

Ministério da Saúde

Saúde da População Negra:

Construindo políticas universais
e eqüânimes no Brasil

A população negra brasileira

Os pretos e pardos representavam, em 1999, 45,3% da população brasileira, correspondendo a 5,4% e a 39,9%, respectivamente. Em termos mundiais, a população negra do Brasil ocupa o segundo lugar, sendo superada apenas pela da Nigéria. Nessa população, estão compreendidos os remanescentes de quilombos – descendentes de escravos –, que se tornaram conhecidos pela resistência à monarquia e ao regime escravocrata, prevalentes no País até fins do século XIX. Esses remanescentes de quilombos integram várias comunidades, em diferentes estados brasileiros. A Constituição Federal assegura a titulação de terras dessas comunidades, cuja competência para tal está atribuída à Fundação Cultural Palmares (FCP). As comunidades remanescentes de quilombos já tituladas estão presentes em 11 estados e compreendem uma população de 744.656 habitantes, distribuídos em 20 comunidades.

Em termos genéticos, a população negra brasileira apresenta características peculiares, o que a torna diferente das demais em decorrência da miscigenação de indivíduos de etnias diversas, procedentes de distintas regiões da África subsaariana. Ao lado disso, houve ainda intensa miscigenação com a população branca – de origem portuguesa – e, em menor escala, com a indígena nativa.

Políticas de valorização da população negra

A defesa dos direitos humanos e, particularmente, das minorias vítimas de preconceito e discriminação, é tema fundamental na estratégia de ação do Governo Brasileiro. Por intermédio do Decreto Presidencial de 20 de novembro de 1995, foi criado no Brasil o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI –, com a finalidade de desenvolver políticas para a valorização da população negra, presidido pelo Ministério da Justiça e integrado por representantes da sociedade civil, ligados ao Movimento Negro; da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; e de oito Ministérios, entre os quais o da Saúde. Considerando o amplo elenco das questões envolvidas na situação da população negra no País, o trabalho do GTI foi dividido em 16 Grupos Temáticos.

Como estratégia preliminar, o Grupo Temático Saúde realizou, em abril de 1996, Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, com o objetivo de buscar uma base científica para iniciar o trabalho. Os resultados desse evento foram consolidados em um Relatório Final, do qual foram impressos cinco mil exemplares, amplamente distribuídos para órgãos governamentais e não governamentais, lideranças do movimento negro, estudiosos e especialistas.

Os participantes do evento – cientistas, militantes da sociedade civil, médicos e técnicos do Ministério da Saúde – concluíram que as ações de maior impacto sobre a saúde das populações afro-brasileiras são aquelas que visam a melhoria das condições sociais e de saúde dessas populações pobres, reduzindo as doenças ou as condições elas ligadas – como a desnutrição, o alcoolismo, os abortos sépticos, a toxicomania – e promovendo o acesso aos serviços de saúde. A única doença genuinamente ligada à etnia negra, que merece atenção específica para a população afro-descendente, é a anemia falciforme.

Promoção do acesso a ações e serviços de saúde

Na condição de gestor nacional do Sistema Único de Saúde – SUS –, cabe ao Ministério da Saúde promover as condições para que seja assegurado a toda a população o acesso – com equidade, qualidade e de forma humanizada – a serviços de saúde resolutivos. Nesse sentido, uma das prioridades é garantir que a atenção básica tenha efetividade, com capacidade de prover o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde aos que deles necessitar.

Para tanto, a estratégia essencial do Ministério é o Programa de Saúde da Família – PSF –, mediante o qual está sendo reorganizada a atenção básica de saúde no País. O PSF está baseado na atuação da equipe de saúde da família, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, recrutados na própria comunidade onde irá atuar. Nessa equipe, foi inserida, este ano, os profissionais de odontologia. Cada equipe acompanha, em média, 3.450 pessoas, e estabelece com a respectiva comunidade um vínculo de co-responsabilidade sobre a saúde local. A ação das equipes tem por base o núcleo familiar, a partir do qual são desenvolvidas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como retaguarda a unidade de saúde.

A expansão acelerada desse Programa, além de ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade por parte de grupos populacionais historicamente excluídos do desenvolvimento social, tem contribuído para melhorar e consolidar a eficácia do SUS. Em 1999, dispunha-se de 4.945 equipes de saúde da família atuando em 1.870 municípios brasileiros e, em 2000, somavam 10.674 equipes em 3.109 municípios. Até junho de 2001, o País contava com 11.256 equipes em 3.230 municípios, que corresponde a 58% do total, beneficiando mais de 38 milhões de pessoas. A

meta para 2002 é se dispor de 20 mil equipes de saúde da família, suficientes para cobrir mais de 50% da população brasileira.

Paralelamente ao fomento à expansão do PSF, o Ministério da Saúde vem intensificando o trabalho junto aos estados visando a mobilização dos municípios para a implementação do Programa nas comunidades remanescentes de quilombos, considerando que a sua implantação ocorre por adesão do gestor municipal e tendo em conta a necessidade da disponibilidade da equipe saúde da família e de agentes comunitários nas comunidades quilombolas.

Com esse objetivo, tem participado também das oficinas de planejamento, realizadas pela Fundação Cultural Palmares, destinadas a elaborar, em conjunto com as instituições parceiras e representantes das comunidades quilombolas, um Plano de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Remanescentes de Quilombos. Nas oficinas já realizadas, a proposta de encaminhamento foi, assim, a inclusão da população quilombola na região de abrangência do Programa de Saúde da Família, mediante a ampliação do número de equipes ou a implantação do Programa nos municípios que ainda não contam com estas equipes. Até março de 2001, já se dispunha de equipes de saúde da família e ou agentes comunitários de saúde atuando em comunidades remanescentes dos estados do Amapá, Bahia, Goiás, Sergipe, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Pernambuco.

No âmbito ainda dessas comunidades, O Ministério apoiou financeiramente projeto de pesquisa clínica sobre a anemia falciforme, em comunidades remanescentes de quilombos nos estados da Bahia e Sergipe, em parceria com a Universidade de Brasília e a Fundação Cultural Palmares, e implantou, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, de sistemas simplificados de água na Comunidade Kalunga no Estado de Goiás.

Anemia Falciforme

Em agosto de 1996, grupo de trabalho criado por Portaria do Ministério da Saúde concluiu a elaboração do Programa de Anemia Falciforme – PAF –, cujos componentes são a busca ativa de casos, o conhecimento da real extensão da doença, a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, o cadastramento de doentes, o desenvolvimento de ações educativas, o treinamento de recursos humanos, a pesquisa, a bioética e a configuração de centros referência.

A doença falciforme constitui um dos alvos do Grupo de Trabalho sobre Hemoglobinopatias – ou anemias hereditárias –, que funciona junto à Gerência Geral de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Estima-se que surge um caso de doença falciforme a cada 1.500 nascimentos, o que representa mais de 200 casos novos por ano.

Coordenado pela Anvisa, esse Grupo – criado em 10 de maio de 1996 pela Portaria MS N° 951 – é composto por professores universitários médicos que participam da assistência, ensino e pesquisas sobre doença falciforme. Cabe a esse Grupo de Trabalho discutir questões relevantes sobre a doença e propor políticas públicas voltadas ao tratamento e prevenção, entre as quais destacam-se:

- o cadastro de instituições, cuja atualização está em curso, por meio de consulta aos 33 Hemocentros responsáveis pelo atendimento especializado aos pacientes, assim como a inclusão de novos centros que promovam o atendimento multidisciplinar;
- o manual de instruções aos pacientes e aos professores das crianças portadoras da doença, disponível às instituições e que está sendo colocado na *home-page* da Agência (Gerência Geral de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos);

- o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes, em fase final de revisão e publicação, que servirá de apoio aos médicos que atuam na atenção básica e especializada de saúde, além dos outros profissionais;
- o fornecimento dos medicamentos básicos à prevenção de complicações – penicilina e ácido fólico –, o que está sendo enfatizado com o advento da triagem neonatal. A penicilina já integra o elenco dos medicamentos básicos que deve ser adquirido e distribuído aos usuários do SUS por intermédio da Incentivo à Assistência farmacêutica Básica, representado por um montante de recursos financeiros, calculado por hab/ano, que é repassado pelo Ministério da Saúde e ao qual devem ser acrescidas contrapartidas estadual e municipal, garantindo-se, assim, o acesso da população aos medicamentos básicos;
- a triagem neonatal em todo o País, instituída pela Portaria MS Nº 822, de 6 de junho de 2001, e que era realizada por algumas instituições pioneiras desde em 1997.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal, instituído pela referida Portaria, tem por objetivo desenvolver ações de triagem em fase pré-sintomática, de acompanhamento e de tratamento das doenças congênitas definidas pelo Programa, em todos os nascidos vivos. Nesse sentido, o Programa promoverá o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como a organização e regulação do conjunto dessas ações de saúde. A doença falciforme e outras hemoglobinopatias estão incluídas na segunda fase do Programa, que se inicia em setembro próximo.

A Portaria que instituiu o Programa defini as competências e atribuições dos três níveis de gestão do SUS – federal, estadual e municipal –, bem como as normas para o funcionamento o cadastramento de

postos de coleta e de serviços de referência em triagem neonatal, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas.

Controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus

Em fevereiro de 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus – Portaria Nº 235 –, cujas estimativas apontam uma prevalência no Brasil de, respectivamente, 22% e 8%, nos indivíduos acima de 40 anos de idade. Decorrente dessa Portaria, foi instituído o comitê técnico com a finalidade de assessorar na elaboração e no monitoramento do Plano de Reorganização de Atenção para o controle desses agravos. As diretrizes estabelecidas são:

- vinculação dos usuários do SUS portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus a unidades básicas de saúde;
- fomento à reorganização dos serviços de atenção especializada e hospitalar para o atendimento dos casos que demandarem assistência de maior complexidade;
- aperfeiçoamento do sistema de programação, aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a garantia da resolubilidade da atenção aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus;
- intensificação e articulação das iniciativas existentes, no campo da promoção da saúde, de modo a contribuir na adoção de estilos de vida saudáveis;
- promoção de ações de redução e controle de fatores de risco relacionados à hipertensão e à diabetes; e
- definição de elenco mínimo de informações sobre a

ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação em saúde disponíveis no País.

Além das diretrizes, a referida Portaria 235 determinou o desencadeamento da Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes Mellitus, que foi realizada no período de 6 de março a 7 de abril, cujo público alvo foram as pessoas com idade igual ou superior a 40 anos. Ao lado da detecção de novos casos, tal iniciativa favorece a estruturação da rede básica e a capacitação de recursos humanos num espaço curto de tempo para o atendimento de casos suspeitos.

Essa Campanha – que contou com investimentos superiores a R\$ 40 milhões e teve como meta testar 31,2 milhões de pessoas – foi o primeiro *screening* no mundo para detecção de suspeitos da doença efetuado em nível nacional pelos serviços públicos de saúde. Outros países já realizaram esse tipo de *screening*, porém em amostras previamente selecionadas.

Está prevista para o próximo mês de novembro, a Campanha Nacional para Detecção de Casos Suspeitos de Hipertensão e Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis que, também, abrangerá a população com 40 ou mais anos de vida.

Declaração de nascidos vivos e declaração de óbitos

Uma outra medida relevante adotada pelo Ministério da Saúde foi a inclusão, a partir de 1997, do quesito raça/cor – amarela, branca, indígena, parda e preta – na Declaração de Nascidos Vivos e na Declaração de Óbitos, que são formulários oficiais, nacionalmente padronizados. Tal medida possibilita a elaboração de estatísticas e análises, permitindo, assim, a agilização na tomada de decisões quanto à execução de ações de saúde, sobretudo de caráter preventivo, voltadas a essa população.

Manual de doenças

Por intermédio de convênio celebrado com o Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, foi elaborado o Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afro-Descendente, que contém informações sobre a etiologia, quadro clínico, diagnóstico, terapêutica, diagnóstico e prognóstico das patologias nele abordadas. Esse Manual está disponível via Internet.

Além das características de ordem genética, a frequência, distribuição e causas das doenças mais incidentes na população brasileira afro-descendente são influenciadas por fatores socioeconômicos, incluindo o regime de escravatura vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social de grande parcela dessa população. Segundo evidências científicas bem consolidadas, a deficiência de glicose-6 fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e a diabetes mellitus são mais frequentes na população negra brasileira em decorrência de fatores étnicos. Algumas outras, como a síndrome leucopênica e o fibromioma uterino ainda requerem investigação complementar.

Conferência Mundial

Além das medidas específicas, o Ministério da Saúde apoiou a Fundação Cultural Palmares na realização da Pré-Conferência de Cultura e Saúde da População Negra, que ocorreu em Brasília, no período de 13 a 15 de setembro de 2000, e que teve a participação de especialistas, secretários municipais e estaduais de saúde, representantes de organizações não governamentais, instituições de ensino, conselhos profissionais e quilombolas.

Esse evento configurou-se como parte do processo de construção da Conferência Nacional Contra o

Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, etapa preparatória da participação do Brasil na III Conferência Mundial Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e outras formas de intolerância.

Cabe assinalar ainda a realização de mesa sobre Saúde da População Negra na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 1996 e a participação marcante do movimento negro na XI Conferência Nacional de Saúde – em 2000 –, em que foram aprovadas várias propostas de ação.

Ministry of Health of Brazil

Black Population Health:

Constructing universal
and equal policies in Brazil

The Brazilian Black Population

In 1999, black and drab people have represented 45.3% of brazilian population, which corresponds to 5.4% and 39.9%, respectively. The black population is ranked in second place, only being outranked by Nigeria. In this population, it includes the remaining quilombos – descendents of slaves, known for their resistance against monarchy and slavery, which prevailed until the 19th century. These remaining quilombos were part of many communities in different brazilian states. The Federal Constitution grants ownership of lands for these communities, whose competence is attributed on the Palmares Cultural Foundation. The remaining quilombos communities has already entitled they are present in 11 states understanding a population of 744, 656 inhabitants, as well as distributed in 20 communities.

Considering its genetic characteristic, the brazilian black population presents a peculiarity due to the individual crossing races of ethnic diversity from distinct sub-Saharan regions in Africa. On the other hand, there was an intense individual crossing races with white population – portuguese origin – as well as in a smaller scale with native indians.

Policies in order to promote improvement of Black Population Rights

The advocacy of human rights, particularly minorities victims of segregation and discrimination is part of a strategic action of the Brazilian Government. Authorized by Presidential Decree dated November 20th, 1995, it was created in Brazil, a Inter-ministerial Work Group (IWG). Headed by Ministry of Justice, this work group is composed by representatives from the civil rights societies belonging to black population movement, Secretariat of Social Communication and eight other ministries, including the Ministry of Health. This group was handed a task in order to improve black population rights. Considering a wide issues governing variety of the black population situation in the country, the work of IWG was divided in 16 sub-groups.

The health sub-group hold in April, 1996, as a preliminary phase, a discussion forum concerning black population, in order to bring a scientific foundation to initiate the work. The results of this event were consolidated into a final report, which five thousand issues were printed and widely distributed among governmental and non-governmental bodies, leaders of black movements, scholars and specialists.

The participants of the event – scientists, civil rights activists, doctors and officers of the Ministry of Health, concluded that the actions of greater impact over afro-brazilian health population were those which granted better social and healthy conditions of these poor population. It meant reducing diseases as well as conditions linked to it, such as, malnutrition, alcoholism, septic abortions and drug addiction and promoting access to health service. The only disease that is genuinely linked to black population, and deserves special attention is sickle-cell anemia.

Promotion in order to enhance access to health actions and services

The Brazilian Ministry of Health as national administrator of the Sistema Único de Saúde - SUS* is responsible for promoting conditions which grant entire population the access to health services – with equality, with quality in humane form. One of the priorities is to guarantee that primary health care have effect, being capable to provide access to the other complexity levels on the health system.

Therefore, the Family Health Programme - FHP as a strategy of the Ministry of Health to re-organize the assisting model focused to the Primary Care Level. A Family Health Unit consists: Works as a gatekeeper to the regional health system; has a definite territory with a population under its responsibility; has a basic team composed 1 (one) doctor, a nurse, an assistant nurse and five communities health agents. In 2001, was insert a dentist in this team. Other professionals can be incorporated to the team according to availability and needs of each municipalities or region; works towards a family and its social environment centered approach; promotes commitment and co-responsibilities among health professionals; interferes on the risk factors which communities are exposed; provides integral care, continuous and high quality care to people in their homes and health care systems; stimulates community organization and mobilization to the effective practice of social control; puts into practice health education and health promotion activities; Communities Health Agents team workers are taken as a transitory strategy to link health services and population. It has been achieved until it is possible to implant the Health Family Team (HFT).

The accelerated expansion of this Programme, besides opening the quality health services access to some population groups historically excluded from social development, has contributed to enhance and

consolidate the effectiveness of the SUS. In 1999, there were 4,945 family health teams, working in 1,870 municipalities. In 2000, this sum increased to 10,674 teams in 3,109 municipalities. Until June, 2001, the country summed up 11.256 teams in 3,230 municipalities, which corresponds to 58% of total municipalities, where more than 38 million people benefit from the Family Health Programme.

Parallel to stimulation of FHP expansion, the Ministry of Health is working with states towards mobilizing municipalities in order to implement the Programme in the remaining quilombo communities, considering that the implementation depends on the municipal administrator acceptance as well as the availability of the family health teams and communities agents in the quilombo population.

Due to this scope, the Ministry of Health has participated in a planning workshop, accomplished by the Palmares Cultural Foundation, which was created to elaborate a Sustainable Development Plan for the Remaining Quilombo Communities along with partner institutions and quilombo representatives communities. In the previous workshops, the proposal was to include the quilombo population at the coverage region of the Family Health Programme. It would be done, by increasing number teams or to implement the Programme where it doesn't exist.

Until March, 2001 the remaining quilombo communities on the states of Amapá, Bahia, Goiás, Sergipe, São Paulo, Mato Grosso do Sul and Pernambuco, will already have family health teams or communities health agents working in their municipalities.

In these communities, the Ministry financially supported clinical research project on sickle-cell disease in the remaining communities of quilombos in the Bahia and Sergipe state, in partnership with the University of Brasília and Palmares Cultural

Foundation. In the Kalunga community, in the state of Goiás, it was implemented a simplified water systems through the Fundação Nacional de Saúde.

Sickle-cell anemia

In August 1996, a work group created by an internal regulation of the Brazilian Ministry of Health, have concluded elaboration of the Sickle-Cell Anemia Programme, whose components are the search for active cases, the real extent knowledge of sickness, increase the access to diagnosis and treatment, patients registration, educational actions development, human resources training, research, bio-ethics and organization of the reference centers.

The sickle-cell disease consists one of targets group which works closely with the Blood General Management, Organs and other tissues of the National Sanitary Surveillance Agency (entitled in Brazil as ANVISA), under the Ministry of Health. Estimates indicate that there is one new case for every 1,500 births, which represents more than 200 new cases every year.

Coordinated by ANVISA, this Group, which was created on the May 10th, 1996 the internal rule regulation by Ministry of Health, Nº. 951, have composed by university medical professors, who participate in the assistance, teaching and researching about the sickle-cell disease. Its role to discuss relevant issues about disease and propose public policies towards the treatment and prevention, besides others are:

- A institutions registration, which is being concluded, through a consulting process to the 33 Hemo-centers.
- A instruction manual for patients and teachers of children who have sickle-cell anemia, have found on participating institutions and have being put in

the ANVISA's home-page (Blood General Management, Organs and other tissues)

- Diagnosis and treatment manual for sickle-cell anemia, on this final revision and publication stage. It will help to support doctors who work on basic and specialized care, besides other professionals.
- Provide basic medication for preventing sickle-cell anemia complications, such as penicillin and folic acid, which is now being emphasized along with coming of the neonatal triage. Penicillin is already part of the basic medication portfolio that is being purchased and distributed to the SUS users through the Pharmacy Assistance Programme. This assistance is a sum of financial resources, that is calculated by per capita/year, which is transferred by the Ministry of Health and should be added with state and municipal share, therefore, it will guarantee access to medication basic population.
- Neonatal triage on the whole country was created by the Internal rule regulation of Ministry of Health nº. 822 June, 6th, which was already done by some pioneer institutions, since 1997.

The National Neonatal Triage Programme, created by the above rule regulation had objective to develop triage procedures during the pre-symptom phase, monitoring and treatment of congenital diseases established by the Programme, in every newborns. In this sense, the Programme will promote the access, the quality increment and the actual capacity of specialized laboratories and customer services, along with the rule regulation as well as organization of these health actions. Sickle-cell anemia and hemoglobin pathology are included in the second phase of the Programme, which will be starting in September of next year.

The internal rule regulation, which created the Programme defines authority and attributions of the

federal, state and municipal levels of SUS management and rules for functioning of log collection centers and reference service for neonatal triage, monitoring and treatment of congenital disease.

The Diabetes Mellitus and Hypertension Control

In February, 2001, the Ministry of Health established directives in order to reorganize the health care to the population segment that are exposed as well as diabetes mellitus carriers and hypertension (Internal Rule Regulation nº. 235). Estimates points that in 22% and 8%, respectively, prevails for individual above 40 years. Due to this instructive law, a technical committee was installed in order to assist on the elaboration and monitoring of control reorganization of these sickness. The directives established are:

- Users Link of SUS which are hypertension and diabetes mellitus carriers to a primary health care unit.
- To foment the reorganization of specialized health care units and hospital care service seeking to attend cases which demand a more complex medical assistance.
- Improvement of the programming systems, distribution and strategic resources purchasing in order to guarantee good results during the hypertension and diabetes mellitus cares.
- To intensify as well as to articulate existing health promotion initiatives, in order to contribute to adopt healthy lifestyles.
- Promote actions to reduce and control risk factors related to hypertension and diabetes; and
- To define a minimum information about how these grievances occur in conformity to information system in the country.

Besides these guidelines, referred Internal Rule Regulation determined the start of the National Campaign for the Detection of Suspect Cases of Diabetes Mellitus, which was accomplished during the period of 6th March to 7th April, targeting people with 40 or more years. On the side of new cases detection, this initiative in favor the structuring of a basic network and human resources training on a small amount time to attend suspect cases.

This campaign, had an investment of more than 40 million reais and had as a goal to test 31.2 million people. It was the first screening in the world to detect suspects with the disease, done at national level through public health service. Others countries had already done such screening, although target were predetermined.

It is awaited for the month of November, the National Campaign for the Suspect Cases Detection of Hypertension and the Healthy Lifestyles Promotion, targeting a population of 40 or more years.

Newborns and Death Declarations

Another relevant measure adopted by the Ministry of Health was a inclusion, since 1997, concerning of the question on race/color – yellow, white, indian, drab and black – on the Newborns and Death Declarations, which are official documents to meet national standards. This procedure helps to elaborate statistics and analysis which will streamline a decision-making process to carry out preventive health actions towards this population.

Diseases Handbook

Through an agreement, with the Department of Public Health of Health Sciences College of the University of Brasilia, was elaborated most important Disease Handbook due to ethnic reasons on the Afro-

descendant population. It contains information about ethnology, clinical status, diagnosis, therapy, diagnosis and prognosis of the pathologies. This handbook is available through the internet.

Besides these characteristics of genetic order, the frequency, distribution and causes of higher incidents diseases on the brazilian afro-descendant population are influenced by socio-economical factors. This includes the slavery lived until the end of the 19th century and afterwards the social exclusion of the bigger share of this population. According to scientific evidence well consolidated, the deficiency of glicose-6 dehydrogenase phosphate a hypertensive disease pregnancy and diabetes mellitus are more frequent on the black brazilian population due to ethnic factors. Some others, such as, leucopenic syndrome and uterine fibrous tumor still needs to be investigated.

World Conference

Besides the specific measures, the Ministry of Health has been supporting the Palmares Cultural Foundation on Pre-Conference on Culture and Health accomplishment of black population, which occurred in Brasilia, from the 13th to the 15th, September, 2000. The participants of conference were specialists, state and municipal health secretaries, representatives from non-governmental organizations, higher education institutions, professional councils and quilombos.

This event turn out to become part of the process for constructing the National Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia, which were a preparatory phase to the Brazil participation on the 3rd World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and other intolerance ways.

It is quite important to emphasize a panel accomplishment concerning Black Population Health at 10th National Conference on Health, held in

November, 1996, as well as the outstanding participation of black population movement at the 11th National Conference on Health, held in 2000, where many proposals of actions were approved.