Afirma Lago e Cruz (2001) que a atenção primária à saúde é uma estratégia flexível caracterizada por meio do primeiro contato entre usuários e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em processo contínuo; está organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária para proteger, restaurar e reabilitar a saúde do indivíduo, família e comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde.

Um aspecto importante da atenção primária é a vinculação dos profissionais com a comunidade e com essas diversidades, o que é fundamental para a implementação de políticas públicas, com destaque às políticas de promoção de igualdade racial. Políticas de promoção de igualdade racial são compreendidas como políticas públicas que pretendem corrigir iniquidades decorrentes de discriminação, histórica e atual, vivenciada pela população negra (Santos e Santos, 2013).

Ainda para Santos e Santos (2013), a saúde da população negra tem sido objeto de políticas, pois possui características que conferem disparidades no que diz respeito às condições de saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo. A fim de promover a equidade no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde dessa população, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, no dia 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, tem como objetivo a promoção da equidade em saúde, em função de situações de risco, com vistas ao maior cuidado com a saúde da população negra.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Os povos indígenas, desde a chegada dos colonizadores, sofrem maus tratos, trabalhos forçados, confinamentos e sedentarização. Centenas de povos desapareceram com o processo de colonização, onde se destacaram as práticas da escravidão, das chacinas, das guerras, e das epidemias por doenças infecciosas. Desta forma, podemos afirmar que a relação do Estado brasileiro com os povos indígenas sempre foi marcada pelo preconceito e pelo descaso (Altini et al, 2013).

O propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é garantir aos mesmos o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (Brasil, 2002).

A declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas aprovada em 2007 afirma que “os povos indígenas têm direito a suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, bem como desfrutar do nível mais alto possível de saúde, e os Estados devem tomar as medidas necessárias para atingir progressivamente a plena realização deste direito” (Altini et al., 2013).

Ainda para Altini et al., (2013), de acordo com as deliberações aprovadas, os povos indígenas deveriam ter garantidos o acesso universal e integral à saúde e a participação em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas. Este modelo de assistência específico e diferenciado lançou as bases para a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob a gestão direta do Ministério da Saúde.

A FUNASA e a FUNAI dividem a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (Brasil, 2002).



A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E INDÍGENA NO BRASIL

O relatório “Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde” apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional. Esse estudo identificou uma proporção 2% de nascimentos na faixa etária materna de 10 a 14 anos entre as indígenas, o dobro da média nacional. Considerando as mães entre 15 a 19 anos, constatou-se uma proporção de nascidos vivos da cor branca de 19% (Brasil, 2005).

As ações de saneamento básico desenvolvidas a partir de 1999, aliadas ao trabalho de assistência básica à saúde, contribuíram para a redução do coeficiente de mortalidade infantil no período de dez anos, que caiu de 74,61 para 46,73 por cada mil nascidos vivos. No Mato Grosso do Sul, onde está concentrada a segunda maior população indígena do país, o índice de mortalidade infantil teve uma queda de 140 mortes num universo de mil crianças nascidas vivas, em 1999, para 30 óbitos/1000 em 2008 (Funasa, 2009).

Paixão et al., (2004), nos permitem observar que, para as patologias ou agravos, as vidas negras são subtraídas mais cedo, chamando-nos a atenção os anos perdidos de vida de mulheres e homens pretos no que diz respeito às causas mal definidas e às causas externas, mais especificamente homicídios. As doenças infecciosas, em especial o HIV/AIDS e a tuberculose, embora assumam uma pequena porção no total de anos potenciais de vida perdidos tanto para brancos quanto para pardos e pretos, assumem maior impacto nas vidas negras, mormente nas pretas.

Os piores indicadores de mortalidade, em termos de sua distribuição etária ou magnitude de causas evitáveis de óbitos, exemplo: mortalidade materna é apresentada por pretos e indígenas. Além disso, a proporção de óbitos por causas mal definidas e também aqueles sem assistência médica podem ser considerados evidências das diferenças entre os grupos étnico-raciais, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e/ou tratamento. Por exemplo, em 2001, a proporção de óbitos sem assistência médica entre os indígenas foi de 9,0%, comparada a 6,0% entre brancos. Os mesmos grupos apresentaram a pior e a melhor proporção de causas mal definidas: 25,0% entre os indígenas e 10,0% entre brancos (Chor e Lima, 2005).

Em um estudo realizado por Chor e Lima (2005), mostrou-se que nas mulheres pretas, entre 40 e 69 anos de idade, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (115 por 100 mil) é cerca de duas vezes maior do que entre brancas (58 por 100 mil) e pardas (54 por 100 mil). Da mesma forma, a mortalidade por doença hipertensiva e por diabetes mellitus é muito mais expressiva entre as mulheres pretas. Quanto à mortalidade por neoplasia maligna de mama, a magnitude é equivalente entre brancas (28 por 100 mil) e pretas (22 por 100 mil), e maior do que em mulheres pardas (14 por 100 mil).

Afirma Pinto e Souza (2002), que as desigualdades sociais vivenciadas por essa população são expressas em seus corpos e na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos a que têm acesso. Tais constatações corroboram a ideia de desigualdade social, presente nas produções teóricas e intervenções políticas neste campo, catalisam e sistematizam as reivindicações da população negra na área da saúde, publicizando essa especificidade nas esferas nacional e internacional.

Para Júnior e Santos (2002), tanto no Brasil como na América Latina em geral, é imprescindível que os estudos sobre desigualdades socioeconômicas, e aqueles concernentes ao processo saúde-doença em particular, incorporem cada vez mais intensamente raça/etnia como dimensões analíticas. Raça/etnia, processo saúde-doença, nível socioeconômico, educação, espacialidade, entre outras, são esferas profundamente imbricadas, cujas inter-relações manifestam-se das mais variadas formas.

Relatam Broman (1996) e Krieger (1990), que vivenciar situações de discriminação pode ser, por si, um elemento desencadeador de doenças. Tal fato é ainda mais grave quando a experiência se passa no contexto de um serviço destinado à atenção em saúde. Essas situações podem gerar fortes emoções, que vão do medo e desconfiança à raiva e frustração, comprometendo, portanto, não somente a qualidade e a credibilidade dos serviços prestados, mas a própria saúde do indivíduo.

Uma vez que as evidências indicam que a discriminação racial é um dos fatores estruturantes das desvantagens econômicas e sociais enfrentadas por minorias étnico-raciais no Brasil, como captar seus efeitos na saúde? A discriminação racial tem sido definida como tratamento diferenciado em função da raça (ou em função de outros fatores insuficientemente justificados), que coloca em desvantagem os diversos grupos raciais específicos (Chor e Lima, 2005).

Para Júnior e Santos (2000), é importante salientar que a questão da saúde das populações indígenas no Brasil faz parte de um quadro que extrapola fronteiras nacionais específicas. É um tema que se insere e resulta do capítulo mais amplo das relações sócio históricas entre povos autóctones e os colonizadores que, em diversas levas, chegaram às Américas ao longo dos últimos 500 anos.

A versão do Plano Nacional de Saúde (PNS) discutida durante o ano de 2004 reitera a necessidade de iniciativas de longo, médio e curto prazos, além do atendimento de demandas mais imediatas, mediante a adoção de ações afirmativas em saúde. A formação permanente e contínua dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado levam em consideração especificidades genéticas, especificidades derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes, aquelas derivadas da indisponibilidade de recursos socioeconômicos, da desnutrição, da pressão social. No instrumento de gestão também têm destaque a necessidade de assegurar a efetiva participação da população negra no planejamento das ações e no seu monitoramento. A realização de estudos e pesquisas que subsidiem o aperfeiçoamento da promoção e da atenção à saúde, também é apresentada como necessidade e, para que este avanço na produção de conhecimento seja viabilizado, o PNS orienta gestores, gerentes e outros profissionais de saúde para a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde (Lopes, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) bem como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) fazem parte de um modelo de gestão que integra todos os grupos étnicos da sociedade ao direito à saúde através da promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde. Isso nos faz perceber o quão é importante o cuidado e atenção à saúde desses povos que por muito tempo foram discriminados. A saúde está pautada como direito de todos e principalmente daquelas pessoas que vivem nas camadas mais vulneráveis das populações. Conclui-se que é de fundamental importância o conhecimento das Políticas de Saúde que dispõem o acesso às ações e serviços de saúde para todos. O entendimento das políticas de saúde e

principalmente a execução dessas, fazem parte de um processo no qual todas as populações devem estar inseridas, principalmente no controle e participação social.

REFERÊNCIAS

- ALTINI, E; RODRIGUES, G; PADILHA, L; MORAES, P. D; LIEBGOTT, R. A. (Organizadores). *A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas*. Publicação do Conselho Indigenista Missionário – CIMI. Organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Edição Revisada (versão para circulação restrita). 2013.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Plano Operativo*. Brasília – DF. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social. ABC do SUS. 2a.ed. Brasília (DF): MS; 1991.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília – DF. 2007.
- BROMAN, C. L. As consequências para a saúde de discriminação racial: um estudo sobre os afro-americanos. *Etnia e Doença*. 6:148-153. 1996.
- CHOR, D; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005.
- FREITAS, D. A; CABALLERO, A.D; MARQUES, A. S; HERNÁNDE, C. I. V; ANTUNES. L. N. O. *Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura*. 13(5):937-943. Rev. CEFAC. 2011.
- FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Um marco no resgate da dignidade humana. *Boletim informativo especial*. Edição n. 8. 2009.
- JÚNIOR, C. E. A. C; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):125-132, 2000.
- KRIEGER, N. Fatores de risco para a hipertensão arterial: a discriminação racial e de gênero?. *Social Science and Medicine*. 30:1273-1281. 1990.



..... O racismo prejudica a saúde? Será que o abuso de crianças existia antes de 1962? Por questões explícitas, ciência crítica e controvérsias atuais: uma perspectiva ecos social. *Am J Public Health*. 2003.

LAGO, E. R. L; CRUZ, R. R. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: SINTES, R.A. Temas de medicina general integral. *La Habana: Ciências médicas*, 200.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sócio demográfico e na assistência ao pré-natal e ao parto. 1999-2001. *Rev. Saúde Pública* 2005.

LOPES, P. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. *Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Brasília-DF, 2004.

PAIXÃO, M. J. P; CARVANO, L. M. F; OLIVEIRA, J. C; ERVATTI, L. R. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões. In: LOPES, F. (org.). *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* [Relatório Final– Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PINTO, E. A; SOUZAS, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5):1144-1145, set-out, 2002.

SANTOS, J. E; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, 2013.

SILVA, O. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. *Rev. Identidade*. 2010.

WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001, Brasília. *Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade*. Brasília: PNUD, 2001.

*Recebido em Janeiro de 2015
Aprovado em Maio de 2015*