

# MULHERES NEGRAS

## *Um retrato da discriminação racial no Brasil*

### EDUCAÇÃO

A taxa de analfabetismo em 1999 era de 20% para pretos e pardos e de 8,3% para brancos.

O número de negros que se formam no ensino superior deveria ser quase três vezes maior se a distribuição de vagas nas universidades espelhasse fielmente a diversidade étnica do país.

### OCUPAÇÃO E RENDA

Mulheres negras recebem 55% menos do que as mulheres não-negras.

56% das empregadas domésticas eram negras em 1998.

60% das famílias chefiadas por mulheres negras têm renda inferior a um salário mínimo.

### EXPECTATIVA DE VIDA

32% dos domicílios com chefes afrodescendentes foram classificados como inadequados.

### SAÚDE

A proporção de histerectomias no caso de miomas é 4 vezes maior para as mulheres negras do que para as brancas.

Mulheres negras têm 50% a mais de chance de se tornarem diabéticas que as brancas.

# FICHA TÉCNICA

---

## REALIZAÇÃO

Articulação de Mulheres Brasileiras

## COORDENAÇÃO

Guacira César de Oliveira  
*Secretária Executiva da AMB*

## REDAÇÃO E EDIÇÃO

Angela Freitas

## REVISÃO TÉCNICA

Fátima Oliveira – RedeSaúde

## EDIÇÃO FINAL

Jacira Melo  
Marisa Sanematsu

## COLABORAÇÃO ESPECIAL

Rede Nacional Feminista de Saúde  
e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde

## PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Katia Guimarães  
Fabiana Zamora

## ASSESSORIA EDITORIAL

Vania Mezzonato

## PROJETO GRÁFICO

Suzana Guedes Cardoso

## APOIO

- Articulação de ONGs Mulheres Negras para a III Conferência Mundial Contra o Racismo
- Comissão Nacional de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados
- Fundação Ford
- Observatório da Cidadania
- Unifem

## IMPRESSÃO

Athalaia Gráfica e Editora

## TIRAGEM

3.000 exemplares

## SECRETARIA EXECUTIVA DA AMB

CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria

SCN Quadra 6 Edifício Venâncio  
3000 Bloco A Sala 602  
70 716-000 Brasília – DF

*Tel.:* 55 (61) 328 1664

*Fax:* 55 (61) 328 2336

*E-mail:* articulacao@cfemea.org.br

<http://www.cfemea.org.br>

# ÍNDICE

## EDITORIAL

### *Apresentação*

- QUESITO COR, UMA QUESTÃO POLÊMICA** p. 9  
 Pretas, negras ou afrodescendentes?  
 População feminina negra no Brasil
- 1. Índice de Desenvolvimento Humano** p. 11  
 Brasil repartido: as revelações do IDH  
 IDG: a desigualdade vivida pelas mulheres negras brasileiras
- 2. Educação** p. 13  
 Abismo educacional ainda é enorme  
 Menores taxas de alfabetização e escolaridade  
 Cresce presença de mulheres negras nas universidades
- 3. Mercado de Trabalho - ocupação e renda** p. 16  
 Mulheres negras ganham 55% menos  
 Mulheres negras com maiores taxas de desemprego  
 Trabalho doméstico  
 Mulheres negras chefes de família
- 4. Expectativa de Vida** p. 19  
 Crônica da morte anunciada: as diferenças da desigualdade  
 População negra tem menor acesso a água e esgoto  
 Mortalidade infantil vem caindo, mas risco ainda é maior  
 para crianças negras  
 Mortalidade materna: risco das mulheres negras é maior
- 5. Saúde** p. 26  
 Doenças raciais/étnicas  
 Anemia falciforme  
 Mioma uterino  
 Hipertensão arterial  
 Diabetes mellitus tipo II  
 Feminização da epidemia de HIV-AIDS  
 Câncer de colo uterino  
 Pesquisa denuncia racismo nos serviços de saúde
- 6. Violência** p. 34  
 A cor da violência  
 A escassez de dados sobre a violência contra as mulheres negras
- Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB)** p. 38
- Referências** p. 39  
 Abreviaturas  
 Bibliografia citada  
 Sites para consultas

*Uma realidade que não  
é apenas estatística,  
mas política*

**R**enegado pelo passado colonial patriarcalista e escravocrata, assim como pela história recente de autoritarismo, o princípio da igualdade permanece distante da jovem e ainda frágil democracia brasileira. Isto fica claro através das estatísticas recentes, mesmo que elas revelem incipiente melhora de alguns indicadores, como educação e renda. E, no Brasil, o ônus da miséria e da falta de oportunidades sociais e políticas não recai apenas sobre suas vítimas, mas sobre a população em geral, submetida a níveis de desenvolvimento e qualidade de vida que conferem ao país um lugar indigno no ranking mundial.

Na escala de exclusão, as mulheres negras - 23% do total da população brasileira - encontram-se na pior posição. Nos últimos anos, alguns estudos têm buscado nas condições de gênero e raça o recorte teórico para ajustar as explicações históricas, sociológicas, culturais e econômicas deste “fenômeno”.

Em meio à imensa pobreza brasileira, as famílias chefiadas por mulheres negras são as mais pobres. Elas chegam a receber rendimentos 55% menores que os das mulheres brancas. A sobrecarga de trabalho no cotidiano lhes pesa mais agudamente sobre o corpo e a mente. No acesso aos empregos mais qualificados, o preconceito implícito na exigência da “boa aparência” é uma barreira concreta, a ponto de muitas mulheres deixarem de se candidatar a um emprego, incorporando de antemão: - “Não vão me aceitar porque sou negra”.

Pesquisas epidemiológicas demonstram que, por falta de atendimento ou racismo nas abordagens médicas, as mulheres negras morrem antes do tempo. Contrariando a tendência mundial de que as mulheres têm alguns anos a mais de expectativa de vida em comparação com os homens, no Brasil as mulheres negras morrem mais cedo que os homens brancos! Estas são algumas aproximações sobre uma realidade que não é apenas estatística, mas política.

A partir de seu protagonismo na qualificação do debate sobre democracia no Brasil, o movimento feminista tem apontado as desigualdades de gênero em todas as esferas da vida. Neste compromisso, seus caminhos se entrelaçam com outros movimentos, em especial com o movimento de mulheres negras.

A Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB) prioriza em sua pauta a luta contra o racismo, com estratégias desenhadas a partir de seu perfil de entidade que reúne organizações diversas em todos os estados brasileiros. Assim, este documento é uma contribuição da AMB para

explicitar os elementos da cultura que promovem a discriminação racial e denunciar a omissão do Estado e a forma desumana como a economia de mercado se beneficia desta situação, penalizando mais agudamente alguns segmentos da população, como mulheres e negros.

Na elaboração deste primeiro número de *Dados e Informações*, uma lacuna se impôs: a ausência de dados! Faltam dados sobre a violência e como ela atinge as mulheres negras; faltam dados sobre as jovens negras; faltam dados e análises sobre os efeitos produzidos no imaginário social pelas imagens das mulheres negras predominantemente transmitidas nos meios de comunicação de massa. Nesse sentido, são urgentes as pesquisas e as políticas específicas nessas diferentes áreas.

Transformar essa realidade requer mais do que a democratização do ensino e do acesso ao emprego. É preciso que o Brasil realize uma autêntica revolução cultural, que atinja a população brasileira em todo seu colorido racial e étnico, para deslocar-se do lugar da hegemonia branca para um arranjo mais democrático e plural, de afirmação e garantia dos direitos humanos universais.

## ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS

---

## APRESENTAÇÃO

---

*“A discriminação entre seres humanos com base em raça, cor ou origem étnica é uma ofensa à dignidade humana e será condenada como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais proclamadas na Declaração Universal de Direitos Humanos, como um obstáculo para relações amigáveis e pacíficas entre as nações, e como um fato capaz de perturbar a paz e a segurança entre os povos.”*

DECLARAÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS  
FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL, ONU, 1963

O primeiro número da série *Dados e Informações* tem um valor especial para a Articulação de Mulheres Brasileiras, por ser uma contribuição para os debates preparatórios da III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial e Formas Conexas de Intolerância, que será promovida pela Organização das Nações Unidas este ano.

Para trazer em destaque a mulher negra brasileira, foram coletados resultados de estudos acadêmicos sobre educação, saúde, trabalho, condições de moradia e violência, com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados-SP e de outros institutos de pesquisa. A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos trouxe uma contribuição fundamental para a redação desta publicação, não somente ao disponibilizar um amplo conjunto de informações sobre a saúde da mulher negra, como também ao inspirar a metodologia deste trabalho por meio de suas publicações da série Dossiês.

### *2001: Ano Internacional Contra o Racismo*

Em 1998, a Assembléia Geral da ONU proclamou 2001 como Ano Internacional de Mobilização Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância. A idéia foi de atrair a atenção mundial para esta problemática, ampliando os compromissos políticos em torno da eliminação de todas as expressões de racismo e das formas contemporâneas de intolerância.

A I e a II Conferência Mundial para Combater o Racismo e a Discriminação Racial ocorreram em Genebra (Suíça), em 1978 e 1983. Embora tratando de temas críticos como direitos das minorias, povos indígenas, trabalhadores migrantes e a importância da educação na

prevenção do racismo e da discriminação, o foco central naquelas conferências foi o combate ao apartheid, então vigente na África do Sul.

A III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância será realizada pela ONU entre 31 de agosto e 7 de setembro de 2001 em Durban, na África do Sul. Seu objetivo é reavaliar obstáculos e avanços, nas duas últimas décadas, quanto ao cumprimento dos compromissos assumidos pelos países em 78 e 83. Trata-se de uma oportunidade única para criar uma visão mundial sobre a luta contra o racismo no século 21.

Para mais informações sobre a Conferência Mundial Contra o Racismo, consulte as home pages do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, <http://www.unhcr.ch/html/racism/index.htm> (em inglês, espanhol e francês), ou da Rede Global dos Direitos Humanos das Mulheres, <http://www.whrnet.org> (em inglês, espanhol e francês).

---

# *Quesito cor, uma questão polêmica*

## PRETAS, NEGRAS OU AFRODESCENDENTES?

São vários os termos adotados para nomear as raças/etnias que compõem a população brasileira. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) usa a autotaxonomia racial tendo por base a cor da pele (quesito cor). As pessoas entrevistadas definem em qual grupo elas consideram que se incluem, entre as opções: branco, preto, pardo, amarelo ou indígena. Quando se usa o termo “população negra”, estão sendo consideradas em conjunto as populações preta e parda. A “cor” amarela identifica povos de origem asiática. E na classificação “indígena” estão circunscritas diferentes etnias.

Essa metodologia tem sido criticada por ativistas do movimento negro brasileiro, por conta das ambigüidades que suscita. Algumas pessoas têm dificuldade de se declararem negras e, com isto, as contagens do IBGE estariam subestimando o tamanho real desta população no país. Nos últimos anos, as organizações do movimento negro passaram a adotar o termo afrodescendente, que reúne na mesma identidade sociocultural e histórica as populações preta e parda definidas pelo IBGE.

Apesar das críticas, o quesito cor do IBGE é a metodologia de classificação racial/étnica oficial do Brasil e é o parâmetro utilizado nos estudos de diferentes enfoques com recorte racial/étnico, sendo adotado também por outros órgãos de pesquisa e nos estudos das Ciências Sociais em geral. Na área de saúde, tem possibilitado a coleta e análise de dados importantes sobre a população negra.

### *Cor: um dado tão importante quanto idade e sexo*

Na avaliação de Elza Berquó, demógrafa do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp), ainda não se chegou a uma forma satisfatória quanto ao quesito cor. Na opinião da demógrafa, são necessárias pesquisas menores e mais aprofundadas para encaminhar melhor essa questão.

Elza Berquó tem insistido junto ao IBGE para que o quesito cor seja incluído no questionário básico, e afirma: “A cor é um dado de auto-identificação tão importante quanto a idade e o sexo. Em relação ao Censo 2000, o quesito cor continua sendo uma informação



que aparece na amostra; o problema é que nós só vamos ficar sabendo como está a população negra no Brasil quando saírem os dados da amostra, que sempre saem muito depois dos dados do questionário básico”.

Fonte: Elza Berquó, em entrevista ao JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.

### *Quesito cor em documentos públicos*

Em 1996, um dispositivo do Ministério da Saúde determinou a padronização e obrigatoriedade de constarem informações sobre raça/cor nos seguintes documentos: declaração de nascido vivo, certidão de nascimento, carteira de identificação civil e militar, certidão de reservista, autorização de internação hospitalar (AIH) e prontuário médico, certidão de casamento, título eleitoral, boletim de ocorrência policial, declaração de óbito e certidão de óbito.

Outro dispositivo, desta vez do Conselho Nacional de Saúde, determinou que os quesitos cor e idade sejam pré-requisitos para assegurar o caráter científico e ético das pesquisas envolvendo seres humanos. Somente a partir de 1996, portanto, passou a ser possível saber do que adoecer e do que morrer a população negra brasileira.

Fonte: Fátima Oliveira, OFICINAS MULHER NEGRA E SAÚDE.

### *A lacuna permanece*

Além do fato de que muitas vezes o quesito cor/raça não é preenchido, ele permanece ausente na maior parte das fichas e cadastros dos serviços públicos, dos partidos políticos, dos órgãos de classe e das empresas privadas.

## POPULAÇÃO FEMININA NEGRA NO BRASIL

O resultado preliminar do Censo Demográfico de 2000 totaliza a população residente no país em 169 milhões e 544 mil pessoas, das quais 50,79% são mulheres.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1999, a população negra (preta e parda) correspondia a pouco mais de 45% do total, sendo que 5,39% eram de cor preta e 39,9%, parda.

**As mulheres negras (pretas e pardas) totalizavam 36 milhões e 300 mil, sendo que constituíam:**

- 23% da população geral do Brasil
- 44% da população feminina
- 27% da população rural
- 22% da população urbana

Fontes: IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO DE 2000 E PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS-1999.

## 1. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

### BRASIL REPARTIDO: AS REVELAÇÕES DO IDH

Em 1999, o Brasil ocupava a 74<sup>a</sup> posição no ranking mundial elaborado para o Relatório de Desenvolvimento Humano da ONU. Considerando-se apenas a população branca, o país sobe para a 43<sup>a</sup> posição. Ao se considerar somente a população negra (preta e parda), o Brasil desce para a 108<sup>a</sup> posição.

O que chama atenção nesses dados é que, enquanto o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil como um todo fazia o país ocupar a 74<sup>a</sup> posição no ranking, 45% de sua população vivia 34 posições abaixo, isto é, os 73 milhões de pretos e pardos estavam, em termos de qualidade de vida, muitos pontos abaixo da média nacional.

*Fontes: PNUD, RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO-1999; Marcelo Paixão, Projeto "Brasil 2000: Novos marcos para as relações sociais", FASE; dados analisados por Wania Sant'Anna, mimeo.*

#### *Como é calculado o IDH*

O Índice de Desenvolvimento Humano é um instrumento criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), para comparar a qualidade de vida que os países proporcionam a suas populações. São analisadas estatísticas sobre acesso à educação, expectativa de vida e situação de trabalho e renda, das quais resultam índices que permitem montar o ranking mundial de desenvolvimento e condição de vida. A cada ano, a ONU revela o resultado desses cálculos em seus Relatórios de Desenvolvimento Humano (RDH), aguardados com grande expectativa pela imprensa, governos e pesquisadores, que os tomam como referência em seus trabalhos.

### ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO AJUSTADO AO GÊNERO: A DESIGUALDADE VIVIDA PELAS MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS

Em 1995, ano em que foi realizada a 4<sup>a</sup> Conferência Mundial sobre a Mulher, o PNUD dedicou sua edição do IDH ao tema das desigualdades de gênero. Nesse ano foi consolidada a criação dos cálculos do Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero (IDG), que tem sido usado desde então para medir as desigualdades entre mulheres e homens. Conforme análise da historiadora Wania Sant'Anna, com a criação de mais esse ranking, os relatórios da ONU passaram a demonstrar que a desigualdade de gênero está fortemente relacionada à pobreza humana.

*Fonte: Wania Sant'Anna, "Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG", JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.*

A partir dos cálculos do IDG para a população brasileira em geral, população branca e população afrodescendente - cruzando-se, portanto, os recortes de gênero e raça -, foram obtidas as seguintes posições brasileiras para o ano de 1999:

- IDG Brasil = 67<sup>a</sup> posição
- IDG Brasil afrodescendente = 91<sup>a</sup> posição
- IDG Brasil branco = 48<sup>a</sup> posição

**Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero**  
**Posição do Brasil, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano afrodescendente e branco**  
**(IDH recalculado)**  
**Brasil, 1999**

| País – Grupo Étnico              | Posição Segundo o IDG | Valor do IDG | Posição Segundo o IDH* | Diferença das Posições** (IDH menos o IDG) |
|----------------------------------|-----------------------|--------------|------------------------|--|
| <b>Brasil</b>                    | 67                    | 0,773        | 64                     | -3   |
| <b>Brasil – afrodescendentes</b> | 91                    | 0,663        | 64                     | -27  |
| <b>Brasil – brancos</b>          | 48                    | 0,784        | 64                     | 16   |

\* Essa posição do IDH foi recalculada segundo o número de países (143) que, em 1999, integraram o IDG.

\*\* O valor negativo na relação IDH menos IDG revela que o país obteve um desempenho pior na igualdade de gênero do que na média das realizações básicas; um valor positivo revela o inverso.

*Fontes: PNUD, RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO-1999; e Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero elaborado por assessores e colaboradores da FASE no âmbito do Projeto “Brasil 2000: Novos marcos para as relações raciais”, Rio de Janeiro, setembro de 2000. Dados analisados por Wania Sant’Anna, JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.*

## 2. EDUCAÇÃO

*“Não existe a palavra ‘negro’ no Orçamento da União, nem mesmo numa rubrica do Orçamento de Educação. Isso acontece num contexto (...) em que as pesquisas demonstram a incapacidade das políticas universalistas em atender a população negra.”*

SUELI CARNEIRO (\*)

### ABISMO EDUCACIONAL ENTRE BRANCOS E NEGROS AINDA É ENORME

As taxas de analfabetismo vêm diminuindo no Brasil e têm crescido as taxas de escolaridade. Neste quadro, a posição das mulheres revela pequena margem de vantagem com relação aos homens. Entretanto, o Brasil não atingiu ainda níveis satisfatórios no acesso à educação e tampouco eliminou disparidades regionais. É alto o índice de evasão escolar e as análises com recorte racial deixam clara a situação mais precária da população afrodescendente, o que é extremamente preocupante, considerando-se o peso decisivo que a educação desempenha no futuro das novas gerações, especialmente no que diz respeito a suas possibilidades de acesso ao mercado de trabalho e exercício da cidadania.

### BARREIRA RACIAL IMPÕE MENOR ACESSO A TODOS OS ESPAÇOS EDUCACIONAIS

Em 1990 a probabilidade de ingressar na escola era de 85% para a população branca, 65% para a preta e 66% para a parda. **Apenas 18% dos pretos e 23% dos pardos que terminavam o 2º grau tinham chance de entrar para a universidade, contra 43% dos brancos.**

*Fonte: Ricardo Paes Barros, Rosane Mendonça e Tatiane Velasco, “O desempenho educacional no Brasil”, estudo realizado para a elaboração do RELATÓRIO BRASILEIRO SOBRE DESENVOLVIMENTO HUMANO, IPEA/PNUD, 1996; dados citados por Wania Sant’Anna, mimeo.*

### *Menos anos de estudo e maior taxa de analfabetismo*

Em 1996 e 1997 as taxas de escolarização desagregadas por etnia eram de 4,2 anos de estudo para a população afrodescendente e 6,2 anos para a população branca. E a taxa de analfabetismo era de 9% para brancos e 22% para os afrodescendentes.

*Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1996 e 1997.*

---

(\*) Sueli Carneiro – filósofa e diretora do Geledés – Instituto da Mulher Negra –, em apresentação realizada na mesa-redonda sobre Desigualdades Raciais no Brasil, Brasília – DF, 21/03/2001.

### *Desigualdade em todos os níveis educacionais*

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais elaborada pelo IBGE, os avanços alcançados nos níveis de educação e rendimento não alteraram significativamente o quadro de desigualdades raciais. **Embora a taxa de analfabetismo tenha caído para todos os grupos, ainda era mais elevada, em 1999, para pretos e pardos (20%) do que para brancos (8,3%).**

De 1992 a 1999, o aumento do número de anos de estudo foi generalizado, com a população como um todo registrando um ano a mais de estudo. Apesar disso, na comparação por cor ou raça, há uma diferença de dois anos de estudo, em média, separando as pessoas de cor preta (4,5 anos) e parda (4,6) das de cor branca (6,7). Uma vez que esses patamares têm-se mantido historicamente inferiores para os segmentos pretos e pardos, o crescimento de um ano de estudo no total revela-se mais significativo para esses grupos. No Nordeste, por exemplo, esse ganho correspondeu a um aumento de quase 50% no número médio de anos de estudo de pretos e de mais de 25% no de pardos.

*Fonte: IBGE, SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS-1992 A 1999.*

Segundo dados do Ministério da Educação, em 2000 apenas 2,2% do contingente de formandos nas universidades eram de cor preta, enquanto os de cor branca representaram 80%. A dimensão numérica dessa desigualdade é contundente: caso a proporção de pretos na população brasileira e na universidade fosse a mesma, o número de formandos desse grupo étnico deveria ser 160% maior.

Quando se trabalha com o número total de pessoas negras (pretas e pardas), o grupo de formandos representa 15,7%. Somados, os pretos e pardos representam 45,2% da população. **Se a distribuição de vagas nas universidades espelhasse fielmente a diversidade étnica do país, o número de pretos e pardos que se formam no ensino superior deveria ser quase três vezes maior.**

*Fonte: MEC, PROVÃO 2000; dados citados pelo repórter Antônio Gois, "Provão revela barreira racial no ensino", Folha de S. Paulo.*

### *Desigualdade em todas as faixas etárias*

A Pesquisa sobre Padrões de Vida (1996-1997) do IBGE mostra que **a população branca tem maior escolaridade do que a afrodescendente em todas as faixas de idade.** As desigualdades são mais acentuadas entre as crianças de 0 a 6 anos, com uma diferença de 8,4 pontos percentuais: 31,9% para as brancas e 23,5% para as pretas e pardas; e entre adolescentes de 15 a 17 anos, com 10,7 pontos percentuais (cor branca, 80,1%; e preta/parda, 69,4%).

*Fonte: IBGE, PESQUISA SOBRE PADRÕES DE VIDA (1996-1997); dados citados por Wania Sant'Anna, mimeo.*

## MULHERES NEGRAS TÊM MENORES TAXAS DE ALFABETIZAÇÃO E ESCOLARIDADE

As disparidades entre mulheres brancas e negras se evidenciam nas taxas de alfabetização e escolaridade: 90% e 83% para as brancas; 78% e 76% para as negras, respectivamente.

*Fonte:* IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS; *dados citados por Wania Sant'Anna, JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.*

## UM DADO ALENTADOR! CRESCE PRESENÇA DE MULHERES NEGRAS NAS UNIVERSIDADES

Apesar das disparidades que pesam sobre a população negra no campo da educação, as mulheres negras aumentaram três vezes mais do que as brancas seu ingresso no nível superior, no período entre 1960 e 1980: 7,33 e 2,53 vezes, respectivamente.

*Fonte:* P. A. Lovell, "Raça, Classe, Gênero e Discriminação Salarial no Brasil"; *dados citados por Maria Aparecida Silva Bento, "Raça e Gênero no Mercado de Trabalho".*

### 3. MERCADO DE TRABALHO – OCUPAÇÃO E RENDA

#### MULHERES NEGRAS GANHAM 55% MENOS DO QUE AS NÃO-NEGRAS

A mais recente pesquisa da Fundação Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, de São Paulo) e Dieese (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos) revela que a população negra, independentemente do sexo, recebe, em média, 50% menos que a não-negra. Ao acrescentar o recorte de gênero ao estudo, os dados chamam atenção para a perversa desigualdade vivida pelas mulheres negras. Em 2000, na Região Metropolitana de São Paulo, o rendimento anual médio das mulheres negras foi de R\$ 412, enquanto para as mulheres não-negras foi de R\$ 765. Esse diferencial de rendimento mostra em essência que, para o mercado de trabalho, **2 mulheres negras valem pouco mais do que 1 mulher não-negra.**

Fonte: Convênio Seade/Dieese, MULHER E TRABALHO n° 3.

#### *Pesquisa do IPEA comprova profunda desigualdade*

Segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), o rendimento das mulheres negras corresponde a 40% do que os brancos ganham. Esse dado tem como base os números levantados pelo IBGE na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), realizada em seis regiões metropolitanas do país (São Paulo, Belo Horizonte, Distrito Federal, Porto Alegre, Recife e Salvador). De acordo com os dados analisados pelo IPEA, em setembro de 1998 um trabalhador branco recebia, por 40 horas de trabalho semanal, um salário de R\$ 726,89, em média. Pelo mesmo tempo de trabalho, o rendimento médio das mulheres negras era de R\$ 289,22. A mesma comparação revela que os rendimentos dos trabalhadores negros correspondiam a 46% (R\$ 337,13) do que recebiam os trabalhadores brancos.

Fonte: Serguei Soares, “Discriminação de Gênero e Raça no Mercado de Trabalho”.

#### MULHERES NEGRAS APRESENTAM MAIORES TAXAS DE DESEMPREGO

As informações do estudo “Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho”, realizado pelo Dieese, chamam a atenção para o processo discriminatório que sofrem os negros em geral - e as mulheres negras, em especial - no mercado de trabalho brasileiro. Algumas conclusões do estudo demonstram que:

- os rendimentos das trabalhadoras e trabalhadores negros (pretos e pardos) são sistematicamente inferiores aos rendimentos dos não-negros (brancos e amarelos), quaisquer que sejam as situações ou os atributos considerados;
- a taxa de desemprego é sempre maior entre a população negra do que entre a população não-negra - mesmo na região metropolitana de Salvador, município com preponderância de população negra;

- para as mulheres negras, a situação é ainda pior: nas seis regiões metropolitanas pesquisadas, elas apresentam as maiores taxas de desemprego;
- fatores como a entrada precoce no mercado de trabalho, maior inserção da população negra nos setores menos dinâmicos da economia, elevada participação em postos de trabalho precários e em atividades não-qualificadas - dificuldades que cercam as mulheres negras no trabalho - são relacionados como determinantes desta situação.

Fonte: Dieese, Boletim nº 216, novembro e dezembro/1999, estudo baseado nos dados das PESQUISAS DE EMPREGO E DESEMPREGO (1998).

### *Trabalho doméstico: o lugar que a sociedade destinou como de ocupação prioritária das mulheres negras*

Grande parte das trabalhadoras negras está concentrada em setores que oferecem menores rendimentos, como os de serviços em geral e serviços domésticos. Neste último, elas são maioria.

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais da década de 90 (IBGE), 14,6% da população preta e 8,4% da população parda economicamente ativa estão no emprego doméstico. Na população branca este percentual é de 6,1%.

Segundo pesquisa de 1998, realizada pela economista Hildete Pereira de Melo, o emprego doméstico concentrava 19% da população feminina economicamente ativa, o que em números significava aproximadamente cinco milhões de mulheres; desse total, 56% eram mulheres negras. Vale observar que há uma expressiva proporção de mulheres assalariadas sem carteira assinada trabalhando no emprego doméstico.

Fontes: IBGE, SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS; Hildete Pereira de Melo, "O Serviço Doméstico Remunerado no Brasil: de criadas a trabalhadoras", IPEA; dados citados por Wania Sant'Anna, *Jornal da REDESAÚDE* nº 23.

Ao demonstrar menor remuneração para mulheres e homens negros, esses estudos, além de evidenciar aspectos discriminatórios presentes na sociedade, denunciam um importante fator gerador de desigualdades sociais no país. Segundo a diretora da Fundação Seade, Felícia Madeira, "para enfrentar a perversa distribuição de renda, é preciso aprender a lidar também com a discriminação que sofrem as mulheres e os negros de ambos os sexos na sociedade, em geral, e no mercado de trabalho, em especial".

Fonte: Felícia Madeira, "Apresentação: três estudos".

### **60% DAS FAMÍLIAS CHEFIADAS POR MULHERES NEGRAS TÊM RENDA INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO**

É da base da pirâmide das condições de vida no Brasil que se percebe uma das mais contundentes dimensões da desigualdade racial: as mulheres negras chefes de família são as mais pobres. O estudo conduzido pela demógrafa Elza Berquó sobre o "Perfil Demográfico das



Chefias Femininas no Brasil”, com base em dados do Censo de 1991 e da PNAD de 1998, evidencia a posição comparativamente mais desfavorável das famílias chefiadas por mulheres negras.

Com o olhar nas questões de raça e gênero, Elza Berquó mostra que, entre as famílias chefiadas por mulheres que não têm rendimento ou recebem menos do que um salário mínimo, as chefiadas por negras são 60%. Já entre as que recebem três ou mais salários mínimos, a participação das chefiadas por mulheres negras cai para 29%.

Com relação ao nível educacional, as mulheres negras chefes de família possuem escolaridade mais baixa do que as brancas, destacando-se a alta proporção de analfabetas, com 27,6% em 1998, contra 15% das brancas.

No cruzamento de dados como escolaridade, estado conjugal, número de filhos etc., as mulheres negras estão sempre em piores condições. A demógrafa Elza Berquó conclui dizendo: “A escolaridade é, para estas chefias, um primeiro marcador de pobreza, seguida pelo estado conjugal, com um diferencial racial”. Comparando-se os dados do Censo de 1991 com os da PNAD de 1998, observa-se que, no que se refere à cor, nada mudou, continuando as negras as mais pobres.

*Fontes: IBGE, CENSO - 1991 e PNAD - 1998; dados analisados por Elza Berquó, “Perfil Demográfico das Chefias Femininas no Brasil”.*

## 4. EXPECTATIVA DE VIDA

### CRÔNICA DA MORTE ANUNCIADA: AS DIFERENÇAS NA DESIGUALDADE

#### *Mulheres negras vivem menos que mulheres e homens brancos*

- A população afrodescendente brasileira tem uma expectativa de vida 6 anos inferior à população branca (respectivamente 64 e 70 anos).
- As mulheres afrodescendentes têm uma expectativa de vida de 66 anos, que está alguns meses abaixo da média nacional (de 66,8 anos), 5 anos abaixo das mulheres brancas e 3 anos abaixo dos homens brancos. Este dado contraria a tendência (que é mundial) de que as mulheres vivem mais do que os homens.
- **As mulheres negras têm 25% a menos de chance de chegar aos 75 anos do que as mulheres brancas.**

Fonte: IBGE, PNAD-1997; dados citados por Wania Sant'Anna, JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.

#### *Pesquisa em São Paulo confirma que negras vivem menos que brancos*

Analisando dados da Fundação Seade sobre os óbitos no município de São Paulo em 1995, a pesquisadora Maria Inês da Silva Barbosa, da Universidade Federal de Mato Grosso, constatou que 40,7% das mulheres negras morreram antes dos 50 anos, proporção quase igual à dos homens brancos (39%). Os óbitos de pessoas acima de 55 anos representaram 54,6% entre os homens brancos e 52,4% entre as mulheres negras.

Esses dados confirmam que, no que diz respeito às brasileiras negras, está sendo quebrada a tendência mundial de que as mulheres vivem mais que os homens. A esperada diferença por sexo só se confirma quando se comparam os dados dos homens negros que, entre todos os segmentos, são os que têm menor expectativa de vida.

Fonte: Fundação Seade, 1995; dados analisados por Maria Inês da Silva Barbosa, "É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do 'quarto de despejo'", JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.

## CONDIÇÕES DOMICILIARES E TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: PRINCIPAIS INDICADORES DA EXPECTATIVA DE VIDA

### CONDIÇÕES DOMICILIARES

#### *População negra tem menor acesso a água e esgoto*

De acordo com a Pesquisa sobre Padrões de Vida (Ppv/Ibge-1996), 32% dos domicílios com chefes afrodescendentes foram classificados como inadequados, contra 12% dos domicílios com chefia branca. Apenas 26% dos domicílios considerados adequados tinham chefia afrodescendente, contra 54% dos chefiados por brancos.

Os domicílios sem acesso a água tratada foram 35% entre os de chefia afrodescendente, contra 19% para os de chefia branca.

Os domicílios sem esgotamento sanitário foram 50% entre os chefiados por afrodescendentes, contra 26,4% entre os chefiados por brancos.

Fonte: IBGE, PESQUISA SOBRE PADRÕES DE VIDA-1996; dados citados por Wania Sant'Anna, mimeo.

#### PPV: critérios de classificação

A Pesquisa sobre Padrões de Vida foi realizada entre março de 1996 e março de 1997, em 5.000 domicílios de seis regiões metropolitanas (Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro), além de outras áreas urbanas e rurais do Nordeste e Sudeste, representando um território onde reside mais de 70% da população brasileira. Para classificar os domicílios foram analisados fatores como qualidade da construção, disponibilidade de serviços de infra-estrutura, densidade de ocupação do imóvel etc.

Perfil dos domicílios inadequados de acordo com a PPV/IBGE-1996: piso de madeira aproveitada, de terra e outros; parede de tijolo sem revestimento, taipa não-revestida, madeira aproveitada e outros; teto de madeira aproveitada e outros; banheiro de uso comum para mais de um domicílio; água de poço, bica pública, carro-pipa e outros; lixo queimado ou enterrado, jogado em terreno baldio, rio e outros; energia de gerador, lampião, vela; três ou mais moradores por cômodo habitável.

Fonte: IBGE, PPV-1996; dados citados por Wania Sant'Anna, mimeo.

## MORTALIDADE INFANTIL

### *Número vem caindo, mas risco ainda é maior para crianças negras*

A taxa de mortalidade infantil registra os óbitos de crianças entre o nascimento e o primeiro ano de vida. No Brasil, diversas melhorias, principalmente no atendimento à saúde e nos serviços de saneamento, trouxeram um decréscimo de 75% no coeficiente de mortalidade infantil geral entre 1940 e 2000. Na década de 1940, morriam 144,73 crianças a cada 1.000 nascidas vivas.

Em 2000, este número baixou para 36 mortes por 1.000 crianças nascidas vivas, que é ainda um índice muito alto quando comparado aos padrões mundiais. Entretanto, ainda é muito significativo o diferencial na mortalidade entre crianças negras e brancas menores de um ano em todo o território nacional.

Fonte: Estela María García de Pinto da Cunha, "Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade", *Jornal da RedeSaúde* n° 23.

| Mortalidade Infantil Segundo a Cor da Mãe<br>Brasil - por mil nascidos vivos |        |        |         |
|--|--------|--------|---------|
| Ano  | Branca | Negra* | Total** |
| 1977   | 76     | 96     | 87      |
| 1987   | 43     | 72     | 58      |
| 1993***  | 37     | 62     | 37      |

\* Inclui as populações classificadas como parda e preta.

\*\* Total = estimativa indireta derivada das informações provenientes das mulheres brancas e negras.

\*\*\* Estimativas de C. Simões e R. Cardoso, Indicadores Sociais Mínimos, IBGE, 1997.

Fontes: IBGE, CENSOS DEMOGRÁFICOS, 1980 e 1991; PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 1995; tabulações especiais, Nepo/Unicamp; dados citados por Estela María García de Pinto da Cunha, *Jornal da RedeSaúde* n° 23.

A tabela mostra que a redução da mortalidade infantil entre 1977 e 1993, de crianças filhas de mulheres negras, foi de 25%. Já para as filhas de mulheres brancas, esta redução foi de 43%, nesse período.

A pesquisadora Estela María García de Pinto da Cunha, do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp), afirma que o diferencial se mantém, mesmo quando se isolam as variáveis “reconhecidas como condicionantes socioeconômicos desse evento”. Ou seja, crianças filhas de mulheres brancas e negras com o mesmo padrão socioeconômico também apresentam um diferencial na probabilidade de morrer antes de completar 1 ano.

Fonte: Estela María García de Pinto da Cunha, *JORNAL DA REDESAÚDE* n° 23.

### *PNAD de 1996 confirma manutenção da disparidade racial*

A taxa de mortalidade infantil das crianças afrodescendentes foi de 62,3 por 1.000 de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1996. No caso das crianças brancas essa taxa foi de 37,3 por 1.000.

Nas taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos as diferenças são mais expressivas: 76,1 por 1.000 para as afrodescendentes e 45,7 por 1.000 para as brancas.

Fonte: IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS-1996; dados citados por Wania Sant'Anna, mimeo.

## MORTALIDADE MATERNA: RISCO DAS MULHERES NEGRAS É MAIOR

### *Metade dos casos não é notificada*

Outro item considerado para a composição do índice de longevidade é a mortalidade materna, aquela que ocorre em consequência de alguma complicação na gravidez - incluídas as mortes por aborto espontâneo ou provocado -, parto ou no puerpério (período de 42 dias após o final da gestação).

Os registros de morte materna são muito precários no Brasil. Estima-se que a subnotificação corresponda a 50% dos casos, ou seja, para cada óbito notificado, outro não chega a compor as estatísticas. As projeções realizadas para 1997, com base em estudos regionais e considerando a subnotificação, apontam 110 mortes por 100 mil nascidos vivos. Um valor alto que coloca o Brasil no mesmo nível dos países mais pobres da América Latina.

*Fonte: Ana Cristina d'Andretta Tanaka e Lia Mitsuiki, "Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras", 1999; dados citados por Ana Cristina d'Andretta Tanaka, DOSSIÊ MORTALIDADE MATERNA, RedeSaúde.*

### *Risco das mulheres negras é maior*

Vários estudos atestam que a **morte materna é mais freqüente entre as mulheres negras**, em razão da predisposição biológica para algumas doenças, como hipertensão e diabetes, além do precário acesso aos serviços de saúde. Estudo da pesquisadora Ana Cristina Tanaka, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, confirma que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste o coeficiente de morte feminina por causa materna é maior, sendo a região Norte a que apresenta o maior coeficiente. São as regiões com a maior proporção de população negra e indígena, e com o atendimento à saúde mais precário.

*Fonte: Ana Cristina d'Andretta Tanaka e Lia Mitsuiki, "Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras", 1999; dados citados por Ana Cristina d'Andretta Tanaka, DOSSIÊ MORTALIDADE MATERNA, RedeSaúde.*

### *Pesquisa reforça hipótese de discriminação racial no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva*

A pesquisadora Ignez Helena Oliva Perpétuo, da Universidade Federal de Minas Gerais, lança mão de informações valiosas da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-1996) para analisar a situação da saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras e verificar se a questão racial tem peso específico na desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Foram selecionadas para análise 7.541 entrevistas de mulheres entre 15 e 49 anos, vivendo em união estável e autodeclaradas brancas (44%) e negras - parda, mulata, morena, cabocla e preta - (56%). Entre os dados investigados estão: o contexto socioeconômico; experi-

ência sexual e reprodutiva; acesso a anticoncepção; acesso ao pré-natal; atendimento obstétrico e atendimento ginecológico voltado para prevenção do câncer de colo e de mama.

Fonte: Microdados da PNDS; dados extraídos por Ignez Helena Oliva Perpétuo, "Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda da Saúde Reprodutiva"; JORNAL DA REDESAÚDE n° 22.

### PNDS/1996 revela contraste racial

| Alguns dados selecionados sobre mulheres brancas e negras  |         |        |
|--|---------|--------|
|  | Branças | Negras |
|  | %       | %      |
| <b>características socioeconômicas</b>   |         |        |
| Residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste  | 24,0    | 49,0   |
| Residentes em áreas rurais   | 35,0    | 42,0   |
| Sem instrução ou com primário incompleto   | 17,0    | 36,0   |
| Classes D e E  | 38,0    | 65,0   |
| <b>experiência sexual e reprodutiva</b>  |         |        |
| Teve a 1ª relação sexual com menos de 15 anos  | 7,2     | 13,7   |
| Teve a 1ª relação sexual entre 15 e 17 anos  | 28,3    | 33,8   |
| Teve o 1º filho com 16 anos ou menos   | 7,8     | 13,2   |
| Teve o 1º filho entre 17 e 19 anos   | 25,7    | 31,7   |
| Tinha entre zero e 2 filhos na data da pesquisa  | 61,9    | 48,9   |
| Tinha 3 ou mais filhos na data da pesquisa   | 38,1    | 51,1   |
| <b>experiência anticoncepcional</b>  |         |        |
| Sabia localizar corretamente o período fértil no ciclo menstrual   | 36,7    | 20,8   |
| Nunca usou método anticoncepcional   | 4,1     | 8,3    |
| O primeiro método usado foi a esterilização feminina   | 4,0     | 8,0    |
| Usou o 1º método anticoncepcional quando tinha entre 0 e 1 filho   | 83,0    | 67,4   |
| Usou o 1º método anticoncepcional quando tinha 2 ou mais filhos  | 12,9    | 24,4   |
| Não estava usando método na data da pesquisa   | 19,6    | 26,1   |
| Já estava esterilizada na data da pesquisa   | 37,7    | 42,1   |
| Estava usando pílula ou outro método moderno   | 35,1    | 26,3   |
| Estava grávida por falha do método ou com "necessidade de contracepção insatisfeita" (não usava nenhum método apesar de ser fecunda e não desejar ficar grávida) | 7,0     | 11,6   |
| Taxa de fecundidade não desejada   | 27,0    | 40,0   |

Fonte: Microdados da PNDS; dados extraídos por Ignez Helena Oliva Perpétuo, JORNAL DA REDESAÚDE n° 22.

Os dados da tabela revelam que, entre as mulheres negras, é sempre maior a proporção das que se encontram em situações que, sobretudo quando combinadas entre si, implicam maior risco de morte materna: condição socioeconômica desfavorável, baixo nível de informação, menor acesso aos métodos preventivos, início precoce da atividade sexual e reprodutiva, multiparidade (vários partos) etc. Como afirma a pesquisadora, os números evidenciam “o imenso abismo que separa as mulheres negras da posição que - embora ainda precária em muitos sentidos - já foi alcançada pela população branca”. Ignez Perpétuo acrescenta em sua análise que, embora a influência da variável cor sobre as probabilidades de acesso às ações de saúde reprodutiva desapareça apenas quando controlada pela classe social, isto “aparentemente sugere que o principal problema não é ser negra, mas ser pobre”. Todavia, trata-se de um dado que não possibilita afastar a existência da discriminação racial no acesso às ações de saúde reprodutiva.

### *Pesquisa no Paraná confirma maior risco de morte materna para mulheres negras*

Entre 1993-1998 foram analisados 956 casos de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos no Paraná, com recorte racial - 53,4% dos óbitos foram de mulheres brancas, 17,9% de negras (inclui pretas e pardas) e 1,4% de amarelas. Comparando-se a distribuição da população feminina no estado e o número de mortes maternas por raça, para 1993, observou-se que o risco relativo de morte destas mulheres foi 7,4 vezes maior nas pretas que nas brancas e 5 vezes maior entre as amarelas, quando comparadas com as brancas. O risco mais elevado de morte para as amarelas e pretas sugere, segundo a autora, a existência de uma relação entre raça, doença, condições de vida e mortalidade materna.

Fonte: Alerte Leandro Martins, “Mortalidade Materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil”, JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.

### *Negras têm menos acesso ao pré-natal*

O número mínimo de exames no pré-natal, recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, é de seis consultas ao longo da gestação e uma após o parto. Este acompanhamento é fundamental para a prevenção da morte materna, sendo o momento em que se detectam os casos de diabetes, hipertensão e infecções, que requerem cuidados especiais para evitar ocorrências graves como descolamentos de placenta, embolias e outras. A discrepância revelada na tabela elaborada pela pesquisadora Ignez Perpétuo demarca o diferencial entre mulheres brancas e negras frente ao número mínimo de exames no pré-natal:

**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES BRANCAS E NEGRAS,**  
segundo características do atendimento pré-natal, local de realização do parto e atendimento  
pós-parto, em relação ao último filho tido nos 5 anos anteriores à pesquisa  
Brasil, 1996

|   | Branca | Negra |         |
|---|--------|-------|---------|
|   | %      | %     | p-value |
| <b>Mês da 1ª consulta pré-natal</b>     |        |       |         |
| Até o 4º mês de gravidez                | 88,2   | 78,2  |         |
| 5 e mais meses de gravidez              | 5,9    | 8,9   |         |
| Não fez                                 | 6,0    | 12,8  | < ,0001 |
| <b>Nº de consultas de pré-natal</b>     |        |       |         |
| Menos de 3 consultas                    | 8,1    | 16,7  |         |
| 3 a 5 consultas                         | 15,3   | 22,0  |         |
| 6 e mais consultas                      | 76,6   | 61,3  | < ,0001 |
| <b>Consulta com médico no pré-natal</b> |        |       |         |
| Não                                     | 8,0    | 17,5  |         |
| Sim                                     | 92,0   | 82,5  | < ,0001 |
| <b>Onde fez o parto</b>                 |        |       |         |
| Domicílio                               | 1,9    | 7,1   |         |
| Serviço público                         | 76,2   | 80,0  |         |
| Serviço privado                         | 21,9   | 12,8  | < ,0001 |
| <b>Fez exame ginecológico pós-parto</b> |        |       |         |
| Não                                     | 54,1   | 69,1  |         |
| Sim                                     | 45,9   | 30,9  | < ,0001 |

Fonte: Microdados da PNDS, compilados por Ignez Helena Oliva Perpétuo, JORNAL DA REDESAÚDE nº 22.

A tabela mostra que, enquanto 88,2% das mulheres brancas realizaram a primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gravidez, entre as negras o percentual caiu para 78,2%. Entre as mulheres que não realizaram acompanhamento pré-natal encontram-se 12,8% de negras, contra 6% de brancas.



## 5. SAÚDE

### DOENÇAS RACIAIS/ÉTNICAS AFETAM MILHÕES DE AFRODESCENDENTES NO BRASIL

Vários estudos, especialmente nos Estados Unidos, mostram que as pessoas da raça negra - assim como de outros grupos raciais/étnicos, como judeus, ciganos etc. - estão biologicamente mais predispostas a desenvolver determinadas doenças, algumas de ordem genética, na dependência também de como se der a interação delas com o meio ambiente físico, social e cultural. Além disso, tem-se comprovado que razões de ordem socioeconômica, padrões culturais definidos a partir da origem étnica e a forma discriminatória com que são tratados alguns segmentos raciais/étnicos podem trazer um risco maior de contrair determinadas enfermidades.

#### ANEMIA FACILFORME

*Estima-se que 10 milhões de brasileiros sejam portadores do traço falcêmico*

A anemia falciforme é uma doença hereditária que é mais comum entre as pessoas da raça negra. No Brasil, a anemia falciforme é um problema de saúde pública, que afeta milhões de pessoas e apresenta altos índices de mortalidade.

- A prevalência de portadores do traço falcêmico na população negra é da ordem de 6% a 12%, enquanto na população em geral esta prevalência é de 2%.
- Triagens no pré-natal demonstraram que 30 em cada 1.000 gestantes são portadoras do traço falcêmico.
- Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, a cada ano nascem no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas, o que corresponde a uma em cada 1.000 nascidas vivas. E em cada 1.000 crianças nascidas vivas, 30 são portadores do traço falcêmico.

*Fontes: OMS; Marco Antônio Zago, "Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil - O papel da anemia falciforme e de outras doenças de natureza genética", 1996; dados citados por Fátima Oliveira, "Recorte Racial/Étnico e a Saúde das Mulheres Negras", JORNAL DA REDESAÚDE n° 22.*

Trata-se de uma anemia provocada por uma mutação genética que altera o formato dos glóbulos vermelhos. Com a forma alterada, os glóbulos têm dificuldade para passar pelos vasos sanguíneos, o que causa crises de dores - sobretudo nos ossos, baço e pulmões, cansaço, inchaço e febre. A doença só se desenvolve quando o pai e a mãe são portadores. Quando a herança vem apenas de um lado, a pessoa será portadora do traço falcêmico, podendo transmiti-lo para a prole.

Os impactos da anemia falciforme são especialmente significativos para a saúde da mulher negra. Por exemplo: **mulheres em idade reprodutiva com anemia falciforme apresentam maiores riscos de abortamento e complicações no parto; em geral sua gravidez é de risco e com um índice mais alto de natimortos.**

*Fonte: Cebrap e Fala Preta! - Organização de Mulheres Negras, ANIME-SE E INFORME-SE: ANEMIA FACILFORME.*

## PROGRAMA DE ANEMIA FALCIFORME

### *Ainda não saiu do papel a maior promessa de uma política pública de saúde de cobertura nacional para beneficiar a população afrodescendente*

Há mais de duas décadas a Organização Mundial de Saúde vem recomendando ao Governo brasileiro que implemente um programa para a anemia falciforme, uma antiga reivindicação do movimento negro do país. Mas somente em maio de 1996 foi instituído um Grupo de Trabalho para elaborar uma política nacional para a anemia falciforme, que foi aprovada em agosto de 1996. Trata-se de um conjunto de diretrizes para uma ação efetiva visando o diagnóstico e o tratamento da doença em todo o território nacional.

O fato de o Brasil possuir mais de 77 milhões de afrodescendentes, segundo o Censo de 2000, é razão mais do que suficiente para que seja implantada uma política de caráter nacional de atenção à anemia falciforme, a mesma já elaborada em 1996. Nos EUA, mesmo considerando-se a prevalência de um tipo mais brando de anemia falciforme, com certeza a política estabelecida de atenção à doença assegura aos norte-americanos falcêmicos uma sobrevivência pelo menos duas vezes maior que a dos falcêmicos brasileiros.

Embora considerado de boa qualidade por especialistas, o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde ainda não saiu do papel, tendo sido implantado, com cobertura para todos os nascidos em hospitais, apenas no estado de Minas Gerais. Há encaminhamentos para implantação nos estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Várias cidades brasileiras estão em processo avançado de implantação e/ou desenvolvimento do programa, como Recife (Pe), Vitória (Es), Osório (Rs), Araras - o mais antigo e bem estruturado serviço de atenção à anemia falciforme do país, que funciona com uma cobertura de 100% desde 1990 -, Mauá, Santo André, Diadema, São Caetano, Campinas, Santos e São Paulo (SP).

O Programa de Anemia Falciforme estabelece a oferta do diagnóstico neonatal a todas as crianças nascidas em hospitais; a busca ativa de pessoas acometidas pela doença; a promoção da entrada no programa de pessoas diagnosticadas; a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento de boa qualidade; o estímulo à pesquisa e à capacitação de recursos humanos; a implementação de ações educativas; e a atenção a questões bioéticas, como o consentimento livre e esclarecido para a realização do teste de anemia falciforme.

*Fontes: Fátima Oliveira, Oficinas Mulher Negra e Saúde; Fátima Oliveira, JORNAL DA REDESAÚDE n° 22; Edna Roland, em entrevista ao JORNAL DA REDESAÚDE n° 23. A íntegra do Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde está disponível no site da Rede de Informação sobre Bioética, em <http://culturabrasil.art.br/rib/boletim14.htm>.*

## MIOMA UTERINO

### *A proporção de histerectomias é 4 vezes maior para as negras*

Estudo realizado em 1995 no município de São Paulo constatou maior prevalência e incidência de miomas uterinos em mulheres negras. A pesquisadora Vera Cristina de Souza (Projeto Saúde da População Negra/Cebrap) comparou 558 mulheres negras e brancas atendidas em um centro de saúde da rede pública estadual. Como se vê na tabela a seguir, além de uma maior prevalência e reincidência de miomas entre mulheres negras, a proporção de histerectomias é 4 vezes maior para as negras, reforçando a hipótese de histerectomias desnecessárias, que merece maior investigação.

Situação de Mimatose  
entre 558 mulheres negras e brancas  
em um centro de saúde de São Paulo/SP, 1995

|                | Prevalência<br>% | Reincidência<br>% | Foram histerectomizadas<br>% | Filhas/irmãs de mulheres com mioma<br>% |
|----------------|------------------|-------------------|------------------------------|---|
| <b>Negras</b>  | 41,6             | 21,9              | 15,8                         | 62,1                                    |
| <b>Branças</b> | 22,9             | 6,0               | 3,6                          | 20,4                                    |

Fonte: Tabela simplificada, a partir de artigo de Vera Cristina de Souza, "Miomatose em Negras e Brancas Brasileiras: semelhanças e diferenças", *Jornal da REDESAÚDE* nº 23

Também conhecido por leiomioma, fibróide do útero ou fibroma, o mioma uterino é um tumor benigno causado pelo crescimento anormal das células da parede interna do útero (miométrio). É uma doença que surge na idade reprodutiva, em geral em mulheres com mais de 30 anos, e que pode regredir na menopausa. Os sintomas mais comuns são alteração no peso, hemorragia e dores pélvicas. É ainda precário o conhecimento sobre suas causas, evolução e tratamento, mas a maioria das ocorrências termina sendo resolvida com a extirpação do útero (histerectomia), que tem sido considerada, em muitos casos, desnecessária. Admite-se que fatores genéticos influenciem seu desenvolvimento, e a prevalência em mulheres negras tem sido relacionada, também, à alta incidência de infecções pélvicas não tratadas. As abordagens menos tradicionais relacionam o mioma com fatores alimentares, estresse e com as condições de vida em geral.

Fontes: Maria José de Oliveira Araújo, "Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista", *JORNAL DA REDESAÚDE* nº 23; Fátima Oliveira, *Jornal da RedeSaúde* nº 22; Vera Cristina de Souza, *JORNAL DA REDESAÚDE* nº 23.

### *Pesquisas norte-americanas constataam histerectomias desnecessárias*

- Uma pesquisa realizada na Universidade da Califórnia com 500 mulheres histerectomizadas concluiu que mais de 70% das intervenções podem ter sido desnecessárias. As indicações por mioma eram 60% do total de histerectomias realizadas.

Fonte: Michael S. Broder e outros, *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 2000; dados citados por Vera Cristina de Souza, *JORNAL DA REDESAÚDE* nº 23.

- Segundo o médico Cláudio Bacal, são feitas anualmente cerca de 300 mil histerec-tomias no Brasil. Citando Cláudio Basbaum, professor-doutor de ginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e presidente da Sociedade Paulista de Endoscopia em Ginecologia e Obstetrícia, Bacal afirma: “Os médicos brasileiros seguem a escola americana. Nos Estados Unidos são feitas cerca de 600 mil cirurgias desse tipo anualmente. Já na Comunidade Européia são realizados apenas 10% desse total”.

*Fonte: Cláudio Bacal, “Por que tantas mulheres perdem o útero”.*

- Outros estudos alertam que as histerectomias desnecessárias, além de serem uma perda importante, colocam também em risco a vida das mulheres, comprovando-se alta ocorrência de mortes em consequência de complicações, geralmente relacionadas à anestesia.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL

*As doenças hipertensivas, que atingem mais as mulheres negras, são responsáveis por um terço das mortes maternas no Brasil*

De maneira geral a hipertensão arterial é mais freqüente, mais grave e tem início mais cedo em pessoas da raça negra (e entre estas é mais grave nos homens). A médica e pesquisadora Fátima Oliveira cita um trecho do Guia Prático de Diagnóstico e Tratamento - Compendium CIBA-GEIGY, que diz: “Na faixa de idade entre 19 e 76 anos, ocorre em 9%-16% nos indivíduos de raça branca e 22%-30% na raça negra”.

*Fonte: Fátima Oliveira, JORNAL DA REDESAÚDE nº 22.*

No Brasil as doenças vasculares e circulatórias são as que mais causam mortes. A incidência está aumentando entre as mulheres, particularmente entre as negras. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, referentes ao atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde), comprovam: na parcela da população preta atendida com queixas de doenças cardiovasculares, a hipertensão alcança um índice 9,2% superior do que nas pardas e brancas.

*Fonte: Maria José de Oliveira Araújo, JORNAL DA REDESAÚDE nº 23.*

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade/DataSus, as doenças hipertensivas, que atingem mais as mulheres negras, são responsáveis por um terço das mortes maternas.

*Fonte: Ignez Helena Oliva Perpétuo, JORNAL DA REDESAÚDE nº 22.*

## DIABETES MELLITUS TIPO II

*As mulheres negras têm 50% mais risco de ficarem diabéticas que as brancas*

Enquanto o homem negro tem 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes do que o homem branco, as mulheres negras têm aproximadamente 50% a mais de chance de se tornarem diabéticas que as mulheres brancas.

A diabetes é uma doença crônica de caráter degenerativo e de fundo genético multifatorial, com repercussões deletérias em todo o organismo. A de tipo I é talvez a mais conhecida: atinge as pessoas desde a infância ou juventude e tem como principal tratamento a administração de insulina. Este tipo é prevalente nas pessoas brancas. Já a de tipo II não é insulino-dependente e é prevalente em pessoas negras. É uma epidemia em expansão no mundo e uma causa importante de insuficiência renal crônica (cujo tratamento é hemodiálise e transplante renal), pois na população diabética a hipertensão é duas vezes maior do que na população em geral. **As mulheres portadoras deste tipo de diabetes correm riscos sérios na gravidez.**

*Fontes: Fátima Oliveira, JORNAL DA REDESAÚDE n° 22; Maria José de Oliveira Araújo, JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.*

Nos EUA, para cada 6 brancos que sofrem da enfermidade, há 10 afro-americanos que padecem da doença. As estatísticas indicam que a porcentagem de mortes por causa de diabetes é 27% mais alta nos afro-americanos que entre os brancos.

*Fonte: eHealth Latin America, BOA SAÚDE.*

## FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE HIV-AIDS

*Na faixa etária de 15 a 19 anos, para cada rapaz há uma garota infectada*

Os anos 90 trouxeram como novidade para a epidemia do HIV/AIDS no Brasil uma crescente interiorização e pauperização da doença, além do crescimento dos casos entre as mulheres - a chamada feminização da epidemia.

- Em 1985, para cada 28 homens infectados pelo HIV/AIDS, havia 1 mulher.
- Em 1997, esta relação passou a ser de 2 homens para 1 mulher.
- A partir de 1994, a proporção se equiparou na faixa etária entre 15 e 19 anos: 1 jovem rapaz para cada jovem mulher infectada.

*Fonte: Ministério da Saúde, 1999; dados citados por Regina Maria Barbosa, "HIV/AIDS, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados pelas Mulheres".*

Dados dos Boletins Epidemiológicos da Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde mostram que a contaminação das mulheres se dá, sobretudo, através de relações heterossexuais, e que a maior parte das mulheres infectadas vivem com parceiro fixo.

*Fonte: Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde.*

### *Determinantes estruturais da feminização da epidemia*

Francisco Bastos, pesquisador da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), apresenta alguns dos determinantes estruturais para a feminização da Aids no Brasil:

- maior vulnerabilidade biológica das mulheres, por causa da anatomia dos órgãos genitais, mais acolhedores para o vírus HIV;

- risco acentuado para mulheres pré-púberes e adolescentes, pois a imaturidade do aparelho genital determina fragilização adicional frente à infecção; este risco se amplia porque é culturalmente freqüente a prática do sexo - desprotegido - com homens mais velhos (nos quais a prevalência do HIV e das DST é maior);
- a desigualdade de gênero em termos políticos, culturais e socioeconômicos gera situações de violência sexual, dependência econômica, menor capacidade de tomar decisões e menor ainda de mudar comportamentos de risco;
- as práticas preventivas e de aconselhamento nos serviços públicos de saúde (SUS) mantêm características sexistas e paternalistas (e também racistas - acréscimo nosso), prejudicando em particular as mulheres mais pobres;
- dificuldade de acesso aos métodos de prevenção.

*Fonte: Francisco Inácio Bastos, "A Feminização da Epidemia da Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento".*

Dados do Ministério da Saúde de 1999 informam que 75% das mulheres infectadas com mais de 19 anos têm 8 anos de estudo ou menos.

*Fonte: CNDST/AIDS do Ministério da Saúde, 1998 e 1999; dados citados por Wilza Villela, DOSSIÊ MULHER E AIDS, REDESAÚDE.*

### *Riscos adicionais para a população negra*

Atentando para a situação desfavorável das mulheres pobres, o pesquisador Francisco Bastos reconhece agravantes na situação das mulheres negras no âmbito da saúde em geral e da saúde reprodutiva em particular:

- a população negra brasileira está mais sujeita às conseqüências adversas da violência estrutural, mais presentes nas comunidades mais pobres e/ou faveladas, com conseqüências negativas sobre a continuidade de projetos de prevenção nessas comunidades;
- associada ao tráfico de drogas, esta violência determina uma maior exposição à oferta de drogas ilícitas e aos danos daí decorrentes, inclusive o HIV/AIDS.

*Fonte: Francisco Bastos, "A Feminização da Epidemia da Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento".*

Cada vez mais o HIV/AIDS passa a ser um assunto e um risco para as mulheres negras. A médica Jurema Werneck chama a atenção para o fato de que, embora o Brasil tenha um dos melhores programas de prevenção e tratamento do Hiv/Aids do mundo, "este nível de excelência - que, diga-se de passagem, foi em grande parte construído pelas organizações não-governamentais - não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização negrófila, ou seja, sua chegada às mulheres negras".

*Fonte: Jurema Werneck, "Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras", JORNAL DA REDESAÚDE n° 23.*

## CÂNCER NO COLO UTERINO

### NOS EUA, O CÂNCER UTERINO É DUAS VEZES MAIS FREQUENTE EM MULHERES NEGRAS DO QUE NAS BRANCAS

#### *Doença da pobreza*

Este tipo de câncer é 100% evitável, desde que sejam realizados os exames preventivos e os tratamentos adequados. Em 90% dos casos, a doença está relacionada à ocorrência do HPV (papilomavírus humano), um vírus sexualmente transmissível cuja detecção é simples, desde que o atendimento básico à saúde funcione bem. Outros fatores de risco são as inflamações do colo uterino, em consequência de problemas no parto, nas curetagens, nos abortos ou em outros procedimentos médicos realizados sem o devido cuidado. **Nos Estados Unidos o câncer de colo uterino é duas vezes mais frequente em mulheres negras do que nas brancas.** No Brasil não se dispõe de dados desagregados por raça.

*Fonte: Maria José de Oliveira Araújo, JORNAL DA REDESAÚDE nº 23.*

O Ministério da Saúde estima que cerca de 7 mil mulheres morrem anualmente em consequência do câncer de colo, e está comprovada a prevalência maior entre as mulheres pobres. Em 1997, foram registrados 20.500 novos casos, com uma taxa de 28 por 100 mil mulheres. Estima-se que nesse mesmo ano houve 5.760 óbitos por câncer de colo, e que mais de 80% dos casos foram diagnosticados quando a doença já estava adiantada. Para 1998 a estimativa do Ministério da Saúde era de 21.725 novos casos; no início desse ano, 5,7 milhões de mulheres entre 35 e 49 anos nunca haviam feito o teste de Papanicolaou (exame simples do esfregaço vaginal, que detecta a doença em seus estágios iniciais).

*Fonte: Ministério da Saúde, 1997 e 1998, <http://www.saude.gov.br/Programas/cancer/estrategias.htm>*

#### *Desigualdade de acesso a atendimento e exames*

A análise da pesquisadora Ignez Helena Oliva Perpétuo, com base em dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (1996), evidencia a desigualdade entre brancas e negras no acesso ao atendimento ginecológico, em especial aos exames preventivos de câncer ginecológico. Do total de mulheres unidas de 15 a 34 anos, 22,3% das brancas nunca haviam feito exame ginecológico, enquanto que entre as negras esse índice subia para 35%. Para as que haviam realizado o exame no último ano, foi incluído o Papanicolaou para 45,9% das brancas, contra apenas 32,9% das negras. Das mulheres com 35 anos ou mais, 13% das brancas jamais haviam feito o exame ginecológico, contra 23,7% das negras. **Para as mulheres nessa faixa etária que haviam realizado o exame no ano anterior, o mesmo incluiu mamografia e Papanicolaou para 37,1% das brancas, sendo que apenas 24,7% das negras realizaram ambos os exames.**

*Fonte: Ignez Helena Oliva Perpétuo, JORNAL DA REDESAÚDE nº 22.*

### *Pesquisa denuncia racismo nos serviços de saúde*

Realizada pela cientista política Diva Moreira, a pesquisa “A Reprodução do Racismo no Setor Saúde: sobrevivência e cidadania em risco” constitui o primeiro estudo no Brasil a expor e denunciar o racismo nas práticas de saúde. Nessa pesquisa, foram entrevistadas 120 pessoas - 94 mulheres negras, 20 mulheres brancas e 15 médicos/as de serviços públicos e privados na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Segundo a pesquisadora, embora o imaginário e as práticas racistas nem sempre sejam percebidas de forma clara e racional pelas pessoas, “as falas das mulheres negras sinalizaram que o universo médico-hospitalar é constitutivo de uma lógica discriminatória e fundada em concepções e mitos hegemônicos na sociedade brasileira, como os da democracia racial e do racismo cordial”.

*Fonte: Diva Moreira, “A Reprodução do Racismo no Setor Saúde: sobrevivência e cidadania em risco”; relatório de pesquisa citado por Fátima Oliveira em PERSPECTIVA FEMINISTA E ANTI-RACISTA & GÊNERO, BIOCÊNCIAS E BIOÉTICA, 2000 (não publicado).*

#### **Dados dos Estados Unidos são sugestivos**

São ilustrativos os dados sobre as diferenças entre a morbidade e a mortalidade das mulheres negras e brancas norte-americanas, reunidos pelas pesquisadoras Maria José Araújo e Alaerte Martins. Mantidas as proporções, a população negra dos Estados Unidos vive discriminações similares às que se presenciam no Brasil, particularmente no que se refere à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada:

- 52% das mulheres com Aids nos Estados Unidos são negras;
- a taxa de mortalidade infantil entre as crianças negras é quase três vezes maior do que entre as brancas;
- apesar da importância que a hipertensão arterial tem para as mulheres, as escassas pesquisas realizadas nos EUA são todas feitas com homens; quando as mulheres têm sintomas, ou mesmo problemas cardíacos, acabam sendo tratadas mais tardiamente do que os homens; embora as mulheres negras apresentem possibilidade

maior de ter a doença, seu diagnóstico é ainda mais tardio do que o das brancas;

- a doença inflamatória pélvica - uma das causas de esterilidade e intimamente relacionada com as condições de vida das mulheres - é muito mais comum nas mulheres negras que nas brancas;
- a taxa de câncer de colo uterino - considerada doença da pobreza - é duas vezes mais alta para as mulheres negras do que para as brancas;
- as mulheres negras têm aproximadamente 50% mais de chance de se tornarem diabéticas que as mulheres brancas, ao passo que os homens negros têm 9% a mais de chance do que o homem branco;
- dados de 1990, do Centro de Controle de Doenças (Atlanta), mostraram que a razão de mortalidade materna foi 2 a 4 vezes maior para mulheres negras, relacionando a taxa elevada ao grande número de gravidezes com morbidade, à dificuldade de acesso e uso dos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada.

Fontes: Maria José de Oliveira Araújo, *Jornal da RedeSaúde* nº 23; Alaerte Leandro Martins, *Jornal da RedeSaúde* nº 23.



## 6. VIOLÊNCIA

### A COR DA VIOLÊNCIA

No Brasil não existem dados nacionais que permitam dimensionar a magnitude da violência a partir do recorte racial e tampouco que possibilitem traçar um quadro sobre a violência específica contra as mulheres negras. Os registros policiais são precários e os dados não são comparáveis, pois os critérios de coleta variam ao longo do tempo e, na maioria das vezes, não incluem o quesito cor.

Um dos poucos estudos disponíveis revela números contundentes na intersecção entre violência e recorte racial. Trata-se de pesquisa realizada pelo ISER (Instituto Superior de Estudos da Religião), que mostra que, nos confrontos com as Polícias Civil e Militar tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo, cidadãos pretos e pardos morrem proporcionalmente mais do que sua efetiva representação na população geral dessas cidades.

Assim, dos 805 mortos pela polícia no Rio de Janeiro, entre 1993 e 1996, 29,8% das vítimas eram descritas como pretas, embora esse grupo racial representasse 8,4% da população da cidade. As vítimas de cor parda representavam 40,4%, embora apenas 31,6% dos moradores da cidade fossem dessa cor. Já as pessoas de cor branca foram 29,8% das vítimas, apesar de representarem 60% do total de habitantes.

Em São Paulo, dentre as 203 mortes registradas em confrontos com a polícia entre 1996 e 1999, 13,3% referiam-se a vítimas de cor preta, embora sua participação na população fosse de 3,8%. Os pardos foram 33% das vítimas, apesar de sua representação no total de habitantes ser de 23,9%. As vítimas brancas foram 52,7%, embora esse grupo representasse 69,9% dos moradores da cidade.

*Fonte: ISER, INDICADORES DA VIOLÊNCIA.*

Outra pesquisa sobre violência com recorte racial foi realizada por Luiz Eduardo Soares, ex-Secretário de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, que mostra que a população negra foi a principal vítima de homicídios em 1992. Utilizando estatísticas da Polícia Civil, a pesquisa revela que, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, **os negros foram 66,7% das vítimas de homicídio, embora correspondessem a apenas 18,8% da população nessa região.** A conclusão desse estudo é que “alguns têm mais probabilidades de se tornarem vítimas, correm maior risco do que outros”.

*Fonte: Luiz Eduardo Soares, “Criminalidade e Violência: Rio de Janeiro, São Paulo e perspectivas internacionais”.*

| <b>Homicídios Dolosos, segundo a cor e área de residência da vítima,<br/>comparados à distribuição de cor na população município do<br/>Rio de Janeiro – 1992</b>                               |                           |                                       |                           |                                       |
|---|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <b>Área de residência da vítima</b>   | <b>Branços</b>            |                                       | <b>Negros</b>             |                                       |
|   | <b>% da<br/>população</b> | <b>% das vítimas<br/>de homicídio</b> | <b>% da<br/>população</b> | <b>% das vítimas<br/>de homicídio</b> |
| <b>ZONA SUL/TIJUCA/BARRA DA TIJUCA</b><br>RAs Botafogo, Copacabana, Lagoa, Tijuca,<br>Vila Isabel, Barra da Tijuca  | 81,2                      | 33,3                                  | 18,8                      | 66,7                                  |
| <b>CENTRO/ZONA NORTE</b><br>RAs Portuária, Centro, Rio Comprido,<br>São Cristóvão, Ramos, Penha, Inhaúma,<br>Méier, Irajá, Madureira, Jacarepaguá,<br>Ilha do Governador, Paquetá, Santa Teresa | 61,1                      | 37,6                                  | 38,9                      | 62,4                                  |
| <b>ZONA OESTE/SUBÚRBIO</b><br>RAs Bangu, Campo Grande, Santa Cruz,<br>Anchieta, Pavuna, Guaratiba   | 55,6                      | 41,5                                  | 44,4                      | 58,5                                  |

Fonte: Luiz Eduardo Soares, "Criminalidade e Violência: Rio de Janeiro, São Paulo e perspectivas internacionais".

## *A cor da violência contra as mulheres negras*

*“Muitas de nós levamos tempo para compreender que a violência e a misoginia são assuntos políticos legítimos. Há pouco mais de duas décadas a maioria das pessoas considerava que a ‘violência doméstica’ era uma preocupação privada e não propriamente um assunto para discurso público ou intervenção política. Só uma geração nos separa daquela era de silêncio”.*

ANGELA DAVIS, ATIVISTA POLÍTICA E PROFESSORA  
DA UNIVERSIDADE DA CALIFÓRNIA

A mesma característica de desigualdade e de racismo observada em outras áreas, como educação, saúde e trabalho, permeia a violência contra as mulheres. Segundo estudo da pesquisadora Mireya Suárez, “as mulheres não-brancas apresentam maior risco de serem objeto de violências por estarem situadas no lado fraco de duas hierarquias, a de gênero e a de raça. Ademais, aos obstáculos que enfrentam por serem mulheres e negras somam-se as esvantagens, compartilhadas pela maior parte dos negros, de se situarem nos segmentos mais desprovidos de recursos básicos e de direitos cidadãos”.

Fonte: Mireya Suárez, “Autenticidade de Gênero e Cor”.

Dados do Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência (SOS Mulher), da Secretaria de Estado da Segurança Pública do Rio de Janeiro, são bastante ilustrativos: no período de 8 de março a 8 de maio de 1999, das mulheres atendidas pelo SOS Mulher, 65,8% eram negras e 34,2%, brancas.

Fonte: SOS Mulher/RJ (Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência); dados citados pelo repórter Sergio Torres, “Violência faz governo do RJ criar SOS Mulher”, FOLHA DE S.PAULO.

Dados do Benvinda - Centro de Apoio à Mulher, da Prefeitura de Belo Horizonte, demonstraram que, em 1997: 62% das mulheres que denunciaram uma situação de violência eram negras. Ao analisar esse dado, a conclusão da psicopedagoga Benilda Brito é que: “cabe a este equipamento social ter especial atenção com o recorte racial da violência doméstica”.

Fonte: Benilda Regina Paiva Brito, “Mulher, Negra e Pobre: a tripla discriminação”; citado no “Protocolo: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde”, Belo Horizonte, 1998.

## *Uma omissão inaceitável: a escassez de dados sobre a violência contra as mulheres negras*

Historicamente, a violência doméstica e sexual vem conjugada a outras formas de violação dos direitos humanos. No caso das mulheres negras, somam-se também o menor acesso à

educação, menor rendimento no mercado de trabalho, o tratamento desumano que recebem nos serviços de saúde e o assédio sexual no local de trabalho. Os efeitos dessa violência afetam drasticamente as condições de vida dessas mulheres, prejudicando as suas possibilidades futuras nos campos social, econômico e político.

Inúmeras análises ressaltam a inaceitável ausência de dados sobre violência e raça/etnia. Este é um problema que exige urgente solução, pois reflete, e ao mesmo tempo alimenta, o silêncio e a impunidade em torno da questão da violência e da discriminação racial/étnica e de gênero de que são vítimas as populações afrodescendentes. Para a médica Fátima Oliveira, a invisibilidade das populações não-brancas nas estatísticas brasileiras é uma herança racista que precisa ser enfrentada. O recorte racial da violência é um dado essencial para o combate às práticas racistas.

### *Mais de 200 denúncias de racismo a cada mês em São Paulo*

Nem todos os cidadãos e cidadãs sabem que, no Brasil, o racismo passou a ser crime em 1951, com a Lei Afonso Arinos. No período de vigência desta lei, entre 1951 e 1988, registraram-se apenas dois processos judiciais referentes a casos de racismo. A partir de 1988, a Nova Constituição Brasileira e a Lei Federal nº 7.716/89 proporcionaram recursos jurídicos mais eficazes para o combate aos casos de discriminação racial. Com a Constituição o racismo passa a ser crime inafiançável e imprescritível.

No entanto, isto não foi ainda suficiente para mudar o quadro de impunidade e o tratamento privilegiado da população masculina, branca e rica, em contrapartida com a discriminação, as injustiças e a insegurança que sofrem, via de regra, as populações que não se encontram nessas categorias.

O Brasil ainda insiste em se imaginar uma nação sem racismo. Não é o que mostram os números do SOS Racismo, criado em São Paulo, em 1993, pelo Geledés - Instituto da Mulher Negra. Em média, o SOS Racismo recebe 200 denúncias por mês. Este serviço de apoio jurídico às pessoas que sofrem discriminação racial revelou-se um espaço de denúncia e de visibilização das diferentes facetas do racismo na sociedade brasileira.

## ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS (AMB)

Fundada em 1994, durante o processo preparatório para a Conferência Mundial sobre a Mulher, Igualdade, Desenvolvimento e Paz, a Articulação de Mulheres Brasileiras é composta atualmente por fóruns estaduais organizados em 26 estados: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins; e no Distrito Federal.

A AMB privilegia em sua atuação a luta pelos direitos humanos das mulheres, equidade de gênero e raça, e justiça social e econômica. Sua prática envolve ações de acompanhamento das políticas públicas - com foco nos compromissos assumidos pelo Governo brasileiro ao assinar a Plataforma de Ação Mundial de Pequim (1995); capacitação para este desempenho; e fortalecimento das mulheres para o exercício da cidadania.

### **Secretaria Executiva**

Guacira Cesar de Oliveira – *Secretária Executiva*

Angela Freitas – *Assessora de Comunicação*

Katia Guimarães – *Assessora Técnica*

Fabiana Zamora – *Assistente Técnica*

### **Sede da Secretaria Executiva**

**CFEMEA** – Centro Feminista de Estudos e Assessoria

SCN, Quadra 06, Edifício Venâncio 3000, Bloco A, Sala 602

70716-000 – Brasília - DF

**Tel.:** 55 (61) 328-1664

**Fax:** 55 (61) 328-2336

**E-mail:** articulacao@cfemea.org.br

<http://www.cfemea.org.br>

---

## REFERÊNCIAS

### *Abreviaturas*

|              |  |
|--------------|--|
| Cebrap       | Centro Brasileiro de Análise e Planejamento                          |
| CNDST/Aids   | Coordenação Nacional de DST/AIDS                                     |
| Dieese       | Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos |
| FASE         | Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional            |
| Fiocruz      | Fundação Oswaldo Cruz  |
| IBGE         | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                      |
| IDG          | Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero                         |
| IDH          | Índice de Desenvolvimento Humano                                     |
| IPEA         | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada                             |
| ISER         | Instituto Superior de Estudos da Religião                            |
| Nepo/Unicamp | Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas  |
| OMS          | Organização Mundial de Saúde   |
| PNAD         | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios                          |
| PNDS         | Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde                           |
| PNUD         | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento                    |
| PPV          | Pesquisa sobre Padrões de Vida                                       |
| RDH          | Relatório de Desenvolvimento Humano                                  |
| RedeSaúde    | Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos             |
| Seade        | Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, São Paulo             |
| Sus          | Sistema Único de Saúde   |
| Unifem       | Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher             |

## BIBLIOGRAFIA CITADA

ARAÚJO, Maria José de Oliveira ([cfssaude@uol.com.br](mailto:cfssaude@uol.com.br)). “Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista”, in *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-mjose.html>.

BACAL, Cláudio. “Por que tantas mulheres perdem o útero”, in *Salutia*, abril de 2000, <http://brasil2.salutia.com/salutia.php?id0=inicio&id1=home&id2=nota&id3=346>

BARBOSA, Maria Inês da Silva ([maria.br@nutecnet.com.br](mailto:maria.br@nutecnet.com.br)). “É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do ‘quarto de despejo’”, in *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-mines.html>.

BARBOSA, Regina Maria ([rbarbosa@nepo.unicamp.br](mailto:rbarbosa@nepo.unicamp.br)). “HIV/AIDS, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados pelas Mulheres”, in *Saúde Sexual e Reprodutiva*, nº 2, ABIA, Rio de Janeiro, 2000.

BASTOS, Francisco Inácio ([bastos@dcc001.cit.fiocruz.br](mailto:bastos@dcc001.cit.fiocruz.br)). “A Feminização da Epidemia da Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento”, in *Saúde Sexual e Reprodutiva*, nº 3, ABIA, Rio de Janeiro, 2000.

BENTO, Maria Aparecida Silva. “Raça e Gênero no Mercado de Trabalho”, in BALTAR, Maria Isabel (org.), *Trabalho e Gênero: Mudanças, Permanências e Desafios*, ABEP, Nepo/Unicamp, Cedeplar/UFMG e Editora 34, Campinas/São Paulo, 2000.

BERQUÓ, Elza ([popu@internetcom.com.br](mailto:popu@internetcom.com.br)). “A Importância dos Estudos sobre População Negra”, entrevista ao *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-elza.html>.

BERQUÓ, Elza ([popu@internetcom.com.br](mailto:popu@internetcom.com.br)). “Perfil Demográfico das Chefias Femininas no Brasil”, mimeo, apresentado no Seminário “Estudos de Gênero na Sociedade Brasileira”, da Fundação Carlos Chagas, Itu/ SP, 2001.

BRITO, Benilda Regina Paiva. “Mulher, Negra e Pobre: a tripla discriminação”, in *Teoria e Debate*, ano 10, nº 36, out/nov/dez-1997, p. 19-23.

CEBRAP ([cebrap@onixci-sp.mp.br](mailto:cebrap@onixci-sp.mp.br)) e FALA PRETA! - Organização de Mulheres Negras ([falapret@uol.com.br](mailto:falapret@uol.com.br)). *Anime-se e Informe-se: Anemia Falciforme*, São Paulo, sem data.

CUNHA, Estela María García de Pinto da ([maira@nepo.unicamp.br](mailto:maira@nepo.unicamp.br)). “Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade”, in *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-estela.html>.

EHEALTH LATIN AMERICA. *Boa Saúde*, revista eletrônica, <http://www.boasaude.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3643&LibCatID=1752&fromhome=yes>

GOIS, Antônio. “Provão revela barreira racial no ensino”, *Folha de S. Paulo*, 14/01/2001.

ISER. *Indicadores da Violência*.

MADEIRA, Felícia. “Apresentação: três estudos”, in *A Busca pela Equidade Social, Mulher e Trabalho*, nº 3, Fundação Seade, São Paulo, março de 2001.

MARTINS, Alaerte Leandro ([abenpr@zaz.com.br](mailto:abenpr@zaz.com.br)). “Mortalidade Materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil”, in *Jornal da Rede*, nº 23, *RedeSaúde*, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-alaerte.html>.

MELO, Hildete Pereira de Melo, “O Serviço Doméstico Remunerado no Brasil: de criadas a trabalhadoras”, IPEA, Rio de Janeiro, 1998.

MOREIRA, Diva. “A Reprodução do Racismo no Setor Saúde: sobrevivência e cidadania em risco”, relatório de pesquisa patrocinada pela Fundação MacArthur, Belo Horizonte, 2000.

OLIVEIRA, Fátima ([fatimao@medicina.ufmg.br](mailto:fatimao@medicina.ufmg.br)). “Atenção Adequada à Saúde e Ética na Ciência: ferramentas de combate ao racismo”, in *Perspectivas*, ano 2, nº 4, março de 2001.

OLIVEIRA, Fátima ([fatimao@medicina.ufmg.br](mailto:fatimao@medicina.ufmg.br)). *Oficinas Mulher Negra e Saúde*, Mazza Edições, Belo Horizonte, 1ª edição, 1998.

OLIVEIRA, Fátima ([fatimao@medicina.ufmg.br](mailto:fatimao@medicina.ufmg.br)). “Recorte Racial/Étnico e a Saúde das Mulheres Negras”, in *Jornal da Rede*, nº 22, *RedeSaúde*, novembro de 2000, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-fatima.html>.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva ([nena@cedeplar.ufmg.br](mailto:nena@cedeplar.ufmg.br)). “Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda da Saúde Reprodutiva”, in *Jornal da Rede*, nº 22, *RedeSaúde*, novembro de 2000, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-enc-ignez.html>.

ROLAND, Edna ([eroland@uol.com.br](mailto:eroland@uol.com.br)). “PAF: um programa que ainda não saiu do papel”, entrevista ao *Jornal da Rede*, nº 23, *RedeSaúde*, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-edna.html>.

SANT’ANNA, Wania ([wsantanna@uol.com.br](mailto:wsantanna@uol.com.br)). “Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil”, in *Jornal da Rede*, nº 23, *RedeSaúde*, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-wania.html>; e versão mimeografada, original sem cortes, 2001.

SOARES, Luiz Eduardo. “Criminalidade e Violência: Rio de Janeiro, São Paulo e perspectivas internacionais”, in *Comunicação e Política*, vol. 1, nº 2, dez/1994- mar/1995.

SOARES, Serguei. “Discriminação de Gênero e Raça no Mercado de Trabalho”, in *Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise*, nº 13, ano 6, IPEA, junho de 2000, <http://www.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt013.pdf>.

SOUZA, Vera Cristina de ([vercris@terra.com.br](mailto:vercris@terra.com.br)). “Miomatose em Negras e Brancas Brasileiras: semelhanças e diferenças”, in *Jornal da Rede*, nº 23, *RedeSaúde*, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-vera.html>.

SUÁREZ, Mireya. “Autenticidade de Gênero e Cor”, in OLIVEIRA, Dijaci David de & outros (orgs.), *A Cor do Medo: homicídios e relações raciais no Brasil*, Brasília, Editora da UnB; Goiânia, Editora da UFG, 1998.



TANAKA, Ana Cristina d'Andretta ([acdatana@usp.br](mailto:acdatana@usp.br)). Dossiê Mortalidade Materna, RedeSaúde, São Paulo, 2000, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/dossiémortmaterna.html>.

TORRES, Sergio. "Violência faz governo do RJ criar SOS Mulher", in *Folha de S. Paulo*, seção Cotidiano, p. 4-4, 24/05/1999.

VILLELA, Wilza ([wilzavi@isaude.sp.gov.br](mailto:wilzavi@isaude.sp.gov.br)). Dossiê Mulher e Aids, RedeSaúde, São Paulo, 1999, [http://www.redesaude.org.br/jornal/html/dossiemulher\\_e\\_aids.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/dossiemulher_e_aids.html).

WERNECK, Jurema ([criola@alternex.com.br](mailto:criola@alternex.com.br)). "Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras", in *Jornal da Rede*, nº 23, RedeSaúde, março de 2001, <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-jurema.html>.

## SITES PARA CONSULTAS

Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos - III Conferência Mundial contra o Racismo, <http://www.unhchr.ch/html/racism/index.htm> (em inglês, espanhol e francês)

CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) - <http://www.cfemea.org.br>

CNDST/AIDS (Coordenação Nacional de DST/AIDS) - <http://www.aids.gov.br>

Dieese (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos) - <http://www.dieese.org.br>

FASE (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional) - <http://www.fase.org.br>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) - <http://www.ibge.gov.br>

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) - <http://www.ipea.gov.br>

ISER (Instituto Superior de Estudos da Religião) - <http://www.iser.org.br>

Ministério da Saúde do Brasil - <http://www.saude.gov.br>

Rede de Informação sobre Bioética - "Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde", <http://culturabrasil.art.br/rib/boletim14.htm>

RedeSaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos) - <http://www.redesaude.org.br>

Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, São Paulo) - <http://www.seade.gov.br>

Unifem (Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher) - <http://www.unifem.undp.org> (em inglês)

Women's Human Rights Net (Rede Global dos Direitos Humanos das Mulheres) - <http://www.whrnet.org> (em inglês, espanhol e francês)

