



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003

Tema 4.8 da Agenda Provisória

CE132/16 (Port.)

1 maio 2003

ORIGINAL: ESPANHOL

ETNICIDADE E SAÚDE

A população da Região das Américas apresenta um amplo espectro de heranças e ascendências culturais, o que permite identificar alguns segmentos populacionais como grupos étnicos/raciais. Esses grupos são social e demograficamente importantes: somente os povos indígenas e as comunidades afro-descendentes representam mais de 25% da população total da Região. Não obstante, este importante grupo de população apresenta brechas desfavoráveis e injustas em suas condições de vida e no acesso aos serviços.

A mobilização regional gerada pela Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância, convocada pela Organização das Nações Unidas em agosto de 2001, abriu muitas possibilidades para um trabalho eficaz e coordenado entre os governos e a sociedade civil. A Declaração da Reunião de Cúpula do Milênio, que foi aprovada durante o 55º período de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2000, estabelece como uma das metas fazer respeitar e fazer valer plenamente a Declaração Universal de Direitos Humanos. Decidiu também solicitar aos Estados Membros que não poupem esforços para aumentar o respeito dos direitos humanos, inclusive das minorias, e “adotar medidas para garantir o respeito dos direitos e a proteção dos direitos humanos dos imigrantes, os trabalhadores migrantes e suas famílias, eliminar os atos de racismo e xenofobia cada vez mais frequentes em muitas sociedades”.

A Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) reuniu e analisou a informação de saúde disponível para contribuir ao debate e construção de um diagnóstico da situação de saúde das minorias étnicas, que permite observar também a existência de brechas de saúde em detrimento dos grupos étnicos/raciais. Assim, pode-se concluir que é necessário formular e desenvolver políticas públicas de saúde que respondam às necessidades específicas dos grupos étnicos/raciais, como um pré-requisito para alcançar uma maior equidade na Região. Embora se tenha avançado muito durante a década passada na saúde dos povos indígenas, isto não esgota a problemática, mas, pelo contrário, torna necessário incorporar outras categorias que na atualidade compartilham características comuns de exclusão social.

Nesta oportunidade solicita-se ao Comitê Executivo que examine este documento e formule suas observações sobre: (a) a importância da coleta de informação sobre saúde dos grupos étnicos e (b) a necessidade de incorporar a sensibilidade étnico-racial que contribua ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio com uma perspectiva de redução da iniquidade em saúde.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Os grupos étnicos na Região.....	3
A importância do reconhecimento de que a população das Américas é multiétnica.....	5
Pobreza e etnicidade	6
Os grupos étnicos e a saúde: áreas de maior sensibilidade.....	7
Bons exemplos de programas e políticas dirigidos a dar resposta às necessidades vitais e sanitárias dos grupos étnicos.....	11
Atividades da OPAS em matéria de saúde e etnicidade	14
Participação da Sociedade Civil.....	15
Áreas-chave para a ação.....	15
Ação Solicitada do Comitê Executivo	16

Introdução

1. A Região das Américas apresenta uma realidade demográfica complexa do ponto de vista de sua composição étnica/racial.¹ Na maioria dos países da Região os grupos étnicos compartilham características de alta vulnerabilidade e de exclusão social: 43% da população da América Latina estão abaixo do umbral de pobreza. Estudos de várias fontes coincidem em que a população de origem étnico-racial está sobre-representada entre os carentes. Estes resultados permitiram entender melhor a “etnicidade” como um fator macro determinante que restringe as possibilidades de certos indivíduos no mercado de trabalho e o acesso aos serviços. A evidência recolhida pela OPAS nos últimos anos manifesta que, mesmo com iguais níveis de renda, as minorias étnicas têm menos acesso aos serviços e piores indicadores de saúde que o resto da população.

2. O presente documento aspira a estimular a discussão entre os membros do Comitê Executivo acerca da incorporação da perspectiva étnico-racial na formulação de políticas públicas de saúde a fim de obter maior equidade em saúde, em particular no que se refere às políticas de redução da pobreza e a implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Embora seja certo que muito se avançou durante a década passada na saúde dos povos indígenas, isto não esgota a problemática porque esses povos são só uma categoria de um segmento populacional mais amplo e diferenciado segundo os países. É necessário transitar da perspectiva de “população especial” que se centrava nos povos indígenas para uma perspectiva mais ampla de “grupos étnicos/raciais” com vistas a incorporar outras categorias (tais como afro-descendentes, migrantes e descendentes de migrantes como indianos, asiáticos, árabes, povo rom ou ciganos etc., assim como refugiados e deslocados) que na atualidade compartilham características de exclusão social. Para isso se apresenta adiante um diagnóstico da situação da saúde e do acesso aos serviços dos principais grupos étnicos/raciais na Região baseando-se em informação desagregada por origem, em países selecionados. Apresentam-se também as diretrizes sobre o tema emanadas de fóruns internacionais que servem de contexto aos projetos que alguns países da Região estão executando.

Os grupos étnicos na Região

3. A Região das Américas abriga inúmeros grupos étnicos que variam segundo os países. Existem diversos grupos que apresentam culturas próprias; alguns são

¹ No quadro do presente trabalho os termos étnico e racial são usados como sinônimos. A Organização Pan-Americana da Saúde, como parte integrante do sistema das Nações Unidas, considera que a raça humana é uma só e que as diferenças entre os indivíduos são de caráter cultural e simbólico. De todas as maneiras, mantemos os dois termos, dado que em muitos países se opta por uma distinção entre ambos os conceitos que reserva raça para os afro-descendentes e etnia para os povos indígenas.

numericamente muito significativos, como os povos indígenas² (50 milhões) e os afro-descendentes (entre 150 a 200 milhões), que somados representam cerca de 25% da população total da Região.³ Os três países que concentram o maior número de população indígena em termos absolutos são o México, Peru e Guatemala, com 13, 11 e 7 milhões respectivamente. Bolívia e Equador apresentam uma população indígena acima de 40%. Os países da América Latina com uma proporção de população afro-descendente superior a 45% são: os países do Caribe inglês, Brasil, Colômbia, Haiti, República Dominicana e Venezuela. O Brasil, com um cálculo oficial de quase 75 milhões, é o primeiro país em população afro-americana da Região. Os Estados Unidos da América contam com 36 milhões de afro-descendentes (12,9%). Estes dos últimos países contam com os conglomerados mais numerosos de afro-descendentes fora da África.

4. Outros grupos humanos que devem também ser levados em conta sob esta perspectiva são os migrantes e descendentes de migrantes, tais como os indianos, fundamentalmente em algumas nações do Caribe inglês, e os asiáticos no Brasil, Estados Unidos e Peru. Também cabe destacar os ciganos ou povo rom, que estão presentes em diversos países. Devem incluir-se neste grupo dos migrantes “os hispano-americanos” nos Estados Unidos, já que é uma categoria que reagrupa pessoas de origem hispânica ou que nasceram em algum país da América Latina e cuja língua materna é o espanhol, de primeira e segunda geração. Estima-se que em 2020 este grupo será a principal minoria dos Estados Unidos. Na atualidade somam 35 milhões, 12,5% da população total daquele país. Outros grupos susceptíveis de incorporação são os grupos de deslocados e de refugiados, afetados devido a fatores de violência ou condições ambientais adversas. Por último, em alguns países os grupos vulneráveis se convertem em grupos humanos que compartilham algumas das categorias acima mencionadas, não só pela presença de indivíduos ou ancestrais afro-descendentes ou indígenas, mas dado que eles geram uma “cultura própria” como mecanismo de sobrevivência, que integra elementos de várias cosmovisões, tornando difícil a tarefa de definição estrita.

5. No contexto do presente documento e levando em conta a limitada informação disponível, serão considerados os povos indígenas e os afro-descendentes, dada sua

² Seguindo a definição adotada pela Organização Internacional do Trabalho (Convênio 169), se consideram povos indígenas ou tribais: a) os povos que em países independentes apresentam condições sociais, culturais e econômicas que os distingam de outros setores da coletividade nacional e estejam regidos total ou parcialmente por seus próprios costumes ou tradições ou por uma legislação especial, e b) os povos de países independentes, considerados indígenas pelo fato de descender de populações que habitavam no país ou em uma região geográfica à qual pertencia o país na época da conquista, colonização ou estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, qualquer que seja sua situação jurídica, conservam todas suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas ou parte delas.

³ Um grupo de nove países, Belize, Chile, El Salvador, Guiana, Honduras, México, Nicarágua, Panamá e Suriname, tem uma população indígena que oscila entre 5% e 20%. Cerca de 14 países apresentam porcentagens menores que 4%: Argentina, Brasil, Canadá Colômbia, Costa Rica, Guiana Francesa, Paraguai, Venezuela, Uruguai e algumas ilhas do Caribe.

importância numérica, sua participação social e política restringida, e sua presença na Região desde longa data (antes da chegada dos europeus no caso dos indígenas ou com o processo da colônia para os afro-descendentes). Como o objetivo é identificar o importante papel que desempenha a etnia nas condições de marginalização, exclusão social ou discriminação que se reflete em piores indicadores de saúde e acesso aos serviços, no futuro próximo se pode dedicar um esforço similar à análise da situação de outros grupos (de migrantes, trabalhadores migrantes e refugiados/deslocados).

A importância do reconhecimento de que a população das Américas é multiétnica

6. Há várias décadas⁴ vem-se trabalhando sistematicamente para superar a discriminação racial. O avanço das ciências médicas durante o século passado permitiu superar as idéias sobre as quais se fundamentava o racismo, já que na atualidade existe consenso na comunidade científica no sentido de que as diferenças de fenótipo não constituem diferenças significativas entre os seres humanos e que, portanto, é incorreto falar de raças com base na biologia ou genética. As principais diferenças entre os seres humanos e os povos radicam na cultura.

7. Raça é um conceito social, político, cultural. Recentemente, se introduziu no tratamento destes temas o conceito de etnia, entendida como um conjunto compartilhado de mitos, ancestrais, religião, território, vestimenta, linguagem, memórias de um passado coletivo, que regulam as relações de uma comunidade humana. Embora ambos os conceitos aludem em última instância ao mesmo fenômeno social, as comunidades e organizações sociais às vezes se sentem incômodas com estas denominações genéricas e preferem termos mais específicos. Na Região das Américas utiliza-se a denominação povos indígenas para referir-se aos descendentes dos povos pré-colombianos, conforme adotada no âmbito do Convênio 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Alguns países continuam utilizando o termo grupos raciais para denominar os afro-descendentes.

8. Muito se avançou no reconhecimento da riqueza étnica da Região. Passou-se de um paradigma social de “homogeneização” a outro de “tolerância e valorização do diferente” como um instrumento para a vigência dos direitos humanos e a recuperação de

⁴ As Nações Unidas mantêm desde 1948 em seu programa a problemática da discriminação racial. Naquele ano, a Assembléia Geral adotou a Declaração Universal de Direitos Humanos, referendada por 58 Estados Membros, onde se promove a eliminação de todo tipo de discriminação racial. Em 1965, a Assembléia Geral adotou a Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial e se reuniu pela primeira vez o Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial. Em 1978, foi proclamada a Declaração sobre a raça e os preconceitos raciais e posteriormente a Declaração sobre a eliminação de todas as formas de intolerância e de discriminação baseadas na religião ou nas convicções. Em 1992, foi adotada a Declaração sobre os direitos das pessoas pertencentes a minorias nacionais ou étnicas, religiosas e lingüísticas.

valores culturais que dão um perfil próprio à Região e asseguram o desenvolvimento de seu capital humano.

Pobreza e etnicidade

9. Existe uma marcada correlação entre os indicadores estatísticos que configuram os índices de pobreza desagregados por grupo étnico/racial e outros indicadores de desenvolvimento humano, como, por exemplo, o acesso à saúde, à educação ou às próprias oportunidades de trabalho. A população indígena é uma das mais susceptíveis de ser pobre na América Latina, considerando como pobre qualquer pessoa com uma renda inferior a 2 dólares por dia. Um estudo realizado em 2001 pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) revela que, no Peru, 80% da população indígena era pobre em comparação com 50% da população não indígena. No caso do México a brecha é ainda maior; mais de 80% da população indígena está por abaixo do umbral de pobreza e só 18% da população geral comparte esta situação.⁵ Outro documento da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) apresenta situações similares para Bolívia, Guatemala e Paraguai.⁶

10. Pode-se discutir que a pobreza se deve a razões estruturais e que a origem étnico-racial não tem implicações no nível socioeconômico das pessoas. Todavia, as estatísticas indicam que existem diferenças na distribuição de renda entre os diferentes grupos étnicos dentro de cada estrato socioeconômico. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1996 do Brasil, as minorias étnicas estão sobre-representadas nos níveis de renda mais baixos; no quintil I, 27,88% são indígenas, 52,5% afro-descendentes e 13,37% descendentes de europeus.

11. As diferenças de renda segundo os grupos étnicos não são exclusivas dos países em desenvolvimento, mas também se observam nos países desenvolvidos da Região, como os Estados Unidos. Segundo dados do Escritório do Censo (1999) desse país, a renda média por habitante em dólares para os afro-americanos era de US\$ 14.397, para os hispânicos US\$ 11.621 e para os brancos US\$ 24.109.

12. Tratando de responder à pergunta de se as medidas econômicas são suficientes para superar a situação de depressão dos grupos minoritários, estudos recentes manifestam que os níveis de pobreza estão vinculados aos complexos fenômenos de exclusão social e por isso devem ser abordados com um enfoque integral que inclua educação, saúde e acesso a água e saneamento.

⁵ Quezada Ch. *Invisible Citizen*. Revista IDB América. IDB, Washington, D.C. Agosto, 2001.

⁶ Hopenhayn M, Bello A. *Discriminação étnico-racial e xenofobia na América Latina e Caribe*. CEPAL, Chile 2001.

Os grupos étnicos e a saúde: áreas de maior sensibilidade

13. A análise das condições de saúde sob a perspectiva de origem étnica a priori não parece ser apropriada porque do ponto de vista biológico não existe, como se assinalou anteriormente, mais que uma raça humana. Portanto, no âmbito do desenvolvimento científico atual, se uma pessoa enfrenta problemas de saúde requer os mesmos tratamentos. Portanto, a informação de origem, neste nível, não é pertinente.

14. Não obstante, uma visão mais ampla da saúde pública com um critério de equidade permite identificar quatro áreas em que a origem étnica tem um impacto significativo na saúde, a saber, os diferenciais na situação de saúde e na esperança de vida ao nascer; o acesso diferencial aos serviços de atenção, prevenção e promoção da saúde; os diferenciais no momento da consulta, e os diferenciais na qualidade dos serviços. Adiante apresenta-se informação recolhida de diversas fontes sobre as quatro áreas mencionadas.

15. Para monitorar as brechas na situação de saúde entre grupos étnicos serão considerados alguns indicadores clássicos. Por exemplo, os dados reunidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) revelam que no Brasil em 1950 a esperança de vida ao nascer dos brancos era de 47 anos, enquanto que para os afro-brasileiros era de 40 anos. Cinquenta anos depois, apesar de que se alcançaram esperanças de vida mais altas, para ambos os grupos se mantém a mesma brecha de sete anos. Na Guatemala se constata uma forte associação entre a esperança de vida ao nascer e a distribuição da população por grupo étnico. Existe um diferencial de quase dez anos entre os que nascem na capital e os que nascem em Totonicapán, departamento guatemalteco onde mais de 96% da população é indígena. Nos Estados Unidos, segundo dados de 2000, os indígenas americanos e os nativos do Alasca têm uma esperança de vida cinco anos menor que a população em geral. Nesse país, a esperança de vida da população geral é de 76,9 anos, enquanto para os afro-americanos, os indígenas e os brancos é, respectivamente, de 71,8, 71 e 77,4 anos.

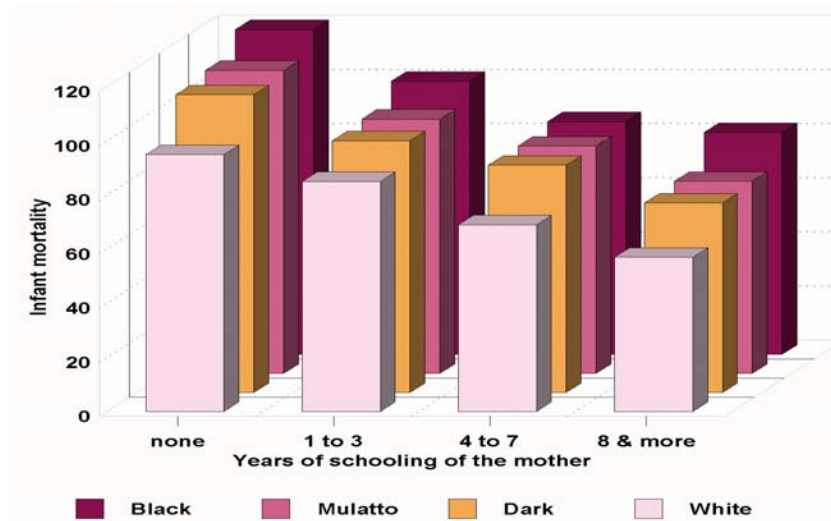
16. Outro indicador que nos permite medir brechas na situação de saúde é a mortalidade infantil. Se o analisamos por origem étnica, nos países sobre os quais dispomos de informação, se observa que existem brechas entre os grupos étnicos. Na Colômbia, por exemplo, a mortalidade infantil é entre três vezes (para os meninos) e quatro vezes (para as meninas) maior em Chocó que na Antioquia. A mortalidade infantil masculina é de mais de 90 por mil nascidos vivos em Chocó, enquanto que na Antioquia está abaixo da média nacional, ou seja, abaixo de 25.

17. Muitos especialistas se interrogam se a origem étnica é uma variável pertinente ou se as diferenças na mortalidade infantil se correlacionam fundamentalmente com o nível socioeconômico. Na figura 1 podemos observar os resultados de cruzar os níveis de

escolaridade, como uma variável de aproximação a “nível de vida”, com a mortalidade infantil e a raça da mãe.

18. Se compararmos a mortalidade infantil com os anos de escolaridade da mãe, em cada grupo étnico, observamos que os filhos das mulheres afro-descendentes com maior escolaridade (oito anos e mais) têm a mesma mortalidade infantil que os filhos das mulheres brancas analfabetas.

Fig. 1. Mortalidade infantil por raça e anos de escolaridade da mãe no Brasil



Fonte: Pinto da Cunha, E. 1997. In Barata et al: Equidade e saúde: Contribuições da epidemiologia. Abrasco/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

19. Isto demonstra que a variável origem étnica tem certa independência do nível socioeconômico das pessoas medido pelo nível de escolaridade.

20. Se analisarmos outros problemas, como o alcoolismo, os homicídios e suicídios, que têm a ver com a saúde mental e a violência, verificamos que a incidência é maior nos grupos étnicos que na maioria da população. Por exemplo, nos Estados Unidos⁷ as taxas de homicídio são mais altas nos afro-descendentes, tanto homens como mulheres. Todavia, chama a atenção que, mesmo na população masculina com educação de nível terciário (13>), a razão entre afro-descendentes e brancos é de aproximadamente 11.

⁷ A Veist Thomas, *Race, Ethnicity and Health*, Jossey Bass. Maryland (USA) 2002.

21. Quanto aos homicídios, Esmeralda, uma das províncias do Equador com elevada população afro-descendente, apresenta uma taxa de mortalidade de 3,8 por 10.000 habitantes, enquanto que a correspondente taxa nacional é de 1,65.8 No que se refere à taxa de suicídios e lesões auto-infligidas, problemas que, como se sabe, se relacionam com os transtornos psicológicos, também se observa uma diferença substantiva (8,8 para os afro-descendentes e 4,8 para a população geral).⁹ A saúde mental é outro elemento que ocasiona diferenças entre os grupos. Diversos estudos revelam que os obstáculos no acesso aos serviços de atenção mental podem estar vinculados à segmentação na qualidade dos serviços. Podem dever-se também a razões de ordem cultural que levam os indivíduos a não solicitar determinados serviços.

22. O acesso aos serviços, a qualidade dos mesmos e o tipo de serviço utilizado são indicadores importantes para medir iniquidades de saúde entre os grupos étnicos. Os grupos étnicos têm um comportamento diferencial frente aos serviços que não se explica somente por dificuldades econômicas, já que, mesmo analisando o comportamento dentro do mesmo quintil de renda, se observam diferenças. Um estudo realizado nos Estados Unidos¹⁰ assinalou que os não segurados se distribuíam da seguinte maneira: brancos, 10,2%; afro-descendentes, 19,7%; mexicano-americanos, 36,9%; porto-riquenhos; 15,5% e cubano-americanos, 20,3%.

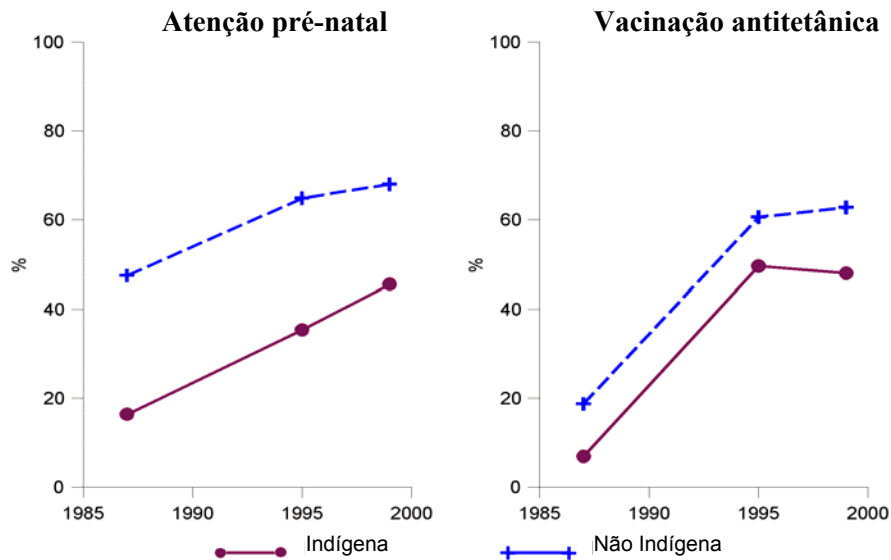
23. Um exemplo no qual podemos observar as diferenças na qualidade da atenção provém de um estudo da Guatemala onde se revela claramente a queda mais acentuada da vacinação em grupos indígenas que na população geral a partir de meados de 1996. Quer dizer, talvez por razões orçamentárias, decaiu a qualidade dos serviços em alguma das prestações. Este fenômeno é mais marcado nos serviços às populações de origem étnica (ver figura 2).

⁸ Indicadores básicos por região e província. Edição 2001. Equador: Min. Saúde, Instituto Nacional de Estatística e Censos e OPAS.

⁹ Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde nas Américas*. OPAS, Washington D.C. 2002.

¹⁰ Treviño F. et al. Quality of Health Care for Ethnic/Racial Minority Populations. *Ethnicity & Health* 1999; 4(3):153-164.

Fig. 2. Tendências na atenção pré-natal e vacinação antitetânica na Guatemala, por origem étnica, 1987-1999



Fonte: Valladares e Barillas. Inversiones en salud, equidad y pobreza: Guatemala. Banco Mundial. PNUD. OPAS, 1998

24. A questão do acesso foi muito estudada em relação com os fatores econômicos limitantes. Não obstante, a variável étnica parece afetar além dos níveis de renda. Segundo a pesquisa de domicílios no Brasil (PNAD) de 1998, observa-se esse impacto entre os brancos e os afro-descendentes. Entre as pessoas com maior capacidade de pagamento, 60% da população branca do quintil superior consulta um médico privado, em comparação com 38% dos afro-descendentes, o que reduz o uso de serviços de emergência para a população branca de alta renda frente à população afro-descendente. Este dado indica que a população branca com determinado nível de renda opta por visitar um médico, o que pressupõe um comportamento de demanda de atenção de saúde, promoção e prevenção. É provável que estas pessoas protejam melhor sua saúde por meio de exames médicos e uma prevenção precoce. Isto coincide com a informação disponível sobre os Estados Unidos, a qual assinala que uma das grandes diferenças na capacidade de resolução dos problemas de saúde é o momento em que a pessoa recorre à consulta.

25. A detecção precoce ou a detecção tardia terão efeitos radicalmente diferentes na escolha do tratamento que é possível administrar. Se a detecção é tardia, alguns tratamentos são impossíveis porque já não teriam sentido. Portanto, a população afro-descendente está exposta a tratamentos muito mais radicais, como extrações e amputações, por não haver acudido aos serviços no momento oportuno. Por exemplo, se

comparados com os brancos americanos, os afro-americanos recorrem aos serviços de emergência para tratar a asma e têm mais possibilidades de ser hospitalizados. Isto indica que têm um acesso reduzido aos serviços de prevenção e atenção primária. Comparados com os brancos, os afro-descendentes com diabetes são mais susceptíveis de sofrer amputações.¹¹

26. Em síntese, a informação exposta anteriormente põe em evidência a existência de brechas em detrimento das condições de saúde e do acesso aos serviços para as minorias étnicas. Também torna evidente que a origem étnico-racial é um fator que transcende o nível socioeconômico das pessoas e que, por último, os grupos étnicos minoritários estão sobre-representados entre os “excluídos”.

Bons exemplos de programas e políticas dirigidos a dar resposta às necessidades vitais e sanitárias dos grupos étnicos

27. Muitos governos e órgãos internacionais incorporaram a questão étnica em suas agendas, refletindo as diretrizes emanadas da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban,¹² da Declaração da Reunião de Cúpula do Milênio das Nações Unidas no ano 2000 e a Reunião de Cúpula das Américas realizada em Québec, Canadá, em 2001. Exemplo disso é o Projeto de Diversidade na Universidade que o Brasil, com apoio do BID, aprovou no final de 2002, como parte das ações para favorecer a educação dos grupos étnicos.

28. A Colômbia começou um processo de titulação de terras no âmbito das diretrizes legislativas, com o apoio do Banco Mundial, que permitirão o reconhecimento dos direitos das comunidades afro-descendentes sobre as terras que habitam desde tempos ancestrais. A Argentina já terminou seu plano de execução em cumprimento das diretrizes emanadas da Conferência de Durban e o submeteu ao Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos para sua revisão e comentários.

29. Vários países com o apoio do Banco Mundial e do BID estão produzindo mudanças no campo dos sistemas de informação demográfica e socioeconômica que permitirão a desagregação de informação com enorme impacto no médio prazo. Na

¹¹ The National Academy of Sciences. *Guidance for the National Healthcare Disparities Report*. Institute of medicine of the National Academies, Washington D.C., 2002.

¹² O ponto 154 do Programa de Ação “insta a Organização Mundial da Saúde e outras organizações internacionais pertinentes a que promovam e realizem atividades que permitam reconhecer o impacto do racismo, da discriminação racial, da xenofobia e das formas conexas de intolerância como importantes determinantes sociais do estado de saúde física e mental, inclusive a pandemia de HIV/AIDS e o acesso à atenção de saúde, e a que preparem projetos específicos, em particular de pesquisa, para que as vítimas tenham acesso a sistemas de saúde equitativos”.

Região das Américas os censos da Rodada 2000 que já incorporam esta variável são os seguintes: Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Honduras, Jamaica, México, Paraguai e Venezuela.¹³ Os Estados Unidos já haviam adotado a variável previamente e continuam usando-a. O Peru está em processo de adotá-la, enquanto que a Colômbia e Guatemala já a incluíram no censo anterior e é possível que a mantenham. O seguinte passo consiste em introduzir a variável nas folhas de coleta de informação das pesquisas permanentes de domicílios, a fim de completar a informação com dados socioeconômicos. Já o fazem a Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru. No caso da saúde, é muito importante introduzir também a variável nos registros administrativos de natalidade, mortalidade, morbidade e serviços de saúde, mas esta é uma área com menor desenvolvimento. No Uruguai inclui-se a variável “origem étnico/racial” nas certidões de óbito. No Brasil é incluída nas doenças de notificação obrigatória como o HIV/AIDS.

30. Observam-se outras mudanças em relação com a saúde. Na última década, por exemplo, diversos ministérios da Região (Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Colômbia, Chile, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras e Panamá) executaram programas para a saúde dos povos indígenas, que no futuro poderão abranger outros grupos étnicos. A ação das ONGs também foi muito positiva e os governos nacionais ou municipais as reconheceram como contrapartes válidas. No Brasil, por exemplo, se criou um grupo para o acompanhamento da Conferência de Durban no qual participam representantes de diferentes ONGs apoiadas pelo PNUD com o objetivo de elaborar as diretrizes para um plano de ação nacional. Este grupo foi organizado em subgrupos temáticos, um dos quais está dedicado à saúde e trabalhou com a cooperação técnica da OPAS. Encontramos outro exemplo de participação na área da saúde nos serviços de saúde da Intendência de Montevideu (Uruguai), em que se abriram as vias de colaboração entre os técnicos e a comunidade afro-descendente organizada através de “Mundo Afro”, uma rede de ONGs locais com alta capacidade de liderança.

31. Outras iniciativas se concentraram na área do desenvolvimento de sistemas de informação sanitária sensíveis à variável étnica (Nicarágua, Uruguai). Uma área de enormes avanços é a do desenvolvimento e revalorização da medicina tradicional, tanto no que se refere ao quadro jurídico para o exercício destas práticas (Bolívia, Colômbia, Equador, México) como à formação e capacitação de profissionais de saúde para um enfoque intercultural.

32. No campo da pesquisa também estão sendo realizados esforços que mereceram o reconhecimento internacional, como, por exemplo, o trabalho desenvolvido pelo Centro de Pesquisas de Doenças Crônicas de Barbados, que há alguns anos vem realizando

¹³ Informação apresentada por Juan Antonio Mejía na reunião *Todos contamos*, organizada pelo Banco Mundial em Lima (Peru), de 22 a 23 de outubro de 2002.

estudos comparativos sobre a prevalência de algumas doenças (cegueira, diabetes, hipertensão) em populações de várias origens étnicas com o auspício da Stony Brook University de Nova York e a London School of Medicine.

33. O Governo do Canadá reconhece que a pertença a um determinado grupo étnico é um fator determinante importante da saúde que se deve levar em conta quando se elaboram programas e estratégias de saúde. Isto se reflete aplicando a uns e outras o enfoque de saúde da população, pelo qual se reconhece que qualquer análise da saúde da população deve ir além da avaliação tradicional da situação sanitária. O mencionado enfoque leva em conta uma ampla gama de fatores e situações relacionados com o bem-estar mental e social, a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a renda, o emprego e as condições de trabalho, a educação, a cultura, o gênero e outros fatores que influem comprovadamente na saúde dos subgrupos da população canadense.

34. O Governo do Canadá implantou numerosos programas, políticas e iniciativas de pesquisa para atender as necessidades multiculturais da sociedade canadense. Isto inclui divisões e programas específicos no Ministério de Saúde dedicados às necessidades e aos interesses dos membros das populações indígenas, inclusive os inuítes. Com efeito, o Ministério de Saúde investe mais de 1,3 bilhão (dólares canadenses) por ano nos serviços de saúde destinados às populações mencionadas. Este investimento complementa os serviços provinciais, como os hospitais e os médicos. O compromisso do Departamento de Saúde do Canadá é reduzir a brecha, compreender melhor as tendências de saúde e os problemas emergentes das nações originárias e dos inuítes, coletando informação estatística de condições de saúde, resultados de saúde e qualidade dos serviços. Esta informação será obtida em colaboração com contrapartes provinciais e dos territórios, assim como com as organizações de saúde aborígene no nível nacional. Reduzir as brechas na situação de saúde das populações indígenas é uma das metas de longo prazo do Governo do Canadá. O Departamento de Saúde também contribui ao desenvolvimento das instituições de saúde indígena, inclusive o Instituto de Saúde dos Povos Indígenas, parte dos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde e da Organização Nacional de Saúde Aborígene.

35. Outra iniciativa que merece destaque é “Healthy People 2010”, apresentada pela Secretaria de Serviços de Saúde dos Estados Unidos em janeiro de 2000,¹⁴ que propõe como um de seus objetivos centrais reduzir as desigualdades nas condições de saúde e de acesso e estabelecer áreas específicas de atenção da mortalidade infantil, detecção precoce do câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, HIV/AIDS e imunizações. Esta iniciativa fortaleceu a coleta e análise de informação estatística desagregada por raça e etnia como instrumento para assegurar o desenvolvimento e êxito da mesma.

¹⁴ A iniciativa “Healthy People” foi lançada em 1979. Em 1990 foram redefinidos os objetivos em 22 áreas prioritárias sob o nome de “Healthy People 2000”. No começo do novo século apresentou-se a atualização da iniciativa com objetivos a serem alcançados em 2010.

Atividades da OPAS em matéria de saúde e etnicidade

36. A OPAS vem desenvolvendo atividades neste campo através de seu escritório central e dos escritórios de representação. Desde 1999, duas unidades — Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (OS) e Política e Governo (PG)¹⁵ — repartem esta responsabilidade. O trabalho da OS se concentra nas populações indígenas e trabalha desde 1993 no desenvolvimento da Iniciativa dos Povos Indígenas. Essa Iniciativa representa o apoio da Região das Américas à Década Internacional das Populações Indígenas do Mundo (1994-2004), que se concentra em desenvolver a capacidade e construção de alianças, colaborar com os Estados Membros na execução de planos e projetos nacionais e locais, contribuir na formulação de projetos de desenvolvimento em áreas de saúde prioritárias, fortalecer a medicina tradicional e sua harmonização com os sistemas nacionais de saúde, e produzir e disseminar informação científico-técnica. As metas de OS/PG são melhorar a informação disponível e aumentar a qualidade das análises da situação sanitária dos povos indígenas nos países.

37. Por sua vez, GPP/PG procura incorporar a perspectiva étnica nas políticas de saúde e acompanhamento dos mandatos emanados da Conferência de Durban, com monitoração especial da saúde das comunidades afro-descendentes. Ambos os programas fizeram esforços para encontrar áreas de trabalho conjunto nas atividades desenvolvidas em relação à coleta de informação, HIV/AIDS e a desagregação de informação estatística. Também se convidou a participar a Área de Análises e Sistemas de Informação Sanitária (AIS).¹⁶

38. Os escritórios nacionais em muitos daqueles países onde a população de origem étnica é importante (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, Nicarágua e Uruguai) assumiram um papel dinâmico no desenvolvimento de propostas e colaboração de desenho de programas e cooperaram ativamente com os pontos focais nacionais e as organizações da sociedade civil nas questões relativas à saúde e etnia. Destaca-se o esforço da Representação do Brasil para apoiar o grupo de delegados da sociedade civil que preparou o primeiro documento nacional de acompanhamento da Conferência de Durban em matéria de saúde.

39. Além disso, o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) produziu um novo formulário de atenção perinatal que pergunta a origem étnico-racial das mães e o interesse das mães em beneficiar o recém-nascido com o exame de detecção precoce de anemia falciforme. Estas modificações terão implicações não só em benefício das mães, mas na geração de informação desagregada fidedigna e na capacitação de pessoal de saúde na forma de administrar o questionário.

¹⁵ Na estrutura anterior a cargo das unidades de Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (HSO) e Políticas Públicas e Saúde (HDD).

¹⁶ Na estrutura anterior “Programa Especial de Análise da Situação de Saúde” (SHA).

40. Desde 1999, a OPAS participa em um espaço de coordenação interinstitucional em Washington, D.C., juntamente com delegados do Banco Mundial, BID, Diálogo Interamericano, Fundação Interamericana, Fundação Ford, Fundação Rockefeller, Organização dos Estados Americanos e representantes da comunidade com a finalidade de repartir informações e análises sobre a situação em que vivem os afro-descendentes nas Américas, assim como de promover atividades coordenadas.

41. Ao mesmo tempo, a OPAS coordena seu trabalho com a Unidade Estratégica de Saúde e Direitos Humanos da OMS, com quem elaborou um documento sobre saúde em um mundo livre de discriminação. Durante a Conferência de Durban, a OPAS e a OMS coordenaram um grupo de trabalho sobre esta mesma questão. Por último, a OPAS participou junto com representantes dos governos da Região, organizados pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, em seminários de acompanhamento do Plano de Ação adotado pela Conferência de Durban. Juntamente com o Projeto de populações indígenas da Organização Mundial da Saúde, a OPAS elaborou um protocolo que foi apresentado à cooperação internacional para solicitar fundos com vistas a produzir um manual metodológico que oriente os países sobre a forma mais adequada de abordar a desagregação da informação de saúde por grupo étnico-racial.

Participação da Sociedade Civil

42. A OPAS deve promover a incorporação da sociedade civil organizada em torno dos grupos étnicos nas atividades que se realizem tanto na adoção da variável nos instrumentos de coleta de informação como no desenho de programas com vistas a assegurar os interesses dos membros das comunidades, e assim evitar estigmas ou generalizações impróprias. Por exemplo, as comunidades pouco numerosas que são facilmente identificáveis geograficamente podem ser susceptíveis de discriminação se não forem incluídas na geração das propostas. Também se deve prestar especial atenção à transmissão da informação através de mecanismos adequados que permitam que a sociedade civil desenvolva uma capacidade de monitoração e avaliação progressiva, a fim de promover sua ativa participação no melhoramento das condições de saúde e acesso aos serviços. Existem no nível regional algumas instituições que representam a sociedade civil organizada de afro-comunidades e povos indígenas com as quais já se está trabalhando. Esse esforço deverá ser ampliado no futuro próximo a outros grupos étnicos (refugiados, imigrantes, deslocados).

Áreas-chave para a ação

43. Em síntese, destaca-se que, para contribuir à consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio com equidade, é necessário introduzir a sensibilidade étnico-racial nas políticas públicas e programas em todos os países da Região, atendendo em cada âmbito nacional aos grupos específicos que se encontrem em cada realidade

concreta. Isso sem dúvida permitirá enquadrar os esforços sistemáticos realizados na última década a favor dos povos indígenas em uma perspectiva mais ampla e renovada que será benéfica para todas e cada uma das minorias.

44. A seguir enumeram-se as áreas prioritárias nas quais a OPAS pode desempenhar um papel positivo para obter a incorporação da sensibilidade étnica nas políticas de saúde com uma perspectiva de equidade:

- Trabalhar coordenadamente com a CEPAL e as instituições nacionais encarregadas do acompanhamento da reunião de Cúpula do Milênio a fim de produzir os indicadores com sensibilidade étnica que correspondam às Metas de Desenvolvimento do Milênio.
- Trabalhar com as instituições encarregadas de conseguir informação estatística e com os ministérios de saúde a fim de introduzir a variável étnica nas estatísticas nacionais, já que a informação constitui um importante instrumento para a formulação de políticas.

45. Paralelamente, deverão ser dedicados esforços para:

- Coletar e sistematizar experiências bem-sucedidas no campo da informação e da organização de serviços a fim de poder ser difusores dessas metodologias.
- Apoiar os ministérios da saúde na reformulação de políticas, planos e programas de saúde com sensibilidade étnica.
- Promover a introdução da perspectiva étnica nos planos de saúde das estratégias de redução da pobreza naqueles países que as estejam aplicando.

Ação Solicitada do Comitê Executivo

46. Solicita-se ao Comitê Executivo que examine este documento e formule suas observações sobre: (a) a importância da coleta de informação de saúde dos grupos étnicos e (b) a necessidade de incorporar a sensibilidade étnico-racial que contribua ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio com uma perspectiva de redução da iniquidade em saúde.