

COR OU RAÇA/ETNIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PERGUNTAR NÃO OFENDE

Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia?

RESPONDER AJUDA A PREVENIR

PERGUNTAR NÃO OFENDE *Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia?* RESPONDER AJUDA A PREVENIR

Organizadoras: Jussara Dias, Márcia R. Giovanetti,
Naila J. Seabra Santos

PERGUNTAR NÃO OFENDE
Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia?
RESPONDER AJUDA A PREVENIR

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Programa Estadual DST/Aids-SP
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP

São Paulo, 2009

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Luiz Roberto Barradas Barata - Secretário Estadual de Saúde

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Clélia Maria S.S. Aranda – Coordenadora

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE DST/ AIDS CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS

Maria Clara Gianna – Coordenadora

Artur O. Kalichman – Coordenador Adjunto

Elvira M. Ventura Filipe – Gerente da Divisão de Prevenção

Caio P. Westin – Diretor do Núcleo de Populações Vulneráveis

CRÉDITOS

Coordenação Editorial: Jussara Dias, Márcia R. Giovanetti,
Naila Janilde Seabra Santos

Redação: Jussara Dias – Instituto AMMA Psique e Negritude

Colaboração: Naila Janilde Seabra Santos – Divisão de Prevenção – PE- DST/
AIDS – SES-SP, Márcia R. Giovanetti – Divisão de Prevenção - PE- DST/AIDS –
SES-SP, Ana Teresa Rodriguez Viso – Divisão de Assistência - PE- DST/AIDS – SES-SP

Projeto Gráfico e Diagramação: GB8 Design e Editoração Ltda.

Revisão: Janete Tir

Realização: Núcleo de Populações mais Vulneráveis da Gerência de Prevenção

Contato: e-mail: vulneraveis@crt.saude.sp.gov.br, site:www.crt.saude.sp.gov.br

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Brasil, Centro de Referência e Treinamento DST/aids

Perguntar não ofende
Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia?
Responder Ajuda a prevenir

Série: Prevenção às DST/aids

ISBN 978-85-99792-10-0

1. Raça/Etnia 2. HIV/aids 3. Informação em saúde 4. Discriminação

SUMÁRIO

Apresentação

07

Capítulos

I) Por que Coletar o Quesito Cor ou Raça/Etnia na Saúde?

10

II) A Trajetória do Centro de Referência e Treinamento na
Implantação do Quesito Cor ou Raça/Etnia nos Serviços

de DST-AIDS no Estado de São Paulo

19

III) Como e Para que Coletar o Quesito Cor ou Raça/Etnia na Saúde?

25

IV) Como Implementar o Quesito Cor ou Raça/Etnia no Sistema
de Informação dos Serviços de Saúde?

34

Anexos

51

APRESENTAÇÃO

Esta publicação relata a experiência inovadora de inclusão do quesito cor no sistema de informação que o Programa Estadual de DST HIV/Aids implantou no Estado de São Paulo.

A partir deste projeto – “Implementação da coleta do quesito cor/raça/etnia” –, a SES-SP começou a discutir com os gestores do SUS-SP a necessidade de encetar medidas e práticas de inclusão social e de resgate da cidadania para a população negra, bem como a apresentar aos profissionais de saúde a discussão do impacto das desigualdades raciais na saúde.

Além de dar visibilidade ao tema vulnerabilidade da população negra ao HIV/Aids, o projeto também desenvolveu uma metodologia para formar os profissionais na coleta do quesito cor.

O desenvolvimento do projeto originou, em decorrência de várias demandas específicas, uma rede de profissionais de saúde dos municípios e DRS levando à criação do Grupo de Trabalho “Aids e População Negra” no Comitê Técnico Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

O projeto também provocou o Ministério da Saúde a criar o Programa Estratégico de Ações Afirmativas, reconhecendo a vulnerabilidade da população negra e indígena às DSTs/HIV/Aids, e a implantar planos de ação de combate ao racismo e à discriminação.

Essa experiência apresenta-se, portanto, como uma referência na disseminação de boas práticas de superação do racismo, contribui para o aprimoramento dos sistemas de informação, pauta o tema vulnerabilidade da população negra às DSTs/HIV/Aids e amplia o acesso de grupos vulneráveis aos serviços, aos insumos e à informação em HIV/Aids.

Mais que desejar uma boa leitura, espera-se que a publicação dessa experiência exitosa possa subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde e gestores no âmbito do SUS.

Luis Eduardo Batista

Doutor em Sociologia,

Pesquisador do Instituto de Saúde e Coordenador
da Área Técnica Saúde da População Negra/GTAE - SES

APRESENTAÇÃO

A escassez de informações epidemiológicas abordando a cor ou raça é um fato conhecido e que dificulta a criação de políticas públicas voltadas para a promoção da equidade e diminuição do preconceito relacionado a questões de raça e etnia. Neste sentido, o Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, por meio de sua Divisão de Prevenção, firmou, em 2004, parceria com o Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade (CE-ERT) para executar um projeto visando à implantação/implementação do quesito cor raça/etnia nos formulários utilizados nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. A continuidade deste trabalho fez-se, em 2006, com a parceria das profissionais do Instituto AMMA Psique e Negritude, sendo incorporado, posteriormente, à rotina da Divisão de Prevenção.

Cientes da importância fundamental da sensibilização/capacitação dos profissionais da rede de serviços de saúde para a implantação deste quesito, o Programa Estadual DST/Aids do ESP elaborou esta publicação que coloca em pauta a discussão sobre a temática da cor, raça/etnia, preconceito e discriminação.

Temos certeza de que as informações contidas neste livro irão embasar essa discussão em várias esferas governamentais e não-governamentais. É nosso papel, a partir da sensibilização e entendimento das complexas relações que envolvem a questão étnico-racial e saúde, propor e implementar políticas públicas que promovam a equidade racial e étnica, levando os serviços de saúde a realizar um atendimento mais adequado e que considere as particularidades dos diversos segmentos da população, particularmente das populações negras e indígenas.

Dra. Maria Clara Gianna
Coordenadora do PE - DST/Aids

Dr. Artur O. Kalichman
Coordenador Adjunto do PE - DST/Aids

I) Por que Coletar o Quesito Cor ou Raça/Etnia na Saúde?

Desde o final da década de 80¹, a coleta do quesito cor é questionada por diferentes atores da área da saúde. Ainda hoje, são infindáveis os “por quê?” e os “para quê?” a ponto de nos colocarmos também uma questão: *Qual é a razão de resistirmos tanto à coleta e à utilização do quesito cor?*

Preconceito?

Racismo?

Por essa via, a princípio, parece que nos distanciamos da resposta, pois muitos profissionais, assim como grande parcela da sociedade, negam categoricamente ter preconceitos ou ser racistas. Ademais, os profissionais, em geral, quando convidados a refletir sobre a questão étnico-racial, argumentam que todos(as) usuários(as) que procuram os serviços são atendidos(as) igualmente, seja qual for a sua cor/raça ou etnia.

Mas é exatamente este caminho que convidamos o(a) leitor(a) a percorrer na busca de resposta a nossa questão. Inicialmente, pensemos na hipótese de que não há racismo e nem preconceitos nos serviços de saúde e, a seguir, analisemos o impacto do tratamento igualitário dado a todos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, nosso primeiro exercício será buscar alguns dados disponíveis sobre a realidade dos grupos populacionais brasileiros.

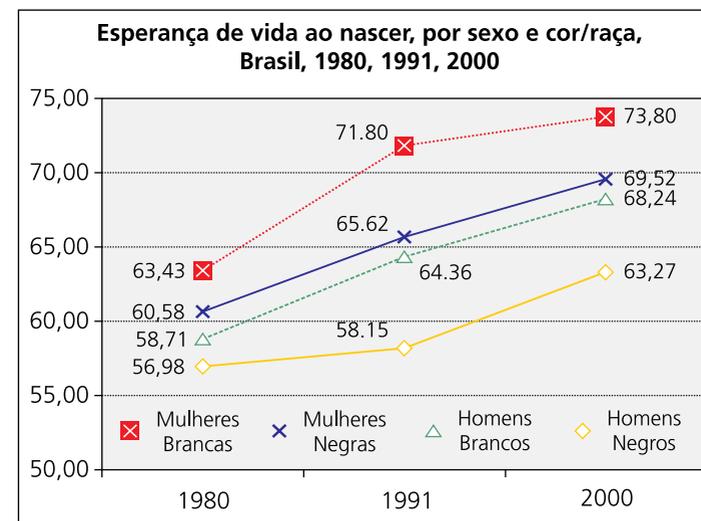
O censo demográfico de 2000 revelou que, de acordo com as categorias do IBGE para o quesito cor ou raça/etnia², 54% dos brasileiros se autodeclararam brancos, 45% negros e 0,4% como indígenas e amarelos. A partir de dados do Atlas Racial Brasileiro³ poderemos, a seguir, visualizar a situação dos dois maiores grupos étnico-raciais da sociedade brasileira: brancos e negros, sendo estes últimos a soma dos indivíduos que se declararam pretos e pardos.

¹ A Prefeitura de São Paulo, pela primeira vez, em 1990, implantou o Quesito Cor no Sistema de Informação de Saúde, por meio da Portaria 696/90. Em 1996, foi introduzido no SIM e SINASC (sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos). E, em 2000, foi incluído no SINAN (sistema nacional de agravos notificáveis).

² Branca, Preta, Parda, Amarela, Indígena.

³ O Atlas Racial Brasileiro trabalha com dados dos censos de 1980, 1991 e 2000. PNUD/Cedeplar/UFMG, 2004

Em 2000, os homens brancos tinham uma expectativa de vida de 68,24 anos e os homens negros de 63,27; as mulheres brancas 73,8 anos e as mulheres negras 69,5.



Fonte: IBGE; Censos de 1980, 1991 e 2000

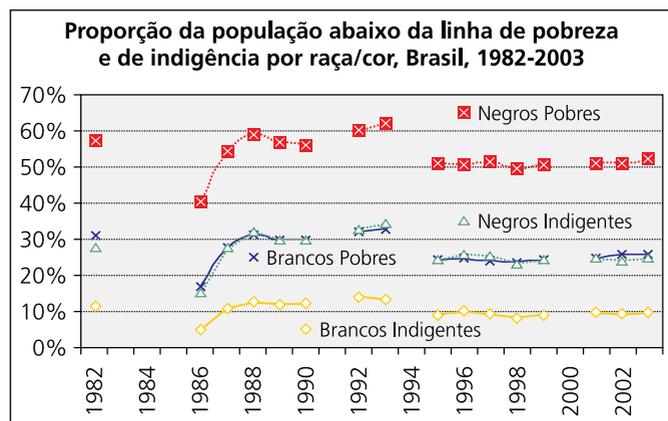
Apesar da queda da mortalidade infantil nos últimos anos, em 2000 a taxa de mortalidade das crianças filhas de mulheres negras ainda era 66% maior do que a das crianças filhas de mulheres brancas.

Quanto à saúde reprodutiva, em 1996, 51,9% das brancas e 68,6% das negras tiveram parto vaginal, e 47,5% das brancas e 29,9% das negras tiveram parto cesáreo. A prevalência de laqueadura (método contraceptivo irreversível) é maior entre negras, enquanto há mais usuárias de pílula entre as mulheres brancas do que entre as negras.

Em 2000, a participação relativa da fecundidade na adolescência das negras (17,1%) ultrapassava a das brancas (15,6%).

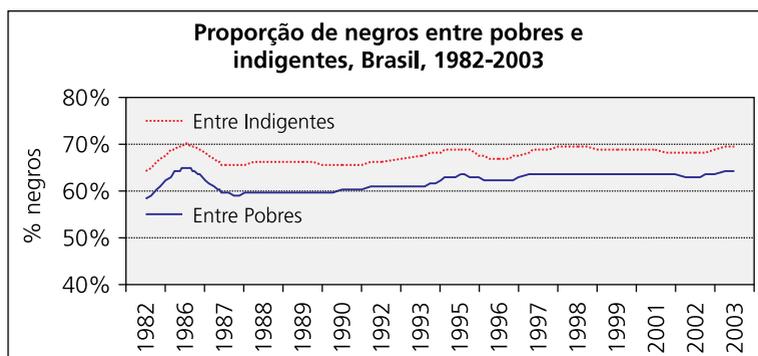
Para o mesmo período, o percentual de negros que nunca foram ao dentista era 24% e de brancos 14%. Outro dado refere-se à assistência médica privada, o percentual de brancos que teve acesso a essa rede era 2,22 vezes maior do que o de negros.

No que se refere à situação econômica, desde 1995 não houve indícios de melhoria para brancos nem para negros que se encontram abaixo das linhas de pobreza e indigência. Entretanto, a proporção de brancos abaixo da linha de pobreza, no total da população branca, era 25% e 10% abaixo da linha de indigência. Nas mesmas proporções os negros eram 50% e 25%, respectivamente.



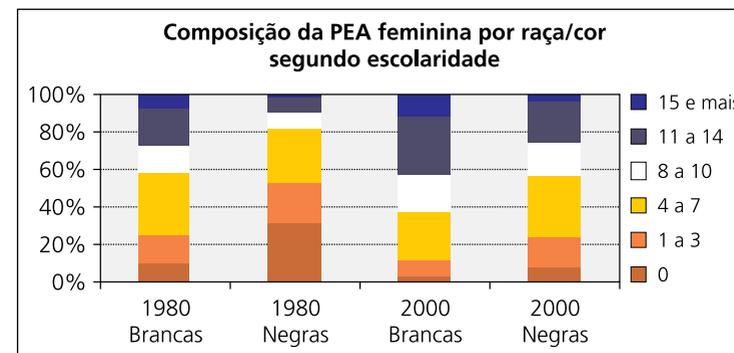
Fonte: Atlas Racial Brasileiro – 2005

No gráfico abaixo podemos observar que os negros são maioria entre os pobres e os indigentes.



Fonte: Atlas Racial Brasileiro – 2005

Em 2000, a taxa de analfabetismo, entre a população de 15 anos e mais, para negros era 18,2% e para brancos 7,7%. A proporção de mulheres negras economicamente ativas com ensino superior era 3,06% e de mulheres brancas era 11,42%.



Fonte: Atlas Racial Brasileiro – 2005

O quadro abaixo, retirado do estudo do professor Marcelo Paixão sobre Indicadores de Desenvolvimento Humano⁴, complementa os dados anteriormente apresentados.

Alguns Indicadores sociais do Brasil, segundo raça/cor, 2003	BRANCOS	NEGROS
Composição na população total	54%	45,3%
Proporção de pobres	22%	45%
Proporção de indigentes	7,8%	19,5%
Rendimento médio do trabalho	R\$ 697	R\$ 341
Taxa de desemprego	8,2%	10,3%
Analfabetismo de maiores de 15 anos	7,5%	17,2%

⁴ BIS – Boletim do Instituto de Saúde, n° 31. São Paulo. Dezembro, 2003.

Alguns Indicadores sociais do Brasil, segundo raça/cor, 2003	BRANCOS	NEGROS
Escolaridade média	7 anos	4,9 anos
Crianças em atraso escolar	9,6%	22,3%
Lares com serviço de esgoto adequado	76,5%	55,5%
Lares com água encanada	87,7%	62,7%
Esperança de vida (válido para ano 2000)	71,1	69,1
Índice de Desenvolvimento Humano IDH (válido para 2001)	0,820	0,712
Posição do IDH entre os 175 países	46 ^a	107 ^a
Equivalente ao IDH do: Kuwait El Salvador e China	Kuwait	El Salvador e China

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – Brasil, 2002.
www.observatorioafrobrasileiro.org

Um estudo realizado em 2000, no CRT (PE DST-HIV/AIDS), no CAIDS (HC/FMUSP) e no CRAIDS (PM DST-HIV/AIDS, Santos), revelou que as mulheres negras apresentavam as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e rendimento familiar. Com maior frequência, elas apareciam como as principais responsáveis pelo orçamento familiar e cuidavam de uma quantidade maior de pessoas. A maioria teve seu diagnóstico realizado em virtude do próprio adoecimento, adoecimento ou morte do parceiro ou do filho. O direito ao aconselhamento no pré e no pós-teste era violado com mais frequência para mulheres negras quando comparado às não negras e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, tiveram menos chances de receber informações corretas e adequadas sobre os exames de CD4 e carga viral, sobre redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre uso de antirretrovirais para o recém-nascido.

Uma sociedade não discriminatória e não excludente, isenta de racismo e preconceitos, seguramente não geraria desigualdades entre indivíduos e grupos. Os dados que acabamos de ver apontam diferenças significativas entre brancos(as) e negros(as) no que se refere a condições de vida e acesso a serviços.

Assim, torna-se inviável a comprovação de nossa hipótese inicial de que não há racismo nem preconceitos nos serviços de saúde. E, se considerarmos a saúde como um conjunto de condições integrais e coletivas de existência influenciadas pelas condições culturais, políticas e socioeconômicas (Valongueiro e Campineiro, 2002), nos depararemos com um quadro grave, pois essas desigualdades afetarão a saúde física, mental e psicológica de pessoas e grupos sociais.

Racismo é um conjunto de crenças e valores alimentado pela tradição e pela cultura que atribui características negativas a determinados padrões de diversidade e significados sociais negativos aos grupos que os detêm. Os significados sociais negativos atribuídos a estas características são utilizados para justificar o tratamento desigual.⁵

Passemos ao nosso segundo exercício, analisar o impacto do tratamento igualitário dedicado a todos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal, um tratamento igualitário, sem distinção de cor ou raça/etnia, idade, sexo, orientação sexual, escolaridade, condição social etc., seria a melhor conduta?

Se refletirmos à luz dos princípios do SUS – *universalidade do acesso, integralidade dos cuidados, equidade* –, constatamos que os serviços deveriam ser oferecidos de forma justa, de acordo com a demanda e levando-se em conta o indivíduo, a coletividade e o meio. Ou seja, a complexidade do problema de cada usuário(a) deveria sempre determinar o tipo de atendimento⁶, e “garantir igualdade na concessão de benefícios e serviços a cada um segundo suas necessidades, considerando que essas podem ser, e geralmente são, diferentes. Trata-se, pois, de ‘tratar diferentemente os desiguais’, sem que isso reverta em privilégios ou discriminação”⁷.

Esta reflexão nos coloca diante de um cenário delicado que, por um lado, aponta a existência do racismo e da discriminação e, por outro, explicita a ineficácia do atendimento igualitário quando este não corresponde às reais necessidades dos(as) usuários(as).

⁵ Goulart. F.A. e Tannús, L. Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde. DFID – Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. Brasília, 2007.

⁶ Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

⁷ Goulart. F.A. e Tannús, L. Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde. DFID – Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. Brasília, 2007.

“... existem pessoas, famílias e grupos que (...) exigem uma atenção especial para que possam ser promovidos e colocados no mesmo patamar de igualdade de oportunidades”.

■ **Racismo Institucional** é o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas em razão de sua cor, cultura, ou origem étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.⁸

E, por fim, por que coletar o quesito cor ou raça/etnia?

Porque essa variável torna os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais.

Por que mais?

Porque:

- O Plano Nacional de Saúde estabelece como diretriz a “inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços, e determina a utilização da raça/cor como categoria analítica dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais”.
- A 12ª Conferência Nacional de Saúde traz uma diretriz relacionada à Informação e Informática: “Divulgar informações e implantar banco de dados epidemiológicos e estatísticos socioeconômicos por etnia, tais como moradia, condições de vida e saúde, com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, utilizando o índice de desenvolvimento humano (IDH) desagregado por sexo e cor e os índices de exclusão social como parâmetros para monitorar as doenças prevalentes entre as populações negras e indígenas”.

Assim como a informação sobre sexo e idade, é importante na hora do diagnóstico, a identificação por cor ou raça/etnia é fundamental para a compreensão do processo de adoecimento e das causas de morte a que estão submetidos os grupos populacionais, pois eles são acometidos diferentemente pelas doenças.

Segundo dados do PNUD, podemos agrupar em categorias algumas doenças prevalentes na população negra:

- *geneticamente determinadas* (anemia falciforme);
- *adquiridas em condições desfavoráveis* (desnutrição, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, abortos sépticos, tuberculose);
- *de evolução agravada ou tratamento dificultado* (hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatia, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses).

Conhecendo a situação de saúde da população, pode-se estabelecer metas e estratégias para melhoria dos problemas de saúde.

Como, então, superar a resistência em relação à coleta e à utilização do **quesito cor ou raça/etnia**? Isso depende do reconhecimento da existência do racismo, da compreensão de como ele se manifesta e do compromisso em abordá-lo.

O reconhecimento do racismo é uma das etapas mais difíceis, pois a sociedade em geral nega a sua existência e tem uma visão equivocada acerca das diferenças existentes entre os grupos étnico-raciais. O racismo incide de múltiplas formas, em geral, de maneira implícita, por isso é preciso compreender e identificar os seus mecanismos de funcionamento. Ele se materializa por intermédio da discriminação, que é um fenômeno social intrínseco às relações, com símbolos e códigos utilizados para a perpetuação das desigualdades. Trata-se, então, de transformar os nossos próprios valores, crenças e concepções acerca dos diferentes grupos étnico-raciais.

⁸ Conceito utilizado pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional – PCRI / Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional – DFID.



II) A Trajetória do Centro de Referência e Treinamento na Implantação do Quesito Cor ou Raça/Etnia nos Serviços de DST-Aids no Estado de São Paulo.

Desde 1988, o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo (CRT DST/Aids-SP), sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids-SP (CE DST/Aids-SP), registra a informação cor/raça de seus usuários. Entretanto, é preciso dizer também que, durante um longo período: (i) o percentual de informação ignorada era elevado; (ii) o método utilizado na coleta era o de heteroclassificação, ou seja, o funcionário definia a cor/raça do usuário a partir de sua percepção; (iii) não havia um acúmulo de conhecimento sobre a importância da questão étnico-racial e a sua relação com a vulnerabilidade das DST/Aids.

Em 2001, a equipe da Divisão de Vigilância Epidemiológica do CRT-DST-AIDS dedicou uma edição do Boletim Epidemiológico¹ ao tema COR/RAÇA E AIDS. Foi um exercício que aqueceu a discussão sobre a importância da variável cor ou raça/etnia, especialmente por ocasião da inserção desta no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Fato que possibilitou, ainda, valorizar esta informação para a formulação de indicadores e adoção de políticas públicas de promoção da equidade em saúde.

Em 2002, a mesma equipe do CRT DST/Aids-SP organizou uma discussão interna sobre a mortalidade da população negra no Estado de São Paulo, com o objetivo de divulgar na instituição os dados referentes à mortalidade de negros(as) por Aids. O debate contou com a presença do sociólogo Luís Eduardo Batista, na ocasião, pesquisador do Instituto de Saúde e, atualmente, coordenador da Área Técnica de Saúde da População Negra do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Secretaria de Estado da Saúde, que apresentou resultados de pesquisa realizada durante seu doutorado sobre *Mulheres e Homens Negros: Saúde, Doença e Morte*². Segundo dados apresentados,

¹ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. C.R.T. - DST/AIDS - SP. C.V.E. · Ano XIX · Número 2 · Outubro 2001

² BATISTA, L. E. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. Araraquara, 2002. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista.

a taxa de mortalidade por HIV/Aids no Estado de São Paulo, em 1999, foi de 17,4 por 100.000 para os homens e 6,6 por 100.000 para mulheres. Ao avaliar a mortalidade por HIV/Aids, *segundo cor ou raça/etnia*, constatou-se que a taxa de mortalidade dos homens brancos foi de 14,44/100 mil e dos negros 25,92/100 mil. Entre as mulheres, foram encontradas taxas de 4,92 para as brancas e 11,39/100 mil para as mulheres negras.

Diante destas constatações, e aproveitando que um recadastramento dos usuários do CRT DST/Aids-SP seria realizado para atualização de endereço, decidiu-se investir na coleta, de maneira a ampliar o preenchimento do campo com a informação cor ou raça/etnia, e adotar o método da autoclassificação, ou seja, o próprio entrevistado define sua cor ou raça/etnia, método utilizado pelo IBGE. Este trabalho foi conduzido pela dra. Andréa Rafael Alves, da Gerência da Assistência do CRT DST/Aids-SP, com a consultoria da pesquisadora Fernanda Lopes, do Núcleo de Prevenção a Aids (NEPAIDS) do Instituto de Psicologia da USP, que, naquele momento, finalizava sua pesquisa de doutorado sobre *Mulheres Negras e Não Negras vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo*³, o que contribuiu de maneira ímpar neste trabalho.

Nas análises preliminares dos resultados desse recadastramento, um dado interessante foi o surgimento de um contingente de 22 pessoas auto-declaradas indígenas, sendo que 20 destas haviam sido anteriormente cadastradas como “brancas” e apenas 1 como indígena, perfazendo 0,86% do total de 2.547 pacientes já recadastrados.

Ainda em 2002, diante da necessidade de se conhecer e compreender melhor a vulnerabilidade das DST/Aids associada à questão étnico-racial foi constituído pela Divisão de Prevenção do CRT-DST/Aids, o GRUPO DE TRABALHO ETNIAS E VULNERABILIDADE, com a finalidade de integrar e ampliar os vários trabalhos que já vinham sendo desenvolvidos no âmbito da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids junto às comunidades negra e indígena.

EM 2003, o Boletim Epidemiológico⁴ do Programa Estadual DST/Aids-SP traz novamente o tema, desta vez, discutindo “Raça/Cor e Mortalidade” a partir de dados qualitativos e quantitativos de estudos realizados pelos doutores Fernanda Lopes e Luis Eduardo Batista. Nesta publicação, discorreu-se sobre a ausência das questões de cunho étnico-racial nas ações institucionais e seu impacto na vulnerabilidade da população negra, levando-a muitas vezes ao adoecimento e, inclusive, à morte.

Neste mesmo ano, o GRUPO DE TRABALHO ETNIAS E VULNERABILIDADE organizou o I Seminário Sexualidade e Espiritualidade, em parceria com várias entidades religiosas, objetivando o mapeamento de ações de prevenção realizadas por lideranças nos espaços dedicados às práticas religiosas. A partir deste evento, houve a criação do GRUPO DE TRABALHO RELIGIÕES, composto por representantes das religiões cristãs, grupos de matrizes-africanas, pentecostais, espíritas, entre outras, e representação dos ciganos dispostos a debater o tema ‘Aids e religião’ e organizar capacitações junto a entidades religiosas e serviços de DST/Aids.

Ainda em 2003, alguns dos integrantes do GRUPO DE TRABALHO ETNIAS E VULNERABILIDADE foram convidados a assumir funções relacionadas à política de saúde da população negra em diferentes instituições.

Assim, em **2004**, este trabalho foi reestruturado pela Divisão de Prevenção do CRT-DST/Aids, no GRUPO DE TRABALHO ETNIAS, composto por representantes de diversas áreas técnicas do CRT DST/Aids-SP (prevenção, vigilância epidemiológica, planejamento, assistência, apoio técnico e administração), com a atribuição de coordenar a execução do *Projeto Piloto Implantação do Quesito Cor ou Raça/Etnia nos Serviços de DST/Aids do Estado de São Paulo*, uma iniciativa por intermédio de uma parceria firmada com a Organização Não-Governamental Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade (CEERT), com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS).

Dentre as responsabilidades do GT ETNIAS as prioridades eram: **formação de multiplicadores** para implantação, monitoramento e avaliação da coleta do quesito cor e o **aprimoramento do sistema de informação em**

³ LOPES, F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. USP.

⁴ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. C.R.T. - DST/AIDS – SP. C.V.E. · Ano XXII · Número 1 · Outubro 2003

saúde dos serviços, visando à melhoria da qualidade dos dados e a possibilidade de análise dos mesmos.

Em diálogo com as então Direções Regionais de Saúde (DIR), definiu-se uma amostragem dos *Serviços de Assistência* às DST/Aids para participar do projeto. Além do CRT DST/Aids-SP, foram selecionados 24 serviços municipais de atendimento às DST/Aids (COAS/CTA, SAE, CR, AE)⁵, distribuídos em 20 municípios⁶ do Estado de São Paulo.

Na Fase I do projeto foram realizadas várias oficinas para a sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos, por meio de um processo que culminou com a elaboração de um Plano de Ação apontando as necessidades mais imediatas: *inclusão do quesito cor em todos os bancos de dados; implantação da coleta nos demais serviços; divulgação e explicação da coleta do quesito cor junto aos usuários; levantamento das populações quilombola e indígena, por região.*

Para a divulgação do projeto e seus objetivos junto à população foram produzidos folhetos e cartazes. Distribuído para os serviços de DST/Aids por meio das Direções Regionais de Saúde. Este material auxiliou os coletores no momento de abordar os usuários.

Finalizada a Fase I, a Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids-SP (CE) designou ao *Núcleo de Populações mais Vulneráveis da Gerência de Prevenção* a tarefa de consolidar a experiência.

Na Fase II da *Implantação do Quesito Cor ou Raça/Etnia nos Serviços de DST-Aids no Estado de São Paulo*, período que compreendeu 2005 a 2007, o Núcleo de Populações mais Vulneráveis incorporou 13 novos municípios⁷.

Em 2005, o Núcleo investiu fortemente para que os serviços pudessem adquirir as condições necessárias para análises sistemáticas com o recorte étnico-racial e para proposições de superação das iniquidades em relação à atenção da população negra.

Vale destacar que no fim de 2005 foi constituído o GRUPO DE TRABALHO POPULAÇÃO NEGRA E DST/HIV/Aids, vinculado ao Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo. Habilitado para “*definir estratégias de intervenção e prioridades de ações referentes à prevenção às DST/HIV/aids junto à população negra*”⁸, buscando assegurar o reconhecimento da vulnerabilidade a que está exposto esse segmento da sociedade brasileira.

Em 2006, o CRT-DST/Aids-SP estabeleceu parceria com o Instituto AMMA Psique e Negritude para o acompanhamento dos profissionais envolvidos na implantação da coleta do quesito cor, por se tratar de um processo dinâmico, com demandas permanentes de formação, reflexão, discussão e sensibilização para a incorporação de novos paradigmas de relações inter-raciais.

Nesta fase foi necessário envolver também secretários municipais de saúde, por meio de um Termo de Adesão explicitando o compromisso de participação efetiva dos profissionais indicados; coordenadores dos Programas Municipais de DST/Aids; interlocutores de DST/Aids e responsáveis pelo sistema de informação no âmbito local e regional (vigilância epidemiológica).

A incorporação de novos atores da área da saúde, ampliando as representações no projeto, a aprovação da *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN), pelo Conselho Nacional de Saúde, revigoraram o debate sobre a importância da coleta do quesito cor.

Em 2007, foi realizada uma avaliação conjunta da execução dos Planos de Ações elaborados em 2006, para identificar os avanços obtidos e as dificuldades ainda existentes e, assim, poder reprogramar as ações para 2008.

Em 2008, o GT Etnia dedicou-se à sistematização da experiência desenvolvida, visando subsidiar serviços e municípios na continuidade da implantação do quesito cor ou raça/etnia, particularmente, na análise dos dados coletados, de forma a ampliar o conhecimento sobre as especificidades relacionadas à saúde dos grupos étnico-raciais.

⁵ Centro de Orientação e Apoio Sorológico/Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Assistência Especializada, Centro de Referência, Ambulatórios de Especialidades.

⁶ Americana, Barretos, Bauru, Caraguatatuba, Guarulhos, Jaú, Jundiá, Marília, Ourinhos, Pariqueira-Açu, Peruíbe, Piracicaba, Praia Grande, Ribeirão Preto, São Bernardo do Campo, São José do Rio Preto, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Vargem Grande Paulista.

⁷ Araçatuba, Araraquara, Brotas, Campinas, Caraguatatuba, Catanduva, Francisco Morato, Laranjal Paulista, Presidente Prudente, Registro, Santo André, Santos, Votuporanga.

⁸ Resoluções da Secretaria do Estado da Saúde SS-155 de 1 de dezembro de 2005 e SS-4 de 13 de janeiro de 2006.

III) Como e Para que Coletar o Quesito Cor ou Raça/Etnia na Saúde?

O sistema de informações de usuários(as) dos serviços de saúde depende muito da equipe de recepcionistas, e também de outros profissionais do SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas, que trabalham com fichas, cadastros e formulários hospitalares e ambulatoriais.

Algumas pessoas desconhecem, e muitas não reconhecem, o valor da função de recepcionista. Poderíamos até dizer que é na **Recepção** que tudo começa! A satisfação do(a) usuário(a) quanto aos serviços pode ser medida, de certa forma, pela qualidade da relação estabelecida entre *usuário(a)* e *recepcionista*.

Recepcionar significa mais do que receber ou atender, significa também **acolher, orientar e encaminhar**.

Para que o serviço de recepção cumpra adequadamente o seu papel é necessário que todos os profissionais de saúde compreendam a importância deste setor, valorizando, respeitando e apoiando as funções da Recepção.

A equipe da recepção deve ser continuamente bem informada sobre as rotinas da instituição. É fundamental que todos(as) saibam para que servem os dados que coletam. Somente assim poderão obter informações corretas junto a usuários(as) e bem orientá-los(as).

As bases do sistema de informação da Saúde são compostas por muitos dados, entre eles estão os que são coletados na recepção. A partir dessas bases são construídos indicadores, ou seja, dados estatísticos que permitem o planejamento, o gerenciamento e a avaliação do trabalho da instituição. Esses dados permitem ainda identificar situações e práticas a serem modificadas para melhorar as condições de saúde da população.

Passaremos a algumas orientações que poderão ajudar o registro da informação de “**cor ou raça/etnia**”, pois percebemos que ainda há dificuldades para a coleta em todos os setores, desde a direção até a recepção, envolvendo os diversos profissionais e, inclusive, os(as) usuários(as).



A Informação Cor ou Raça/Etnia

Existem bases de dados geradas por intermédio de sistemas de informações e de levantamentos.

Vejamos alguns exemplos de sistemas de informações na área da Saúde:

SIM — Sistema de Informações de Mortalidade
 ■ Declarações de Óbitos

SINASC — Sistema de Nascidos Vivos
 ■ Declarações de Nascidos Vivos

SIH — Sistema de Informações Hospitalares
 ■ Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

SIA — Sistema de Informações Ambulatoriais

SINAN — Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SI-CTA — Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento

Formulário de Cadastro do Cartão SUS

Os levantamentos, tais como os censos e as pesquisas domiciliares realizados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), fornecem as informações necessárias para estudar as características da população brasileira e conhecer as suas condições de vida: moradia, saúde, educação, trabalho etc.

A “cor ou raça/etnia” faz parte das características das pessoas assim como sexo e idade. Desde os anos 90, praticamente todos os levantamentos oficiais coletam este dado, de acordo com o sistema classificatório do IBGE, no entanto, ainda há controvérsias e equívocos nessa coleta.

Uma importante providência a ser tomada para melhorar a qualidade da informação “cor ou raça/etnia” é a padronização da classificação e do método de identificação, ou seja, todos os formulários devem conter as mesmas categorias de “cor ou raça/etnia”, e a mesma maneira de abordar o(a) usuário(a).

Atualmente, o método oficial, o qual recomendamos, é o mesmo empregado pelo IBGE.

Qual é o Método de Identificação utilizado pelo IBGE?

É o método da AUTOCLASSIFICAÇÃO ou AUTODECLARAÇÃO, isto é, o(a) usuário(a) é quem indica a sua “cor ou raça/etnia” entre as cinco categorias possíveis.

Haverá situações em que será necessário utilizar a heteroclassificação, isto é, outra pessoa, preferencialmente um membro da família, define a cor ou raça/etnia do(a) usuário(a), mas esta conduta deverá ser utilizada somente em situações específicas, tais como: declaração de nascidos vivos, declaração de óbito, registro de pacientes em coma ou quadros semelhantes.

Quais são as Categorias utilizadas pelo IBGE?

Desde o censo de 2000, o IBGE utiliza nas pesquisas sobre cor ou raça/etnia da população brasileira cinco categorias:

1. Cor BRANCA
2. Cor PRETA
3. Cor PARDA
4. Cor AMARELA
5. Raça/Etnia INDÍGENA

Mas as pessoas são mesmo dessas cores?

Se pensarmos bem, não!

Assim como a população branca não tem exatamente a cor branca e nem a população oriental a cor amarela, também a população negra não tem exatamente a cor preta nem a parda. São categorias criadas apenas para classificar os grupos populacionais de diferentes origens étnico-raciais, ou seja, os brasileiros e brasileiras descendentes de europeus, de orientais, de africanos, de indígenas ou da miscigenação (mistura) de dois destes grupos.

É importante ressaltar que nenhuma dessas cores é utilizada, nas informações em saúde, com sentido pejorativo ou com intenção de discriminar qualquer um dos grupos étnico-raciais.

Por que devemos utilizar as categorias empregadas pelo IBGE?

Porque possibilita o cruzamento dos dados obtidos em todo o país. Assim, podemos fazer comparações abrangentes e ter estatísticas em nível nacional.

Além disso, antes de definir estas categorias, o IBGE pesquisou as cores mais declaradas pela população e concluiu que deveria usar estas, pois a maioria delas já era utilizada, desde a segunda metade do século XIX.

Século dezenove (1801 – 1900)?

É isso mesmo!

Um estudo realizado pelo IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – relata que a classificação de “cor ou raça/etnia” não é invenção de agora, e o 1º Censo oficial brasileiro, realizado em 1872, utilizou as seguintes categorias: *preto, pardo, branco e caboclo*. A categoria *caboclo*, naquela época, foi usada para classificar o grupo dos indígenas. *Pardo* designava os mestiços; e, mais tarde, com a imigração asiática, criou-se a categoria *amarela* para designar os orientais/asiáticos.

Por que a Autoclassificação?

O velho ditado popular “*as aparências enganam*” pode ser uma verdade nesta situação. Afinal, ninguém melhor do que a própria pessoa para saber qual é a sua origem étnico-racial e assim poder definir qual é a sua “cor ou raça/etnia”. De outra forma, corremos o risco de errar, pois não podemos afirmar, com certeza, qual é a origem de alguém apenas pela aparência.

Os(as) usuários(as) devem ser orientados(as), porém respeitados diante de sua declaração.

Para que perguntar a “cor ou raça/etnia” dos(as) usuários(as)?

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para elaborar políticas públicas e identificar as doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade.

Exemplos:

- HIPERTENSÃO, ANEMIA FALCIFORME, DIABETES MELLITUS: são mais frequentes na população negra (cores preta e parda);
- DOENÇAS DE PELE, TALASSEMIA: atingem mais a população branca (cor branca);

- DOENÇAS INFECCIOSAS PRÓPRIAS DA INFÂNCIA, como catapora e sarampo: têm aumentado muito nas populações indígenas (etnias diversas).

Além disso, a informação “cor ou raça/etnia” possibilita ao Sistema Único de Saúde (SUS) cumprir um de seus princípios fundamentais que é a **EQUIDADE**, ou seja, o compromisso de oferecer a todos cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta. É um dado que pode orientar o tratamento das populações específicas.

Quais são as possíveis reações desfavoráveis dos usuários quando perguntamos a sua “cor ou raça/etnia”?

Irritação, agressividade, curiosidade, desconfiança, dúvida, constrangimento.

Por isso, é fundamental estar preparado(a) para explicar *por que e para que* precisamos desta informação.

Quais são as dificuldades para coletar a cor ou raça/etnia?

Desde que os serviços de DST/Aids têm implantado o **quesito cor ou raça/etnia**, no Estado de São Paulo, temos acompanhado o trabalho dos diferentes serviços procurando superar os obstáculos mais frequentes.

Percebemos que algumas das dificuldades estão relacionadas a uma questão histórica, que se refere ao período em que houve no país a escravidão dos povos africanos negros. Este período marcou profundamente a nossa sociedade, gerando consequências negativas até hoje, tais como o preconceito e a discriminação. Portanto, são dificuldades relacionadas a questões pessoais, sociais e culturais.

Apesar de sabermos que no mundo não existe nenhum ser humano inferior ou superior em relação a outro, pois todos possuem direitos iguais, quando falamos de **cor ou raça/etnia**, ainda há pessoas que se sentem constrangidas ou ofendidas. Muitos profissionais relatam que sentem medo de ofender ou vergonha de causar embaraço aos usuários(as) de cor preta, pois no passado, muitas vezes, este termo foi utilizado de maneira pejorativa. Por isso, há usuários(as) de cor preta que têm receio de ser discriminados ou prejudicados.

É muito frequente também usuários(as) que reagem agressivamente, argumentando que não são pretos(as) e sim negros(as). Nestes casos é importante concordar com ele ou com ela, explicar que sabemos que não são pretos(as), mas sim cidadãos e cidadãs pertencentes à população negra, a um grupo étnico-racial de origem africana ou afro-brasileira. Mas que, de acordo com a metodologia do IBGE, as opções de cor para os indivíduos pertencentes à população negra são preta ou parda.

Outras dificuldades:

- Em geral, os usuários brancos e negros costumam ser irônicos ou agressivos. Ao serem indagados, respondem: “*you não está vendo qual é a minha cor?*”. Neste caso, é preciso explicar que somente a própria pessoa pode saber exatamente qual é a sua cor, levando em conta a sua origem e os seus ascendentes (pais, avós).
- As pessoas de cor parda, muitas vezes, ficam em dúvida, não sabem se autotransclassificar e devolvem a pergunta ao profissional: “*o que você acha?*”. Outras vezes respondem o que está no registro de nascimento. Nestas situações, a dúvida sobre qual das categorias escolher, devido ao não reconhecimento da própria origem, poderá ser solucionada com o diálogo, onde o profissional explicará ao usuário as diferentes possibilidades de miscigenação (CONSULTAR CARTÃO DE CORES).

Afinal, perguntar a “cor ou raça/etnia” é Racismo?

Não!

Não é racismo, nem preconceito e nem discriminação.

E para podermos afirmar que não é nada disso, precisamos conhecer a definição de cada um desses conceitos.

Racismo é um conjunto de idéias, crenças, opiniões e valores que prega a superioridade de um grupo étnico-racial sobre outro. O racismo se manifesta por meio do preconceito e da discriminação raciais.

Preconceito racial ou de cor é uma opinião negativa sobre alguém ou um grupo, gerando uma indisposição em relação a esse alguém ou grupo, sem mesmo conhecê-lo, baseando-se somente em suas características físicas ou culturais (cor da pele, textura do cabelo, formato do nariz, religião, idioma, alimentação etc.).

Discriminação racial é toda e qualquer atitude que desrespeite e viole os direitos de alguém ou de um grupo por causa de sua cor ou raça/etnia.

Perguntar a cor ou raça/etnia dos(as) usuários(as) de saúde é uma forma de conhecer melhor o perfil dos(as) pacientes para melhor atendê-los(as) e para prevenir doenças.

Algumas DICAS para enfrentar as dificuldades:

- 1) Distribuir folhetos explicativos aos usuários(as), enquanto permanecem na sala ou fila de espera;
- 2) Naturalizar a pergunta “*qual é a sua cor ou raça/etnia?*”, ou seja, integrá-la ao conjunto de informações (nome, idade, sexo etc....) de forma natural;
- 3) Dialogar com cada usuário(a) e orientar como se autotransclassificar, quando não souber;
- 4) Assegurar ao usuário(a) que esta informação não tem por objetivo discriminar, mas sim prevenir doenças;
- 5) Solicitar apoio e orientações à chefia e à supervisão sempre que for necessário.

E quando a gente não tiver tempo para dialogar com os(as) usuários(as) e com a chefia?

Nós sabemos que cada serviço tem uma forma de funcionamento. No atendimento, há dias mais tranquilos e dias mais estressantes. Mas, seja qual for a realidade de cada setor, a busca por condições de trabalho humanizado e de boa qualidade deve ser constante.

A ação do setor da recepção, que envolve *acolhimento, orientação e encaminhamento*, requer diálogo permanente entre trabalhadores, gestores e usuários(as).

Por isso, quando não houver tempo para o diálogo, será preciso rever a nossa conduta e restabelecer a possibilidade do diálogo, pois cada trabalhador é também um **agente de transformação social**, podendo tornar melhor e mais digno o atendimento dos serviços de saúde.

CARTÃO DE CORES**QUAL É A SUA "COR OU RAÇA/ETNIA"?**

A RESPOSTA DEVE SER DADA PELO(A) PRÓPRIO(A) USUÁRIO(A) DO SERVIÇO DE SAÚDE, DE ACORDO COM AS OPÇÕES ABAIXO, QUE SÃO AS MESMAS UTILIZADAS PELO IBGE.

COR BRANCA (DESCENDENTES DE EUROPEUS/OCIDENTAIS)

COR PRETA (DESCENDENTES DE AFRICANOS/AFRO-BRASILEIROS)

COR PARDA (DESCENDENTES DE INDIVÍDUOS DE COR/ETNIAS DIFERENTES-MISCIGENAÇÃO/MESTIÇAGEM)

Mestiços de pais de cores ou etnias diferentes: preta e branca; preta e índio; branca e índio, e assim por diante...

COR AMARELA (DESCENDENTES DE ASIÁTICOS/ORIENTAIS)

RAÇA/ETNIA INDÍGENA (DESCENDENTES DE ÍNDIOS)

Repassando as Informações

PARA QUE COLETAR A INFORMAÇÃO COR ou RAÇA/ETNIA?

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para elaborar políticas públicas e para evitar determinadas doenças e agravos.

COMO COLETAR?

É simples!

A ficha deve conter as categorias do IBGE e ser preenchida de acordo com a resposta do(a) usuário(a).

E quando ele/ela não souber se **autoclassificar**?

O profissional deverá explicar cada opção, podendo utilizar-se do **cartão de cores**.



IV. Como Implementar o Quesito Cor ou Raça/Etnia no Sistema de Informação dos Serviços de Saúde

As diversas experiências de implementação do quesito cor ou raça/etnia realizadas até o momento têm contribuído para o aprimoramento das formas de abordar e de executar essa importante tarefa. Ao longo deste capítulo faremos referências a algumas destas experiências.

Inicialmente, vale destacar o inédito projeto “*Gestão local, empregabilidade e equidade de gênero e raça*”. Ele foi realizado na Prefeitura do Município de Santo André (1999-2002), coordenado pelo Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), em parceria com instituições de pesquisa e do movimento social, resultando em um importante subsídio metodológico para a implantação do quesito cor/raça/etnia¹.

A prática também tem demonstrado que a realidade de cada instituição é determinante na definição das etapas de implementação. Os municípios de São José do Rio Preto, a partir de 2004, e de Santos, a partir de 2006, desencadearam ações decisivas para a consolidação da implementação do quesito cor ou raça/etnia em suas regiões. A seguir, destacamos algumas destas ações, lembrando aos leitores que, apesar de sugerirmos mais adiante um modelo de implementação, os caminhos de cada instituição serão sempre diversos.

Ações realizadas em São José do Rio Preto:

- a) Formação de um grupo de trabalho, GT Raça/Cor, com participação de: SAE – Serviço de Assistência Especializada (Ambulatório Municipal de DST/Aids), CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids, Programa de Prevenção em Mulheres Afrodescendentes e seus parceiros, Centro Municipal de Control e e Prevenção das DST/Aids e Vigilância Epidemiológica.

- b) Sensibilização da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e dos serviços envolvidos na implantação e coleta do quesito raça/cor, em especial das Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família e Serviços de Especialidades.
- c) Implantação do método de autoclassificação no CTA e nos SAEs.
- d) Participação em reuniões do Grupo de Trabalho População Negra e Aids, vinculado ao Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra.

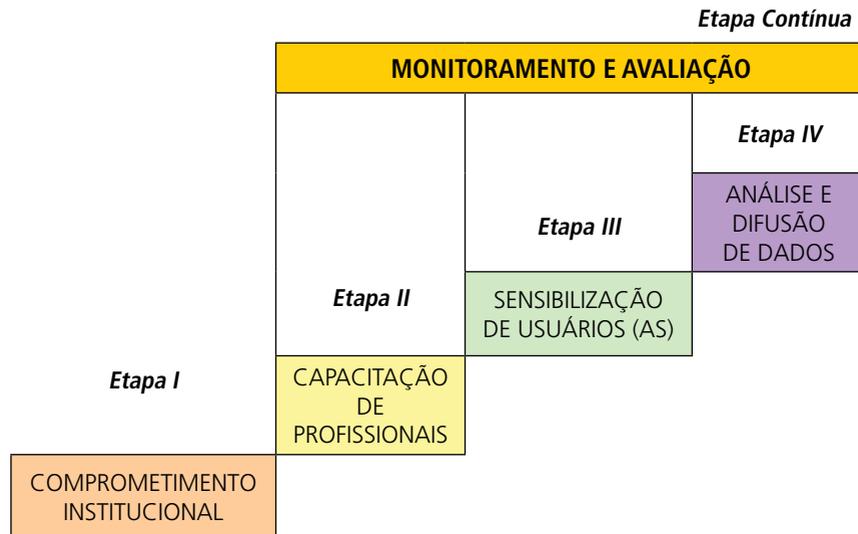
Ações realizadas em Santos:

- a) Criação do Decreto 471 de 20/12/2006, que implanta a coleta do quesito raça/cor nos documentos de cadastro de usuários das Secretarias Municipais de Educação, Assistência Social e Saúde.
- b) Implantação do quesito cor ou raça/etnia no Sistema de Informação próprio da SMS (SISAM).
- c) Realização do Seminário Regional de Saúde da População Negra em parceria com DRS 4 e SES/SP.
- d) Inclusão no protocolo de pré-natal da coleta do exame de eletroforese para diagnóstico de doença falciforme.
- e) Realização de oficinas de sensibilização para as equipes da Vigilância Epidemiológica, do Programa DST/Aids, do Programa Saúde da Família e para as Unidades Básicas de Saúde.
- f) Produção de material informativo sobre a coleta do quesito raça/cor.
- g) Divulgação do 1º Relatório de Dados da SMS com o quesito raça/cor no Conselho Municipal de Desenvolvimento e Participação da Comunidade Negra.
- h) Inclusão no Plano Municipal de Saúde 2007/2008 do tema Saúde da População Negra.
- i) Participação em reuniões do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra.

Contudo, queremos compartilhar alguns procedimentos que consideramos importantes na implementação. Trata-se de um modelo que prevê **quatro etapas específicas** de implantação – *comprometimento institucional, capacitação de profissionais, sensibilização de usuários(as), análise de dados* – e **uma etapa contínua** de monitoramento e avaliação.

¹ Silva Jr. H. O Papel da Cor/ Raça/Etnia nas Políticas de Promoção da Igualdade – anotações sobre a experiência do município de Santo André. CEERT. São Paulo, 2003. www.ceert.org.br

Figura 1. Etapas para implantação do quesito cor nos serviços de saúde



A seguir, apresentaremos uma breve descrição de cada etapa, acompanhada de um “**Quadro Sugestivo**” de ações a serem desenvolvidas. A estrutura sugerida deve ser adaptada à realidade e às características de cada instituição.

Etapa I

O **Comprometimento Institucional** constitui-se numa etapa primordial da implementação da coleta do quesito cor ou raça/etnia, pois dimensiona e legitima as medidas a serem adotadas pelo(a) gestor(a). Este comprometimento se dá com um processo que contempla uma *revisão dos eixos programáticos da instituição* a partir das diretrizes contidas nos Planos de Saúde da Federação, do Estado e do Município; nas Políticas de Promoção de Saúde voltadas para os segmentos populacionais da sociedade; nos Termos de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde); na Programação Pactuada Integrada e demais instrumentos concernentes à responsabilidade sanitária.

São exemplos de iniciativas de promoção de saúde voltadas para os segmentos populacionais:

1- A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em 10/11/2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, tendo por objetivo “*promover a equidade em saúde da população negra, priorizando o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS*”.

Por intermédio dessa política busca-se para esse segmento populacional a redução dos seguintes indicadores:

- a) mortalidade materna.
- b) mortalidade infantil.
- c) mortalidade precoce (em especial entre jovens e adultos).
- d) homicídio entre jovens (especialmente homens).

e) morbi-mortalidade pelas seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença falciforme, HIV/aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, transtornos mentais.

2- A Inclusão do quesito cor ou raça/etnia em todos os documentos e formulários do SUS e sistemas de informação em saúde.

3- O Plano de Saúde do Estado de São Paulo (2008-2011)², contemplando objetivos voltados à população negra:

- a) Facilitar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- b) Melhorar a qualidade da informação (coleta, processamento e análise) do quesito cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena).
- c) Capacitar os recursos humanos no tema diversidade cultural e étnico-racial.

d) Implementar a política de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

² Publicado no D.O.U. em 14/05/2009

e) Valorizar as práticas tradicionais e as culturas de promoção à saúde das religiões de matriz africana, parteiras e benzedeiras.

f) Sensibilizar a população para as temáticas relacionadas à saúde da população negra.

g) Melhorar o acesso a serviços de saúde às populações remanescentes de quilombos.

4- O Termo de Compromisso do Estado de São Paulo definindo a atenção integral à saúde da população negra como uma das prioridades de saúde (Pacto pela Vida e de Gestão).

Quadro 1: Sugestão de estrutura de desenvolvimento das ações para a etapa de Comprometimento Institucional

Público-alvo: diretores, coordenadores, supervisores e chefias.

Formato: Oficinas

Metodologia: Avaliação e Planejamento Participativos.

Carga Horária: 12 horas (distribuídas em 3 blocos)

Objetivos:

- Reconhecer que a atenção à saúde deve considerar as diferenças e especificidades dos grupos populacionais, para garantir a redução das iniquidades em saúde.
- Convocar as equipes profissionais e comunicar decisões de ações na instituição que garantam um ambiente favorável à implementação de políticas públicas equitativas.
- Constituir um Grupo de Trabalho (GT).

Resultados: Políticas e programas implementados na instituição identificados e avaliados; Plano de Ação elaborado; Grupo de Trabalho (GT) constituído para implantação do Quesito Cor ou Raça/Etnia.

Temário: Bloco I

- Os princípios do SUS e a prática cotidiana.
- Equidade em Saúde e o Sistema de Informação.
- Sensibilização dos participantes para a dimensão da diversidade étnico-racial.
- Introdução Conceitual (racismo, discriminação, preconceito, estereótipos, representação, construção social e imaginário coletivo).
- Indicadores de desigualdades raciais em saúde.
- Saúde da População Negra – Aspectos Epidemiológicos

Bloco II

- Planos de Saúde.
- Programas e Políticas Públicas de Promoção de Saúde.
- Termos de Compromissos de Gestão e Pactos pela Saúde.

Bloco III

- Constituição do Grupo de Trabalho responsável pela implantação do quesito cor ou raça/etnia, pela reiteração dos compromissos e pelas parcerias multisectoriais.
- Elaboração de Plano de Ação para implementação do Quesito Cor.

Etapa II

A **Capacitação de Profissionais** é a ação mais fecunda de todo o processo de implementação do quesito cor ou raça/etnia. Além de preparar os profissionais para que, tecnicamente, possam coletar a informação de forma adequada e fidedigna, viabiliza a construção de um novo olhar para as relações interétnico-raciais. É uma experiência em que os participantes podem entrar em contato com os seus próprios preconceitos e, assim, desvelar crenças e valores arraigados no imaginário social, que mantêm e reproduzem o racismo.

Este processo formativo pode ainda estimular a mudança de atitudes, que só ocorre quando identificamos o que foi exatamente interiorizado

acerca das diferenças étnico-raciais. O racismo, quando tratado como um fenômeno psicossocial, transparece a sua dimensão subjetiva, que é determinante para a compreensão de suas múltiplas formas de expressão e de seu impacto nas relações interpessoais. Somente conhecendo a repercussão do racismo no interior da instituição, no cotidiano das pessoas e grupos, torna-se viável a implantação de medidas para combatê-lo e preveni-lo.

As **oficinas de formação** são espaços estratégicos para a construção de um processo participativo e de proposição de ações. Por meio delas, os profissionais são informados sobre a importância da equidade em saúde e capacitados a utilizar a metodologia adotada pelo IBGE para a coleta do quesito cor ou raça/etnia. Durante a formação do público-alvo, recomenda-se a realização de atividades de sensibilização com os(as) demais funcionários(as) da instituição, na perspectiva de garantir visibilidade das novas práticas implementadas. Alguns exemplos destas atividades: distribuição de boletins informativos, reuniões, palestras, rodas de conversa, exibição de vídeos sobre quesito cor ou raça/etnia. E, por fim, a etapa de capacitação deve garantir a elaboração de um Plano de Ação que contemple o Monitoramento da medida adotada.

Quadro 2: Sugestão de estrutura de desenvolvimento das ações para a etapa de Capacitação de Profissionais

Público-alvo: recepcionistas, gerentes e técnicos de sistemas de informação, membros das equipes multidisciplinares, chefias.

Formato: Oficinas de formação

Metodologia: Participativa com abordagem teórico-vivencial.

Carga Horária: 24 horas, distribuídas em 3 blocos

Objetivos:

- Incluir na pauta programática o conceito de racismo institucional como um determinante social do processo saúde-doença-cuidado.
- Sensibilizar os profissionais sobre a importância da coleta da informação sobre cor ou raça/etnia.

- Capacitar os profissionais para abordar e coletar o quesito cor ou raça/etnia nos serviços de saúde.

Resultados:

- Instrumentos de coleta de dados dos sistemas de informação do SUS com o quesito cor ou raça/etnia incluído.
- Profissionais de saúde capacitados para a coleta do quesito cor ou raça/etnia.

Temário: Bloco I

- Sensibilização dos participantes para a dimensão da diversidade étnico-racial.
- Introdução Conceitual (racismo, discriminação, preconceito, estereótipos, representação, construção social e imaginário coletivo).
- A importância do quesito cor ou raça/etnia no sistema de saúde.
- Indicadores de desigualdades raciais em saúde.
- Saúde da População Negra – Aspectos Epidemiológicos.
- Saúde da População Negra e o Plano Estadual de Saúde.

Bloco II

- A trajetória de implementação do quesito cor ou raça/etnia na saúde: experiências dos serviços de DST/Aids.
- O IBGE, o Sistema de Informação e o método de coleta do quesito cor ou raça /etnia.
- Metodologia para a Coleta do Quesito Cor ou Raça/Etnia.
- Simulação da coleta (dificuldades, busca de alternativas e desafios).

Bloco III

- Constituição do Grupo de Trabalho Local responsável pelo Monitoramento e Avaliação da implantação da coleta do quesito cor ou raça/etnia.
- Elaboração do Plano de Ação Local, com definição de metas e indicadores, para Monitoramento, Aprimoramento e Avaliação da coleta do quesito cor ou raça/etnia.

Etapa III

A **Sensibilização de Usuários(as)** é uma etapa que visa chamar a atenção para o tema da equidade na saúde. Trata-se de uma ação contínua junto à comunidade que promova a compreensão de que receber tratamento equânime nos serviços de saúde é um direito de cada cidadão/cidadã e que a coleta do quesito cor ou raça/etnia não visa à discriminação, ao contrário, visa auxiliar na prevenção de doenças prevalentes nos grupos étnico-raciais.

Quadro 3: Sugestão de estrutura de desenvolvimento das ações para a etapa de Sensibilização dos(as) Usuários(as)

Público-alvo: usuários(as) do SUS e lideranças comunitárias do entorno dos serviços de saúde.

Formato: Múltiplo (ações coletivas e integradas)

Metodologia: Participativa (exposições dialogadas, rodas de conversa, recursos audiovisuais, dinâmicas, distribuição de material de divulgação com debate sobre o conteúdo divulgado).

Duração: contínua

Objetivos:

- Informar e sensibilizar os(as) usuários(as) do SUS e as lideranças comunitárias sobre a Coleta do Quesito Cor ou Raça/Etnia.
- Facilitar a relação usuário(a) — coletor(a).
- Melhorar a qualidade da informação coletada.
- Aprimorar a atuação do Controle social.

Resultados:

- Usuários(as) do SUS e lideranças comunitárias informados(as) e sensibilizados(as) sobre a coleta do quesito e cor e sobre o direito à equidade em saúde.
- Usuários(as) do SUS mais aptos a responder aos coletores qual é a sua cor ou raça/etnia.

- Sistema de Informações de Saúde mais fidedigno.
- Conselhos Gestores de Unidades, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos de Direito; Conselhos de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra, atuantes no processo de implementação da coleta e consolidação da proposta.

Estratégias:

- Informar sobre a coleta do quesito cor ou raça/etnia com a distribuição de folhetos aos usuários e da fixação de cartazes em todos os setores onde ocorre o cadastramento.
- Garantir ampla distribuição e veiculação junto aos equipamentos sociais e estabelecimentos comerciais do entorno dos serviços de saúde de:

Materiais de Divulgação: cartaz, faixa, outdoor, panfleto, filipeta.

Produtos Promocionais: adesivo, marcador de livro, camiseta, pasta, foto.

Impressos e Eletrônicos: boletim, cartilha, manual, livro.

Recursos Audiovisuais: vídeos, spots de rádio e TV, filmes.

Vinhetas Publicitárias: jornal, revista, rádio, TV.

- Realização de eventos para a população em geral, em parceria com os gestores municipais e/ou movimentos sociais organizados sobre Saúde da População Negra.

Etapa IV

A **Análise e Difusão dos Dados** produzidos pelos diversos sistemas de informação em saúde é uma etapa imprescindível para garantir a visibilidade estatística dos diferentes grupos étnico-raciais que compõem a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental a devolução sistemática das informações produzidas aos serviços para mantê-los sensibilizados quanto à importância da atividade de coleta contínua e cuidadosa dos dados. Sem este retorno, os profissionais podem ter a impressão equivocada de que aquela é mais uma tarefa sem utilidade prática, imposta pelos órgãos técnicos.

A maioria dos profissionais da saúde tem interesse na apropriação de dados epidemiológicos produzidos pelas esferas federais, estaduais e municipais. Entretanto, em vários municípios e serviços, há dificuldade dos profissionais em se reconhecer como uma parte produtora daquelas informações. Além disso, os técnicos não costumam lidar com os dados epidemiológicos locais, tanto no que diz respeito à sua análise, partindo do pressuposto de que esta é sempre uma tarefa complexa, quanto à visualização dos dados como instrumento para o planejamento de suas atividades.

De fato, uma análise sofisticada requer uma abordagem epidemiológica e estatística especializada, no entanto, é possível e desejável a realização de análises epidemiológicas descritivas, que trabalham com frequências e proporções de eventos e podem trazer valiosas informações que ampliam a visão da realidade e apontam caminhos de intervenção.

Voltando ao primeiro capítulo desta publicação, vimos dados que apontam para profundas diferenças entre os indicadores de saúde das populações brancas e negras.

Tomando como exemplo os dados da tese de doutorado do sociólogo Luís Eduardo Batista (*Mulheres e Homens Negros: Saúde, Doença e Morte*), temos que na taxa de mortalidade por HIV/Aids no Estado de São Paulo, em 1999, *segundo cor ou raça/etnia*, constatou-se que a taxa de mortalidade dos homens brancos foi de 14,44/100 mil e dos negros 25,92/100 mil. Entre as mulheres, foram encontradas taxas de 4,92 para as brancas e 11,39/100 mil para as mulheres negras.

Salta aos olhos o quanto os coeficientes de mortalidade por Aids são maiores na população negra, sendo esta discrepância dos coeficientes maior ainda entre as mulheres.

Muito bem, este é um dado inquestionável e importante.

E, então, o que fazemos a partir do conhecimento deste dado?

Podemos utilizá-lo, simplesmente, para sensibilizar gestores, profissionais de saúde e os próprios usuários dos serviços da importância da coleta adequada do quesito raça/cor, pois apenas a partir da coleta é possível evidenciar essa e outras realidades, que denunciam as diferentes formas de viver e acessar os recursos de saúde a que os diversos grupos étnico/raciais estão submetidos.

Ou podemos buscar hipóteses explicativas.

Se há evidências científicas de que a evolução da infecção pelo HIV e da Aids não mostra diferenças importantes que possam ser atribuídas aos grupos étnico-raciais, por que a proporção de óbitos por Aids é tão maior entre os negros do que entre os brancos no Brasil?

O fato de a população negra, como um todo, ter condições socioeconômicas mais desfavoráveis do que a população branca, sempre aparece como a explicação mais rápida e fácil para justificar todas as diferenças encontradas entre estes dois segmentos da população e pode ser usado para explicar as diferenças encontradas entre os coeficientes de mortalidade de Aids.

Mas, refletindo um pouco, veremos que se a atenção aos portadores de HIV/Aids ocorre predominantemente no SUS, cujos serviços devem obedecer aos princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento da população, e se o Brasil é um dos poucos países que tem como política pública a distribuição gratuita da medicação específica para Aids a todos os pacientes que tenham indicação de tomá-la, então o fator socioeconômico não serve para explicar as discrepâncias encontradas nos coeficientes de mortalidade de Aids entre negros e brancos.

Temos, então, que buscar informações que levem a outras hipóteses explicativas e neste momento vamos à análise dos dados do Estado, da Região, do Município ou do Serviço.

— Como será que anda isso na minha região?

— Quantos brancos, negros, amarelos e indígenas foram diagnosticados com Aids na minha região? Quantos homens, quantas mulheres, quantas crianças?

— Será que a média de tempo entre a data de diagnóstico e a data do óbito é a mesma para os diferentes grupos étnico/raciais?

— Qual o critério mais utilizado para notificar as pessoas de cada um destes grupos? O exame laboratorial (contagem de CD4), utilizado geralmente antes do aparecimento de doenças? A presença de doença oportunista definidora de Aids? O critério óbito (quando o diagnóstico da Aids se faz no momento do óbito)?

— Será que a questão do diagnóstico precoce, que tem tanta importância na qualidade e no tempo de sobrevivência dos indivíduos com HIV/Aids, é mais importante em um grupo do que no outro?

— Como será a distribuição por categoria de exposição ao HIV nos diversos grupos étnicos/raciais?

— A proporção de pessoas que faz uso de antirretrovirais é a mesma entre pacientes de diferentes grupos étnico-raciais?

— E a escolaridade nestes diversos grupos?

— E outras questões locais etc., etc....

Todas estas respostas são facilmente obtidas dos sistemas de informação ou dos registros dos serviços pela descrição de frequências simples ou proporções destes eventos e podem revelar várias questões, algumas passíveis de intervenção, outras que, mesmo merecendo atenção, são mais difíceis de intervir, especialmente se as soluções estiverem fora do âmbito do setor saúde.

Se, por exemplo, os dados mostrassem que os indivíduos da população negra fazem diagnósticos mais tardiamente do que os brancos, algumas soluções poderiam ser propostas: uma campanha educativa que apontasse este fato para a população; difusão da informação entre os técnicos responsáveis pelo atendimento na região por meio de documentos ou capacitação; estimular a rede básica a ampliar o oferecimento de teste diagnóstico para a infecção pelo HIV; e outras propostas criadas localmente pelos profissionais dos serviços que conhecem, melhor do que ninguém, a população da sua área de abrangência.

E se os dados mostrassem que há uma taxa de transmissão vertical maior para crianças que nascem em determinado serviço ou região? E se houvesse diferenças nesta taxa entre crianças filhas de mulheres de um determinado grupo étnico/racial, como indígenas, por exemplo? Com certeza seria possível pensar em diferentes propostas técnicas de intervenção, dependendo dos dados encontrados.

E as questões de racismo institucional são passíveis de detecção por intermédio de dados dos sistemas de informação hoje existentes?

Provavelmente, não. Algumas coisas podem ser inferidas da análise dos dados, isto é, se os dados apontam que a população negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços, o racismo institucional pode ser uma das hipóteses explicativas, mas para afirmar isso e investigar esta questão seria necessário lançar mão de ferramentas que pesquisassem, especificamente, o racismo institucional.

Enfim, é fundamental a apropriação dos dados epidemiológicos pelos profissionais da saúde. E, quer estes dados permaneçam nos serviços, quer sejam enviados aos diversos sistemas de informação, devem ser utilizados como um instrumento capaz de indicar as ações necessárias para garantir a adequação da atenção dispensada à saúde da população, respeitando-se as especificidades de todos os segmentos da sociedade, sejam eles de ordem religiosa, de gênero, cultural, geracional ou étnico-raciais, garantindo o princípio, fundamental, de equidade no SUS.

Quadro 4 : Sugestão de estrutura de desenvolvimento das ações para a etapa de Análise e Difusão dos Dados

Público-alvo: profissionais responsáveis pela coleta do quesito cor ou raça/etnia e da vigilância epidemiológica.

Formato: Oficinas, reuniões periódicas entre o grupo de vigilância epidemiológica e profissionais da rede de serviços.

Metodologia: Participativa com abordagem teórica.

Duração: Variável, dependendo do formato proposto, sendo importante manter a periodicidade e a constância, tornando-se assim parte da rotina do trabalho em saúde.

Objetivos:

- Garantir a visibilidade estatística dos diferentes grupos étnico-raciais que compõem a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Manter os serviços informados sobre a importância da atividade de coleta contínua e cuidadosa dos dados.
- Promover o reconhecimento dos profissionais quanto ao seu papel na produção de dados epidemiológicos.

Resultados:

- Melhoria da qualidade da coleta e análise da informação.
- Sistema de Informações de Saúde mais fidedigno.

Estratégias:

- Trabalhos dirigidos de grupos de análise dos dados coletados.
- Publicações.

Etapa Contínua

O **Monitoramento**, uma ação contínua, é imprescindível à sustentabilidade do processo de implementação da coleta do quesito cor ou raça/etnia. Por meio dele, é possível acompanhar o desenvolvimento das atividades previstas no Plano de Ação e, registrando-se a trajetória dos atores, intervir e sistematizar. É um movimento dinâmico pelo qual se identifica entaves e busca soluções que garantam o aprimoramento da formação, a ampliação da participação dos(as) usuários(as) e a melhoria dos dados, de forma a caracterizar o real perfil dos usuários e suas respectivas patologias.

O acompanhamento contínuo da implementação do quesito raça-cor possibilita:

- Identificar a evolução da aceitação/não aceitação dos usuários e coletores à pergunta “qual é a sua cor ou raça/etnia?”;
- Desenvolver ações para superação das dificuldades dos coletores e dos(as) usuários(as) visando eliminar as respostas em branco;
- Coletar continuamente as observações dos coletores de forma a definir estratégias para solucionar as dificuldades apresentadas.

Algumas estratégias de monitoramento direcionadas para:

1. O trabalho dos coletores:

- Utilizar instrumento de registro dos atendimentos (ficha de monitoramento).
- Definir periodicidade dos registros e o tratamento deles.

2. O acompanhamento do processo:

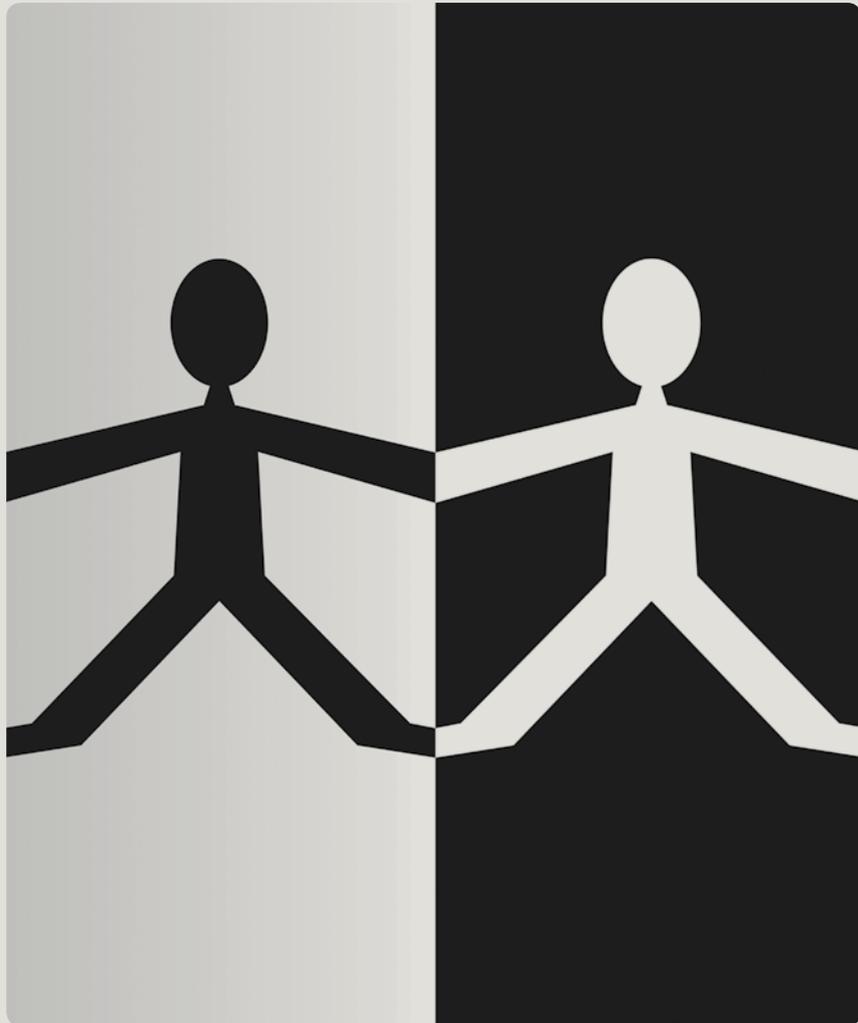
- Criar Grupo de Trabalho interno e intersetorial para o monitoramento.
- Estabelecer indicadores de resultados.
- Sistematizar todas as atividades e articulações realizadas no processo.

3. O banco de dados

- Incluir a discussão da temática étnico-racial nas reuniões da Vigilância Epidemiológica.

— Receber subsídios da Vigilância Epidemiológica para que os serviços leiam adequadamente os dados colhidos.

O monitoramento garante a visibilidade dos resultados, possibilitando a avaliação das políticas públicas formuladas.



ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Assessoria de Comunicação Social

Mensagem do Ministro para o Dia de Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra

O dia 27 de outubro, Dia de Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra, marca o compromisso que temos na implementação de ações que reduzam as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e nos índices de doenças da população negra.

O governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva tem olhado com atenção esse tema. Em 2004, criou um comitê técnico para discussão sobre o assunto, que logo conseguiu a ampliação do tratamento da anemia falciforme, uma doença genética frequente nesta população.

No fim do ano passado, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da População Negra. O novo texto é um marco para o atendimento à saúde da população negra. Por meio dele, o governo federal reconhece a existência do racismo institucional e a desigualdade étnico-racial. A partir do diagnóstico, propõe ações como o treinamento profissional, as ações direcionadas contra agravos e doenças de maior prevalência dessa população, a pesquisa no setor e a participação do controle social pelos movimentos negros.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra representa um esforço do governo federal no sentido de corrigir as iniquidades da atenção à saúde desta parcela da população, que corresponde a 45% dos brasileiros.

O nosso desafio é trazer parceiros, gestores estaduais e municipais e representantes da sociedade civil e trabalhadores de saúde para essa política. O movimento social negro é fundamental para essa mobilização, na defesa do SUS e da saúde da população negra.

O esforço deve ser abrangente, seja na acesso a educação, seja na redução da violência uma das principais causas de morte do jovem negro, seja na melhora da qualidade de vida e renda desta população. Determinantes sociais são itens que comprovadamente que interferem nas condições de saúde.

Desejo que este dia seja marcado pela força que a população negra representa e que ele resulte em uma grande mobilização social para mudarmos o quadro de saúde que hoje enfrentamos.

Temporão, J.G. Disponível em

<http://portal.saude.gov.br/saude/saudedapopulacaonegra>

DECRETO Nº 4.228, DE 13 DE MAIO DE 2002.

Institui, no âmbito da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Ações Afirmativas e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Ações Afirmativas, sob a coordenação da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça.

Art. 2º O Programa Nacional de Ações Afirmativas contemplará, entre outras medidas administrativas e de gestão estratégica, as seguintes ações, respeitada a legislação em vigor:

I - observância, pelos órgãos da Administração Pública Federal, de requisito que garanta a realização de metas percentuais de participação de afrodescendentes, mulheres e pessoas portadoras de deficiência no preenchimento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS;

II - inclusão, nos termos de transferências negociadas de recursos celebradas pela Administração Pública Federal, de cláusulas de adesão ao Programa;

III - observância, nas licitações promovidas por órgãos da Administração Pública Federal, de critério adicional de pontuação, a ser utilizado para beneficiar fornecedores que comprovem a adoção de políticas compatíveis com os objetivos do Programa; e

IV - inclusão, nas contratações de empresas prestadoras de serviços, bem como de técnicos e consultores no âmbito de projetos desenvolvidos em parceria com organismos internacionais, de dispositivo estabelecendo metas percentuais de participação de afrodescendentes, mulheres e pessoas portadoras de deficiência.

Art. 3º Fica constituído o Comitê de Avaliação e Acompanhamento do

Programa Nacional de Ações Afirmativas, com a finalidade de:

I - propor a adoção de medidas administrativas e de gestão estratégica destinadas a implementar o Programa;

II - apoiar e incentivar ações com vistas à execução do Programa;

III - propor diretrizes e procedimentos administrativos com vistas a garantir a adequada implementação do Programa, sua incorporação aos regimentos internos dos órgãos integrantes da estrutura organizacional da Administração Pública Federal e a conseqüente realização das metas estabelecidas no inciso I do art. 2º;

IV - articular, com parceiros do Governo Federal, a formulação de propostas que promovam a implementação de políticas de ação afirmativa;

V - estimular o desenvolvimento de ações de capacitação com foco nas medidas de promoção da igualdade de oportunidades e de acesso à cidadania;

VI - promover a sensibilização dos servidores públicos para a necessidade de proteger os direitos humanos e eliminar as desigualdades de gênero, raça e as que se vinculam às pessoas portadoras de deficiência;

VII - articular ações e parcerias com empreendedores sociais e representantes dos movimentos de afrodescendentes, de mulheres e de pessoas portadoras de deficiência;

VIII - sistematizar e avaliar os resultados alcançados pelo Programa e disponibilizá-los por intermédio dos meios de comunicação; e

IX - promover, no âmbito interno, os instrumentos internacionais de que o Brasil seja parte sobre o combate à discriminação e a promoção da igualdade.

Parágrafo único. O Comitê de Avaliação e Acompanhamento do Programa Nacional de Ações Afirmativas apresentará, no prazo de sessenta dias, propostas de ações e metas a serem implementadas pelos órgãos da Administração Pública Federal.

Art. 4º O Comitê de Avaliação e Acompanhamento do Programa Nacional de Ações Afirmativas tem a seguinte composição:

I - Secretário de Estado dos Direitos Humanos, que o presidirá;

II - Presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, que substituirá o presidente em suas faltas e impedimentos;

III - um representante da Presidência da República;

- IV - um representante do Ministério das Relações Exteriores;
- V - um representante do Ministério do Desenvolvimento Agrário;
- VI - um representante do Ministério da Ciência e Tecnologia;
- VII - um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- VIII - um representante do Ministério do Trabalho e Emprego;
- IX - um representante do Ministério da Cultura;
- X - um representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDA;
- XI - um representante do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - CONADE;
- XII - um representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - CNCD; e
- XIII - um representante do Grupo de Trabalho Interministerial e Valorização da População Negra.

§ 1º O Presidente do Comitê de Avaliação e Acompanhamento do Programa Nacional de Ações Afirmativas poderá convidar para participar das reuniões um membro do Ministério Público do Trabalho.

§ 2º Os membros de que tratam os incisos III a XIII serão indicados pelos titulares dos órgãos representados e designados pelo Ministro de Estado da Justiça.

Art. 5º Os trabalhos de Secretaria-Executiva do Comitê de Avaliação e Acompanhamento de Ações Afirmativas serão prestados pelo IPEA.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de maio de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Miguel Reale Junior

Celso Lafer

Paulo Jobim Filho

Guilherme Gomes Dias

Francisco Weffort

Ronaldo Mota Sardenberg

José Abrão

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 14.5.2002

DOE - SEÇÃO I - 16/12/03

DECRETO Nº 48.328, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2003

Institui, no âmbito da Administração Pública do Estado de São Paulo, a Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes e dá providências correlatas

GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

Artigo 1º - Fica instituída, nos termos deste decreto, no âmbito da Administração Pública do Estado de São Paulo, a Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes.

Parágrafo único - Compreendem-se como afrodescendentes os pretos e os pardos, assim definidos, quando necessário, por autotransclassificação.

Artigo 2º - Fica criada, junto à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, a Comissão de Coordenação e Acompanhamento da Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes, composta dos seguintes membros, designados pelo Governador do Estado:

I - o Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania, que será seu Presidente;

II - 1 (um) representante de cada uma das seguintes Secretarias de Estado:

a) Casa Civil;

b) Secretaria de Economia e Planejamento;

c) Secretaria da Segurança Pública;

d) Secretaria da Educação;

e) Secretaria da Saúde;

f) Secretaria da Cultura;

g) Secretaria da Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo;

III - 1 (um) representante da Unidade de Assessoramento em Comunicação, da Casa Civil;
IV - 3 (três) representantes do Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra;
V - 1 (um) representante da Universidade de São Paulo - USP;
VI - 1 (um) representante da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP;
VII - 1 (um) representante da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP;
VIII - 4 (quatro) representantes de organizações não-governamentais ligadas à proteção e defesa dos direitos dos afrodescendentes;
IX - 4 (quatro) representantes de entidades a serem escolhidas pelo Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania, dentre os nomes a serem indicados pelas mesmas.

§ 1º - A Comissão poderá dispor sobre a constituição de Subcomissões e Grupos de Trabalho para análise e discussão de temas específicos.

§ 2º - Cada Secretaria de Estado poderá disciplinar, internamente, a consulta ou participação de representantes de organizações não-governamentais ligadas à proteção e defesa dos interesses dos afrodescendentes na elaboração das respectivas propostas.

Artigo 3º - À Comissão de Coordenação e Acompanhamento da Política de Ações Afirmativas para Afrodescendentes cabe:

I - sugerir diretrizes e procedimentos administrativos com vistas a garantir a adequada implementação da Política;
II - submeter à apreciação do Governador do Estado as propostas de diretrizes complementares, com vistas à adequada execução da Política e ao seu aprofundamento;
III - apoiar, avaliar e supervisionar a implementação da Política, sugerindo a adoção de medidas destinadas a garantir a continuidade e a efetividade das suas ações;
IV - coordenar a realização de oficinas e cursos sobre ações afirmativas para os servidores de recursos humanos e coordenadores de área, bem como campanhas de sensibilização dos servidores para o problema da exclusão social e necessidade de ações afirmativas.

Artigo 4º - A Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania deverá:

I - instituir o Prêmio “Ações Afirmativas para Afrodescendentes”, contemplando as políticas internas e externas de organizações, públicas ou privadas, que mais se destaquem na promoção das referidas ações afirmativas;
II - organizar concurso para escolha da propaganda de divulgação do Prêmio “Ações Afirmativas para Afrodescendentes”;
III - coordenar a realização de censo sócio-econômico e étnico dos servidores paulistas, da Administração direta e indireta, a fim de orientar o planejamento e a definição de ações afirmativas neste campo, a ser realizado pela Fundação Prefeito Faria Lima - Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - CEPAM;
IV - contribuir para o atendimento e a orientação dos indivíduos que sofrerem discriminação, mediante seu atendimento nos Centros de Integração da Cidadania - CICs;
V - providenciar a titulação de terras das comunidades quilombolas de Galvão (entre os Municípios de Eldorado e Iporanga), Pedro Cubas (Município de Eldorado) e Praia Grande (Município de Iporanga), até o final de 2003;
VI - providenciar o reconhecimento para titulação através de Relatório Técnico-Científico - RTC das comunidades de Morro Seco (Município de Iguape), Biguazinho (Município de Miracatu) e Pedro Cubas de Cima, até o final de 2003.
Parágrafo único - A promoção de ações afirmativas para afrodescendentes, segundo as diretrizes deste decreto, considera-se promoção de direitos humanos, para os fins dispostos na Lei nº 10.992, de 21 de dezembro de 2001.

Artigo 5º - A Secretaria da Saúde deverá, observadas suas atribuições no Sistema Único de Saúde:

I - estender o Programa de Saúde da Família - PSF para todos os Quilombolas existentes no Estado de São Paulo, se necessário com a adoção de incentivo do Governo do Estado para os municípios envolvidos, garantindo o acesso e o aperfeiçoamento da qualidade da atenção primária em saúde, para 100% (cem por cento) dessas

comunidades, que costumam ser isoladas (rurais) ou com condições sociais que aumentam os riscos de doenças;

II - realizar grande campanha educativa para todos os médicos, com relação à anemia falciforme, envolvendo a Sociedade de Pediatria e voltada para o diagnóstico precoce e a prevenção de danos à saúde dos portadores desta doença;

III - incluir o tema de doenças epidemiologicamente prioritárias para a Comunidade Negra, nos treinamentos e capacitações realizados pelos órgãos formadores dos profissionais do Programa de Saúde da Família - PSF, ligados à Secretaria da Saúde.

Artigo 6º - A Secretaria da Educação deverá:

I - no exercício das prerrogativas fixadas no artigo 24, IX e §§ 1º a 4º, da Constituição Federal, desenvolver um plano de ação para capacitação dos docentes e inclusão, no currículo das escolas da rede pública estadual, do ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira, na forma da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com a alteração prevista na Lei Federal nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, e legislação correlata;

II - desenvolver o “Programa São Paulo: Educando pela Diferença para a Igualdade” - Capacitação dos professores das áreas de Educação Artística, Literatura e História a ser discutida com os representantes da Comunidade Negra.

Parágrafo único - O Secretário da Educação criará, mediante resolução, comissão para o desenvolvimento do programa a que se refere o inciso II deste artigo.

Artigo 7º - A Secretaria da Cultura deverá:

I - realizar o Censo dos Servidores Públicos da Secretaria da Cultura, estabelecendo comparações a partir de variáveis sexo (gênero) e raça (etnia) identificando em que aspectos e graus se reproduzem a exclusão, a segregação ocupacional e as desigualdades e publicar um caderno com os resultados;

II - instituir cursos da cultura da África e dos afrodescendentes e de história dos deuses africanos e incluir nas oficinas culturais artistas afrodescendentes, como escritores, autores, diretores de teatro, músicos, artistas plásticos, etc.;

III - instituir:

- a) oficinas regulares para educadores, na Divisão de Arquivo do Estado, sobre a história cultural dos afrodescendentes de São Paulo;
- b) a produção de instrumentos de origem africana no Conservatório Dramático e Musical “Dr. Carlos de Campos”, de Tatuí;
- c) cursos livres sobre a influência da música africana na música brasileira, no Centro de Estudos Musicais “Tom Jobim - Maestro Antônio Carlos Brasileiro de Almeida Jobim”;
- d) a Semana do Continente Africano no Museu da Casa Brasileira;
- e) o prêmio Solano Trindade para Jovens Criativos das Escolas de Arte Cênica;

IV - criar um observatório de monitoramento e avaliação dos projetos e experiências positivas no combate à discriminação de gênero e raça nas diferentes áreas da cultura;

V - estabelecer a inclusão de afrodescendentes no Conselho Estadual da Cultura, no Conselho Paulista de Cinema, no Conselho Consultivo do programa estadual de leitura denominado “SÃO PAULO: UM ESTADO DE LEITORES” e na Comissão Especial de Programação Cultural da Loteria da Cultura;

VI - junto aos quilombos, instituir uma programação cultural, criar salas de leitura, publicar sua história cultural e elaborar um calendário de suas manifestações culturais;

VII - articular a instituição de cursos para jovens criativos, nas Escolas de Comunicação, referentes ao Dia da Consciência Negra e a criação de núcleos de pesquisa da Cultura Negra Regional em parceria com universidades;

VIII - promover a preservação e revitalização do patrimônio material e imaterial dos sítios, terreiros e casas da cultura tradicional de matrizes africanas;

IX - desenvolver um manual com sugestões para implementação de ações afirmativas e estimular a sociedade civil e as secretarias de cultura dos municípios a formularem programas e projetos para a promoção da igualdade racial e a apoiarem manifestações culturais dos afrodescendentes;

X - incorporar, junto ao Mapa Cultural da Secretaria da Cultura, as manifestações culturais relacionadas à comunidade afrodescendente, bem como incentivar e propiciar a realização de feiras étnicas temáticas e criar a 1ª Mostra de Arte Cênica Afrodescendente.

Artigo 8º - A Secretaria da Segurança Pública deverá:

- I - avaliar e adotar meios e medidas que contribuam para o aumento das denúncias e a eficiência da investigação de crimes raciais, dotando as unidades policiais pertinentes dos meios e da capacitação adequados;
- II - analisar a conveniência da criação de Delegacias Especializadas de Crimes Raciais;
- III - inserir, no curso de Direitos Humanos ministrado aos policiais em formação, o tratamento das questões relativas a etnia e discriminação.

Artigo 9º - A Secretaria da Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo fornecerá ao Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo - CRUESP o suporte necessário para a realização de estudos objetivando a instituição do Programa Estadual de Inclusão Social e Ação Afirmativa no Ensino Superior.

Artigo 10 - A publicidade institucional do Governo do Estado de São Paulo, na administração direta e indireta, observará a pluralidade étnica da população brasileira, buscando aproximar-se das proporções obtidas pelo Censo realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Artigo 11 - Ficam mantidas as disposições em vigor que instituem ações em benefício dos afrodescendentes, em especial o Decreto nº 41.774, de 13 de maio de 1997.

Artigo 12 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 15 de dezembro de 2003

GERALDO ALCKMIN

João Carlos de Souza Meirelles

Secretário da Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo

Cláudia Maria Costin

Secretária da Cultura

Gabriel Chalita

Secretário da Educação

Alexandre de Moraes

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania

Andrea Calabi

Secretário de Economia e Planejamento

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Saulo de Castro Abreu Filho

Secretário da Segurança Pública

Arnaldo Madeira

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 15 de dezembro de 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Gabinete do Secretário

RESOLUÇÃO SS nº 004, de 13 de janeiro 2006.

Constitui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

O Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e considerando,

- as diretrizes nacionais de combate a todas as formas de discriminação, em especial, a discriminação racial, étnica e sexual em serviços de saúde, bem como a portadores de condições mórbidas ou deficiências específicas;
- que o desenvolvimento da equidade no Sistema Único de Saúde - SUS requer o reconhecimento dos diferenciados graus de vulnerabilidade a que estão expostos os diversos segmentos da sociedade brasileira;
- que a população negra possui demandas e problemas específicos relacionados com a saúde, que exigem ações particulares do Sistema Único de Saúde - SUS;

Resolve:

Artigo 1º – Constituir o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, com as seguintes atribuições:

I – acolher, analisar, avaliar e orientar a Secretaria de Estado da Saúde sobre as propostas advindas da sociedade civil, de instituições não governamentais ou de outros órgãos e setores governamentais, que tenham como objetivo a promoção da equidade racial/étnica na atenção à saúde;

II – elaborar propostas de intervenção referentes à questão da equidade racial/étnica na atenção à saúde, que envolvam as diversas instâncias e órgãos prestadores da Secretaria de Estado da Saúde;

III – propor e participar de iniciativas intersetoriais, especialmente em conjunto com as demais instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS (municípios e Ministério da Saúde), relacionadas com o desenvolvimento de ações de promoção da equidade racial/étnica na atenção à saúde;

IV – colaborar no acompanhamento e avaliação das políticas e ações do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, que tratem da diversidade racial/étnica e da promoção da equidade racial/étnica;

Artigo 2º – O Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo será composto pelos seguintes membros permanentes:

- a) representantes da Coordenação de Controle de Doenças - CCD, que coordenará os trabalhos;
- b) representantes do Gabinete do Secretário;
- c) pesquisador(a)s do Instituto de Saúde;
- d) representantes da Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS;
- e) representantes da Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS;
- f) representantes da Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH;
- g) representantes da Coordenadoria de Planejamento em Saúde – CPS;
- h) representantes da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – CCTIES;
- i) representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP;
- j) representantes do Conselho Estadual de Saúde - CES;
- k) representantes do Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo;
- l) representantes da Secretaria da Justiça;

Parágrafo Primeiro – Poderão ainda constituir-se em membros permanentes do Comitê, técnicos da SES, representantes das Universidades, Centros de Pesquisa e Organizações da Sociedade Civil sediados no Estado de São Paulo, que possam colaborar em suas atividades.

Parágrafo Segundo – Para o bom desempenho de suas atribuições, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra poderá instituir formalmente Grupos de Trabalho por tempo determinado, que tratem de questões espe-

cíficas relacionadas com a saúde da população negra, convidando sempre que necessário, profissionais e representantes de Universidades, Centros de Pesquisa, Organizações Não Governamentais e outros que possam colaborar com o desenvolvimento dos trabalhos.

Parágrafo Terceiro – O comitê deverá contar, a princípio, com quatro Grupos de Trabalho: Aids; população quilombola, mortalidade materna e anemia falciforme.

Artigo 3º – Os integrantes do Comitê ora instituído terão mandato de 3 anos, com reuniões mensais.

Artigo 4º – As atividades do Comitê são de caráter público, não podendo ser remuneradas em qualquer hipótese.

Artigo 5º – O apoio administrativo necessário ao funcionamento do Comitê será responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenação de Controle de Doenças - CCD.

Artigo 6º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação:

LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA
Secretário de Estado da Saúde
(REPUBLICADO POR HAVER SAÍDO COM INCORREÇÕES)

BIS - Boletim do Instituto de Saúde
nº 31 - Dezembro 2003

Perguntar a cor e raça é racismo?

O impacto da autoclassificação na rotina de um serviço de saúde pública em São Paulo

Andréa Santos Rafael*

* Médica Infectologista, Mestre em Doenças Infecciosas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Assistente da Diretoria CE-DST/Aids – SP. Email: andrearafael@crt.saude.sp.gov.br

Me desculpe, mas qual é a sua cor? Hoje esta frase carrega um sentido provocativo, porém há bem pouco tempo ela traduzia nosso embaraço ao consultarmos os usuários quanto ao quesito cor e raça, no nosso primeiro contato com a autoclassificação, no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT/DST-Aids) de São Paulo.

Nem tínhamos idéia das possíveis transformações que se iniciavam em nós, profissionais de saúde de um serviço que atende aproximadamente 3.500 portadores de HIV/ Aids em um dos seus ambulatórios e que precisava atualizar urgentemente os dados de identificação dos seus usuários.

Nosso foco de atenção era o contrato de segredo que iríamos estabelecer com cada indivíduo, com relação às formas do CRT entrar em contato com seus clientes, tendo em vista o enorme número de falsos endereços e telefones que nossos pacientes nos forneciam. Ninguém queria ser localizado em seu trabalho ou domicílio, com medo de ser revelada a sua situação de portador do HIV. Apesar de que a supervisão dos cuidados quanto à ética e ao sigilo no contato com nossos usuários fosse uma preocupação constante, ainda não havíamos passado por uma situação de campanha, nossos dados estavam desatualizados, não conseguíamos, por exemplo, desmarcar ou remarcar consultas adequadamente. Esta limitação de comu-

nicação trazia prejuízos e desgastes para o serviço, e para os usuários, que, muitas vezes, só sabiam do reagendamento, quando compareciam ao CRT. Por tudo isso chegara o nosso momento de uma reflexão conjunta sobre a ética, sigilo, cidadania e respeito mútuo entre instituição e clientela. Convo-camos voluntários para aplicar a ficha de atualização de matrícula com seu respectivo contrato de sigilo, mas era preciso parar e rever todo o processo, havia uma tarefa adicional:

Incorporar a autoclassificação para cor e raça ao nosso questionário...”*Quer dizer que a gente vai ter de perguntar também aos usuários qual é a cor e a raça deles?*”; “

Mas perguntar sobre a cor e raça das pessoas não é racismo?” Reagimos com estupefação e algum incômodo começou a brotar, pois, a partir daquele momento, percebemos o quanto é difícil falar sobre a cor da pele ou raça das pessoas no Brasil, tanto para quem pergunta quanto para quem responde.

Neste país, até há poucos anos escravocrata, chamar as pessoas de “preto (a)” tornou-se quase sinônimo de desmerecimento. A cor da pele e/ou raça das pessoas é assunto vetado em nossos círculos de família ou de amigos. No entanto comentários sobre questões raciais permeiam as conversas de pé de ouvido, ou desabaços irônicos nos elevadores, cozinhas e corredores. No Brasil não é costume perguntar a cor/raça das pessoas. Este traço da nossa cultura também estava introjetado em nós, profissionais de saúde, que não nos sentíamos nem um pouco à vontade nem entendíamos a necessidade de pesquisarmos desta forma este item. Afinal de contas, todo mundo, lá matriculado, já tinha sido identificado por outro profissional como pertencente ao mundo dos brancos, pardos, negros ou amarelos, no clássico método de heteroclassificação...

Para que perguntar isso a cada um deles na campanha de atualização de matrícula?

Nossa experiência talvez possa ajudar outros serviços, pois, no início, não estávamos preparados para esta rotina, e nosso primeiro passo foi entender melhor e compartilhar com a equipe de profissionais e voluntários

o objetivo e importância deste dado. Tivemos de passar por um processo de discussão, no qual constatamos que o primeiro fator importante é a maneira pela qual cada indivíduo se reconhece, e não a idéia que fazemos dele, ao olharmos a cor da sua pele. Existem pessoas de cor preta que não se identificam como pretos, assim como há pessoas de pele clara enraizadas na cultura negra.

Esta foi a nossa primeira lição, a heteroclassificação é falha e não reflete o conjunto de valores étnico-raciais a que pertence um indivíduo ou grupo de pessoas, como os nossos pacientes.

A segunda etapa foi discutir com a equipe a necessidade de levantar este dado, momento de aprender sobre as desigualdades de incidência de mortalidade pelo HIV/

Aids nos indivíduos negros e brancos, incluindo dados do próprio CRT. Aos poucos, foi tornando-se evidente que precisávamos realizar um diagnóstico mais adequado para avaliar se estratégias adicionais deveriam ser pensadas para esta ou aquela população. Foi um longo processo de discussão, envolvendo toda a equipe e, muito mais profundamente, os voluntários, que fariam o corpo-a-corpo com os usuários. Revimos nossos conceitos e sentimentos, em relação ao racismo, assistimos a vídeos e palestras epidemiológicas, foi um trabalho de treinamento e capacitação, para que nossos entrevistadores pudessem perguntar mais tranquilamente aos usuários a qual cor/raça eles pertenciam. Nem sempre foi um processo sereno, alguns usuários respondiam “*ué, não tá vendo não?*” Outros ainda ficavam incomodados e diziam “*isto é racismo*”, mas a equipe procurava esclarecer a importância e o objetivo de levantar este dado desta maneira.

Foi uma experiência realmente transformadora, não só em nossas vidas mas também pelos principais resultados levantados. Um deles foi o surgimento de uma população que se auto classificou como indígena, formada por 24 usuários da instituição que haviam sido anteriormente classificados (heteroclassificação) como brancos (22) e negros (2). A oportunidade de expressão e reflexão das pessoas sobre as questões étnico-raciais foi muito enriquecedora, deu-nos oportunidade para perceber falhas, possibilitando melhorar nosso atendimento, rever estratégias e ampliar nosso olhar de cuidadores da saúde mais adequados às singularidades de cada indivíduo.

HISTORIA DOS CENSOS NO BRASIL

Você sabia que o tamanho da população brasileira é conhecido desde o período colonial?

Até 1872 os dados sobre a população brasileira eram obtidos de forma indireta, isto é, não eram feitos levantamentos com o objetivo estrito de contar o número de habitantes. As fontes de dados eram relatórios preparados com outras finalidades, como os relatórios de autoridades eclesiásticas, sobre os fiéis que freqüentavam a igreja, e os relatórios de funcionários da Colônia, enviados para as autoridades da Metrópole. Usava-se, também, como fonte de informação, as estimativas da população fornecidas pelos Ouvidores, ou outras autoridades, à Intendência Geral da Polícia.

Somente a partir de 1750, visando a objetivos estritamente militares, a Coroa Portuguesa decidiu realizar levantamentos, de forma direta, da população livre e adulta, apta a ser convocada para a defesa do território.

O primeiro regulamento censitário no Brasil data de 1846. Tal regulamento definiu o caráter periódico do censo demográfico, fixando um intervalo de 8 anos. Somente em 1850 o governo foi autorizado a despender os recursos necessários para a realização de uma operação do porte de um censo demográfico. O primeiro censo, então, foi programado para ocorrer em 1852.

Entretanto, a operação prevista para 1852 não foi realizada: a população revoltou-se e impediu o levantamento que já estava em pleno início de execução! Revoltou-se contra o Decreto no 797/junho de 1851, então conhecido como a “lei do cativo”. Acreditava-se que o decreto era uma odiosa medida governamental visando à escravização dos homens de cor. Este episódio foi suficiente para adiar por 20 anos a realização do primeiro censo.

Em 1870, um novo regulamento censitário determinou que os censos cobririam todo o território nacional e que deveriam ocorrer a cada 10 anos.

Dois anos mais tarde, em 1872, foi realizado o primeiro recenseamento nacional no país, o qual recebeu o nome de Recenseamento da População do Império do Brasil. Depois deste e até 1940, novas operações censitárias sucederam-se em 1890, 1900 e 1920. Em 1910 e em 1930, não foram realizados os recenseamentos.

Com a criação do IBGE, em 1938, e com a contribuição do renomado demógrafo italiano Giorgio Mortara, inaugurou-se a moderna fase censitária no Brasil. Caracterizada, principalmente, pela periodicidade decenal dos censos demográficos, nessa nova fase foi ampliada a abrangência temática do questionário com introdução de quesitos de interesse econômico e social, tais como os de mão-de-obra, emprego, desemprego, rendimento, fecundidade, migrações internas, dentre outros temas.

O período logo após o censo de 1991 esteve fortemente marcado pela integração com a sociedade. O IBGE incentivou essa integração: estimulando a discussão para reformular alguns itens já constantes do questionário e para incorporar novos ao Censo 2000. A participação cada vez maior e a importantíssima contribuição dos governos municipais e estaduais no preparo dos mapas que apóiam os trabalhos do Censo são um reflexo dessa tendência. Todo o Brasil, hoje, pode participar!

IBGE. O Censo de 2000. Disponível em
<http://www1.ibge.gov.br/ibgeteen/censo2k/index.html>

SUGESTÕES DE LEITURAS, VIDEOS, FILMES e SITES

Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Realização: Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, agosto de 2004.

Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_basicos_snsnpn.pdf

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicapopnegra.pdf>

Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/>

Saúde da População Negra: contribuições para a equidade - Funasa

Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf

Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: subsídios para ações no âmbito do SUS. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2007. CDRoom.

Quesito Cor (folheto informativo)

Disponível em:
http://www.combateoracismoinstitucional.com/images/padf/quesito_cor.pdf

Promovendo a equidade na atenção à saúde (folheto informativo)

Disponível em: http://www.combateoracismoinstitucional.com/images/padf/equidade_saude.pdf

Disponível em:

http://www.combateoracismoinstitucional.com/images/padf/equidade_saude.pdf

A historia dos censos no Brasil

Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/ibgeteen/censo2k/index.html>

Declaração sobre a Raça e os Preconceitos Raciais.

Disponível em:

<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm>.

Atlas Racial Brasileiro

www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php

SILVA JR, Hélio. (Org). O Papel da Cor/Raça/Etnia nas Políticas de Promoção da Igualdade. Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade. 2003. São Paulo.

Informações em:

<http://www.ceert.org.br/modulos/publicacoes/publicacoes.php>

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra : Brasil ano 2001 Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf

WERNECK, Jurema. Segurança e justiça nas cores.

Disponível em: www.social.org.br/relatorio2003/relatorio030.htm

O desafio de eliminar o racismo no Brasil: a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial"

Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/Racismo%20-%20texto%20do%20Peck.pdf>

ARTICULAÇÃO para o Combate ao Racismo Institucional e Instituto AMMA Psique e Negritude. Identificação e Abordagem do racismo Institucional. DFID. Brasília, 2007

BARBOSA, Raquel. A questão do quesito raça/cor nos prontuários do Programa Sentinela. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2007.

Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PEED0617-D.pdf>

BATISTA, L. E.; KALCHMANN, S. (Org.). *Em busca da equidade no SUS: seminário saúde da população negra no estado de São Paulo*, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/>

BENTO, M. A. S. *A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da Prefeitura de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/>

GUIMARÃES, Marco Antonio. Vulnerabilidade subjetiva. Anais do Seminário “A Vulnerabilidade da População Afrobrasileira à Epidemia de HIV/Aids”; 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil; 200LAGUARDIA, Josué. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. *Revista de Estudos Feministas*, abril de 2006, vol. 14, n.1.

Disponível:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100013&lng=pt&nrm=isso

LOPES, Fernanda. *Por que trabalhar com o quesito cor?*

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAD986753-A81A-4A4E-AEFF-8BBEEF5782E8%7D/cor.doc>

LOPES, Fernanda. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

LOPES, F.; BATISTA, L. E. Cor/raça e mortalidade. *Boletim Epidemiológico do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo*, São Paulo, ano XXII, n. 1, p. 4-8, out. 2003.

LOPES, F.; MALACHIAS, E. Cor/raça e AIDS. *Boletim de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo*, São Paulo, ano XIX, n. 2, p. 3-5, out. 2001.

MACHADO K.; CARVALHO M., “Invisibilidade, a maior das dores”. *Radis, comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, nº 20, pg 8-11, abril 2004.

Disponível em:

http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_20.pdf

OSORIO, R. G. O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE. Brasília, DF: Mi-

nistério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2003. (Texto para discussão, 996).

Disponível em:

http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0996.pdf

ADORNO, Rubens de C.F. et al. Quesito cor no sistema de informação em saúde.

Estud. av. [online]. 2004, v. 18, n. 50, pp. 119

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142004000100011&script=sci_arttext

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do et al. A percepção das profissionais de saúde a respeito da identificação racial nos formulários da assistência pré-natal* *Rev Paraninfo Digital*, 2007;1.

Disponível em:

<http://www.index-f.com/para/n1/p114.php>

HOFBAUER, Andréas. O conceito de “raça” e o ideário do “branqueamento” no século XIX – bases ideológicas do racismo brasileiro. *Teoria E Pesquisa* 42 e 43 Janeiro - Julho de 2003

<http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/57/47>

SILVA, Wagner Machado da. Mortalidade Materna de Adolescentes Negras: A Invisibilidade da Cor. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2006

Disponível em:

<http://www.tede.ufsc.br/teses/PSPB0138-D.pdf>

MAIO, Marcos Chor et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/19.pdf>

GIOVANETTI, Márcia Regina et al. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. *Saude soc.* [online]. 2007, v. 16, n. 2, pp. 163-170.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200016&script=sci_arttext&tlng=

THEODORO, Mário. (Org.) et al. *As Políticas Públicas e a Desigualdade Racial no Brasil – 120 Anos após a abolição*. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008.

Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro_desigualdadesraciais.pdf

VÍDEOS

Promovendo a Equidade na Atenção à Saúde. Realização Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI

http://64.246.56.111/video.pnud.org.br/videos/racismo/promoven_256.wmv

Quesito Cor. Realização Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI

http://64.246.56.111/video.pnud.org.br/videos/racismo/promoven_256.wmv

Saúde de Desenvolvimento com Equidade. Realização Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

www.combateaoracismoinstitucional.com

Discriminação, Minorias e Racismo. Realização Associação Nacional de Direitos Humanos – Pesquisa e Pós-Graduação – ANDHEP

<http://www.andhep.org.br/content/blogcategory/29/80/>

Programa de Combate ao Racismo Institucional. Realização Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional – DFID

www.combateaoracismoinstitucional.com

Zumbi Somos Nós. Documentário, 52 minutos. 2006. Realizado pelo coletivo Frente 3 de Fevereiro. <http://www.frente3defevereiro.com.br/>

Retrato em preto e branco. Roteiro e direção: Joel Zito Araújo. São Paulo, Ceert, Vista minha pele. Direção: Joel Zito Araújo. São Paulo, Ceert, 2004. www.ceert.org.br

Narciso Rap. Direção: Jeferson De. São Paulo, Prefeitura de São Paulo / Secretaria Municipal de Educação / Projeto Vida, 2004.

FILMES

Abolição (BRA, 1987, 150 min.) Documentário. Direção: Zózimo Bulbul

A Negação do Brasil (BRA, 2000, 90 min.) Documentário. Direção: Joel Zito Araújo

Kiriku e a feiticeira. Direção: Michel N´Dour. França/Bélgica, Cult Filmes, 1998.

Filhas do vento. Direção: Joel Zito Araújo. Rio de Janeiro, Asa, 2005.

Quilombo. Direção Cacá Diegues. Brasil, 1984.

LINKS

GOVERNAMENTAIS:

www.aids.gov.br
www.crt.saude.sp.gov.br
www.ibge.gov.br
www.ipeadata.gov.br
www.isaude.sp.gov.br
www.planalto.gov.br/seppir
www.pnud.org.br
www.rndh.gov.br
www.seade.gov.br

NÃO-GOVERNAMENTAIS:

www.afrobas.org.br

www.afropress.com

www.ammapsique.org.br

www.ceert.org.br

www.criola.org.br

www.combateaoracismoinstitucional.com

www.dialogoscontraoracismo.org.br

www.geledes.org.br

www.gvtr.kit.net

www.irohin.org.br

www.leliagonzalez.org.br

www.mulheresnegras.org

www.redesaude.org.br

www.rets.org.br

www.unfpa.org.br

GLOSSÁRIO¹

Ações afirmativas. As ações afirmativas correspondem a um tipo de política compensatória dirigida à correção de desigualdades/disparidades e discriminações forjadas com base nas dimensões de gênero, etnia, raça, porte de deficiência permanente, idade. Trata-se de medidas especiais e temporárias instituídas pelo Estado e/ou suas instituições, bem como pela iniciativa privada, de forma espontânea, facultativa ou compulsória (obrigatória).

O conceito originou-se na Índia imediatamente após a Primeira Guerra Mundial (1914-1919) a fim de proteger os interesses dos segmentos populacionais (castas) inferiorizados naquela sociedade. Seu desenvolvimento se realizou com os processos de independência dos países africanos, da Ásia, do Caribe e do Pacífico Sul – antes colonizados por nações européias –, tendo se popularizado após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). As ações afirmativas não surgiram, portanto, no contexto de luta pela garantia dos direitos civis da população negra nos Estados Unidos, na década de 1960. Em todo caso, esse foi um episódio emblemático para difusão dessa categoria política. No Brasil, as políticas de ação afirmativa destinadas à população negra têm se dirigido basicamente aos campos da educação, do emprego e da saúde. Ver: Focalização, Políticas Afirmativas.

Referência:

WEDDERBURN, Carlos Moore. Do marco histórico das políticas de ações afirmativas – perspectivas e considerações. *In*: SANTOS, Sales Augusto dos (org.). *Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas*. Brasília: MEC/SECAD, 2005.

¹Fonte: Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde. Programa de Combate ao Racismo Institucional. Realização DFID – Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional Brasília, maio de 2007. *In*. Conceitos e expressões importantes no enfrentamento do racismo institucional.

Autodeclaração de cor. Procedimento para a construção de registros estatísticos, a identificação racial pode ser opcional (de escolha) e contextual, depende da forma como a informação é solicitada e da repercussão social e econômica (benefícios e prejuízos) que essa categorização pode implicar. No Brasil, há uma divergência evidente na autoclassificação de negros politicamente engajados e aquela adotada pelas bases não mobilizadas, deixando nítida a ideologia do embranquecimento que marca significativamente o inconsciente e o imaginário coletivos. Logo, a cor ou pertencimento racial que alguém se atribui é confirmado ou negado pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e o reconhecimento a partir do olhar do outro.

Referências:

LOPES, Fernanda. Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito Cor na saúde. *Suplemento 6 do Boletim Epidemiológico Paulista – Saúde da População Negra no Estado de São Paulo*, volume 3, dezembro de 2006.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. *O Sistema Classificatório se “Cor ou Raça” do IBGE (Texto para Discussão n. 996)*. Brasília: Ipea, novembro de 2003.

Branqueamento. Traço marcante do racismo brasileiro, a ideologia do branqueamento figurou como peça chave nos projetos de modernização nacional postos em curso no Brasil entre meados do século XIX e primeiras décadas do XX. Visava a promover a diluição/eliminação da presença africana e ameríndia entre a população do país. Entre as estratégias adotadas, empreendeu-se o incentivo à entrada de imigrantes europeus, seguida da marginalização e exclusão dos afro-brasileiros e indígenas dos espaços sociais, políticos, econômicos e culturais de prestígio. Paralelamente, naturalizou-se a associação do fracasso social e econômico com a cor negra e do sucesso com a cor branca. Nesse sentido, o apelo à miscigenação e a exaltação da imagem do “país mestiço” serviram ao mesmo propósito de limpeza étnico-racial, não à promoção de uma democracia racial efetiva no Brasil. Ver: mito da democracia racial, miscigenação e racismo.

Referências:

MUNANGA, Kabengele. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil – identidade nacional versus identidade negra*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SANTOS, Gislene Aparecida dos. *A invenção do ser negro: um percurso das idéias que naturalizavam a inferioridade dos negros*. São Paulo: Educ/Fapesp; Rio de Janeiro: Pallas, 2002.

Comunidades remanescentes de quilombos / Comunidades quilombolas. De acordo com o artigo 2º, do Decreto 4.887, de 20 de novembro de 2003, consideram-se comunidades remanescentes de quilombos, “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Em sua origem, os quilombos foram organizações sociais e comunitárias formadas por ex-escravizados libertos e/ou fugidos, com o objetivo de promover a segurança e a sobrevivência de seus membros. Localizadas quase sempre em áreas rurais, as comunidades remanescentes de quilombos, atualmente, podem também ser encontradas em zonas urbanas. O exemplo mais conhecido de sociedade quilombola foi Palmares, localizado entre os atuais estados de Alagoas e Pernambuco. O Quilombo de Palmares foi criado em fins do século XVI e resistiu por aproximadamente setenta anos, até 1695, tendo entre suas lideranças personalidades históricas: mulheres, como Aqualtume, Acotirene e Dandara; e homens, como Ganga Zumba e Zumbi.

Referência:

BRASIL. Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm.

Discriminação. Práticas de restrição, desrespeito e/ou violação dos direitos objetivos de outras pessoas em razão de fatores como cultura, religião, raça, etnia, nacionalidade, língua, classe, sexo, orientação sexual, entre outras. Supõe a classificação dos indivíduos em diferentes grupos, em que alguns recebem tratamentos distintos em detrimento dos demais, sendo comumente reprodutores de preconceitos naturalizados. A discriminação é considerada preconceituosa se gerar uma ação em que a pessoa ou o grupo lesado seja considerado inferior; essa forma de discriminação é crime no Brasil. Ver: apartheid, discriminação racial, preconceito, racismo e xenofobia.

Referência:

PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano – Brasil 2005: racismo pobreza e violência*. Brasília: PNUD, 2005.

Discriminação racial. Corresponde à expressão ativa ou comportamental do racismo e do preconceito racial. O preconceito e o racismo são modos de ver, concepções, representações sobre determinadas pessoas ou gru-

pos sociais racializados. A discriminação racial remete a ações em que essas representações são apresentadas por meio de práticas sociais e cotidianas, gerando situações de desvantagem e desigualdades entre os segmentos populacionais envolvidos. Manifestam-se de forma intencional ou não, seja pela atribuição de rótulos pejorativos, seja até mesmo pela negação do acesso aos bens públicos e constitucionais, como saúde, educação, justiça, habitação, participação política, etc. Ver: preconceito e racismo.

Referências:

CASHMORE, Ellis. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Summus, 2000.
SANTOS, Hélio. Discriminação Racial no Brasil. In: SABOIA, Gilberto Vergne (org.). *Anais de Seminários Regionais Preparatórios para Conferência Mundial contra Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.

Equidade. Diz-se do princípio jurídico e político de garantir igualdade na concessão de benefícios e serviços a cada um segundo suas necessidades, considerando que essas podem ser, e geralmente são, diferentes. Trata-se, pois, de “tratar diferentemente os desiguais”, sem que isso reverta em privilégios ou discriminação.

As ações afirmativas são típicos exemplos de prática da equidade. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser disponibilizados recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades específicas de quem a ele recorre. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Ver: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005.

Etnia. Derivada do grego *ethnikos*, adjetivo de *ethos*, a etnia refere-se a um povo ou nação. Durante o período moderno, segundo o historiador Joseph Ki-Zerbo (1982), o termo etnia, atribuído aos chamados povos sem escrita, foi sempre marcado pelo preconceito racista, sendo o vocábulo étnico utilizado como sinônimo de idólatra. Em sua forma contemporânea, o emprego do termo etnia ainda mantém os significados básicos no sentido em que descreve um grupo possuidor de algum grau de coerência e soli-

dariedade, composto por pessoas conscientes, ao menos em forma latente, em ter origem e interesses comuns. Tal como registra Cashmore (2000), um grupo étnico é um fenômeno cultural e não um mero agrupamento de pessoas ou de um setor da população, mas uma agregação consciente de pessoas unidas ou associadas por experiências compartilhadas.

O termo etnia, em muitos momentos, tem sido utilizado para substituir o termo raça, por parecer “mais politicamente correto”.

Essa substituição pode ser, na verdade, uma confusão de significados. Enquanto o termo raça refere-se aos atributos dados a um determinado segmento, o termo etnia ou grupo étnico, refere-se à resposta criativa de um povo que, de alguma maneira, se sente marginalizado pela sociedade. Portanto, etnia é um termo que define a característica proeminente de um grupo que se reconhece de algum modo distinto. Ainda assim, a filiação ou bagagem étnica não é algo que se pode abandonar livremente como se fosse apenas uma opção cultural, ela é algo profundamente arraigado na consciência das pessoas durante anos de socialização em um grupo étnico. Ela assume características passadas de geração a geração, mas que podem ser submetidas a um questionamento das sucessivas gerações e sofrer modelação; como elemento cultural, ela não é estática, é dinâmica, o que permite (re)apropriações, (re)leituras e (re)interpretações de dentro e de fora do grupo. Ver: Raça.

Referências:

CASHMORE, Ellis. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Summus, 2000.
KI-ZERBO, Joseph. Introdução Geral. In: KI-ZERBO, Joseph (coord.). *História Geral da África*, Volume I: Metodologia e pré-história da África. São Paulo: Ática; Paris: Unesco, 1982.

Estereótipo. Trata-se de uma generalização excessiva a respeito do comportamento ou de outras características de membros de determinados grupos sociais. Os estereótipos podem ser positivos ou negativos, sendo os últimos normalmente mais ressaltados. Mesmo os ostensivamente positivos podem comumente remeter a uma avaliação negativa. Ver: intolerância, preconceito, machismo, racismo e sexismo.

Referência:

CASHMORE, Ellis. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Summus, 2000.

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano. É uma medida comparativa com base em três categorias analíticas: PIB per capita, longevidade e educação. O objetivo da elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano é oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Além de computar o PIB per capita, o IDH o corrige pelo poder de compra da moeda de cada país. A renda é mensurada pelo PIB per capita em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um. Em 2000, a população branca do Brasil apresentava um IDH-M (variante municipal) de 0,814, enquanto o IDH-M da população negra era de 0,703. Caso formassem uma nação à parte, os brancos, com um nível de desenvolvimento humano alto (acima de 0,800), ficariam na 44ª posição no ranking do IDH das nações.

Já a população negra, com um nível de desenvolvimento humano médio (entre 0,500 e 0,799), teria IDH compatível com a 105ª posição.

Um recorte por regiões mostra que o Brasil abriga, em uma ponta, uma população com desenvolvimento humano semelhante ao da Polônia (brancos do Sudeste, com IDH de 0,833, equivalente à 37ª posição no ranking de países) e, em outra, um grupo com condições de vida semelhantes às da Bolívia (negros do Nordeste, com IDH-M de 0,652, equivalente à 115ª posição). No caso da população negra, em 2000, não havia região brasileira em que o IDH-M estivesse acima de 0,750. Esses dados sugerem que há uma combinação entre desigualdades regionais e raciais. É evidente que as desigualdades raciais medidas pelo IDH perpassam todas as regiões e estados do país, não existe região brasileira nem unidade da Federação onde o IDH dos negros fosse maior ou igual ao dos brancos, o mesmo valendo para cada um dos índices que compõem o indicador (longevidade, educação e renda).

Referência:

PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano* – Brasil 2005: racismo pobreza e violência. Brasília: PNUD, 2005.

Intersetorialidade. A prática da intersetorialidade em saúde é uma estratégia que visa à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, legitimando, assim, a articulação de diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão. Como registra o Ministério da Saúde, na obra *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*, “a intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população”. Ademais, constitui-se num instrumento de promoção da cidadania, ao propiciar a participação dos sujeitos sociais individuais e coletivos, e serve como estímulo ao trabalho em rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Trata-se, portanto, de uma peça importante para possibilitar a atuação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005.

Machismo. Conjunto de leis, normas, atitudes e/ou traços socioculturais que sustentam ou simulam espaços de poder aos homens com a finalidade, explícita e/ou implícita, de manter a submissão das mulheres em todos os níveis: sexual, procriativo, trabalhista e afetivo-comportamental – o que tende a negar às mulheres a extensão de prerrogativas ou direitos dos homens. Liga-se, ainda, a outras formas de preconceito, intolerância e discriminação. Ver: discriminação, gênero homofobia e sexismo.

Miscigenação. Muito mais do que representar o processo ou resultado de mistura de raças, em sua falsa dimensão biológica, a miscigenação representa um dos fatores históricos que ajudaram a construir o padrão das relações sociais no Brasil. A partir da imagem de uma sociedade miscigenada, por muito tempo se afirmou a idéia de que o Brasil havia superado o problema do racismo. Todavia, como observa Sueli Carneiro, “a miscigenação como

suposta prova de ausência de racismo e discriminação racial faz supor que em países em que se praticou racismo legal ou que viveram conflitos raciais explícitos a miscigenação tenha sido um fenômeno ausente ou irrelevante”.

Referência:

CARNEIRO, Sueli. Faz-de-conta. *Correio Braziliense*, 31 de agosto de 2006.

Mito da democracia racial. Fenômeno singular no racismo brasileiro, o mito da democracia racial corresponde à construção imaginária acerca da vigência de um harmonioso convívio entre os grupos racializados.

Trata-se de uma idéia altamente difundida por representantes de governo, intelectuais, meios de comunicação e reproduzida entre a população em geral, desde o fim do século XIX. Tendo Gilberto Freyre entre as figuras de destaque, estas teorias alimentaram uma visão do sistema escravista do Brasil como um modelo paternalista, de interações mais próximas e harmônicas entre senhores e escravos.

Com base nisso, enfatizou-se o papel da população negra escravizada na formação da nação brasileira e sua influência na cultura, na produção econômica e na prestação de serviços.

Ao mesmo tempo, foram colocados em segundo plano o dilaceramento da identidade cultural dos africanos e seus descendentes pela sociedade, o tratamento de negação e exclusão que os negros receberam do Estado e da sociedade após a abolição da escravatura e também as reações da população negra a essa situação, por meio de movimentos de resistência. As teses da democracia racial sempre tiveram seus opositores. O Movimento Social Negro teve papel importante nesse processo, como, por exemplo, nas manifestações empreendidas nos anos 1930 e nas lutas pela redemocratização do país, no fim da década de 1970. Algumas conquistas importantes efetivaram-se na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu disposições antidiscriminatórias, transformou o racismo em crime inafiançável, protegeu a manifestação das culturas indígenas e afro-brasileiras e determinou a proteção legal aos documentos locais dos antigos quilombos. Ver: discriminação racial, miscigenação, mito da democracia racial, movimento social negro.

Movimento Social Negro. A expressão movimento negro refere-se ao conjunto de organizações e instituições dedicadas a defender e a promover

os direitos de mulheres e homens negros, no contexto da luta contra o racismo. Trata-se de uma concepção ampla de movimento social, que busca contemplar a complexidade, a heterogeneidade e a multiplicidade das organizações que atuam no campo das relações raciais e combate ao racismo. Desse modo, considera-se Movimento Social Negro um conjunto plural de entidades, incluindo as organizações tradicionais, como as casas e os terreiros de religiões de matriz africana, as irmandades, os grupos culturais, blocos carnavalescos e grêmios recreativos das escolas de samba e os grupos de capoeira, as posses de rap, bem como as organizações não-governamentais antirracistas, as associações de empresários, os grupos de base comunitária, bem como o movimento hip-hop. Entre as entidades de destaque histórico do movimento negro brasileiro, têm-se a Imprensa Negra, que atuou de 1915 a 1963, o Teatro Experimental do Negro (década de 30), a Frente Negra Brasileira, na década de 1940, e o Movimento Negro Unificado (MNU), fundado em 1978. Ver: Sociedade Civil.

Naturalização. No âmbito dos costumes, corresponde ao fenômeno de incorporação pela sociedade da desigualdade, do racismo, bem como de outros fatos sociais, como ocorrências normais ou corriqueiras, que de outra forma deveriam ser considerados anômalos, irregulares ou mesmo ilegais, mas que são correntemente assumidos como parte da paisagem e da norma do cotidiano. Esta ação acaba por dificultar ainda mais a sua reversão ou seu combate, como no caso do racismo. Ver: mito da democracia racial.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSPN) define o conjunto de princípios, marcas, diretrizes e objetivos voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado e atenção à saúde, bem como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente de trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

Abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. Trata-se, portanto, de uma política transversal a ser implementada pelo conjunto das instituições federais, estaduais e municipais do SUS, a fim de garantir maior grau de equidade no que diz respeito à

efetivação do direito humano e constitucional à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção e tratamento às doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. A Política insere-se na dinâmica do SUS por meio de estratégias de gestão participativa.

Políticas Afirmativas. Políticas que priorizam grupos populacionais discriminados no contexto da luta pela universalização dos direitos. Ver: ações afirmativas e focalização.

Referência:

PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano – Brasil 2005: racismo pobreza e violência*. Brasília: PNUD, 2005.

Políticas Universais. As políticas universais de caráter público governamental, ou não, são aquelas que buscam garantir que todas as pessoas na sociedade tenham seus direitos fundamentais efetivados. Embora sejam elaboradas para atender a todas e a todos, as políticas universais nem sempre levam em consideração o impacto das desigualdades socioeconômicas e as necessidades específicas derivadas junto aos grupos populacionais historicamente discriminados, socialmente excluídos e/ou em situação de vulnerabilidade social, tais como as mulheres, os negros, os índios, os jovens e os adolescentes, entre outros.

Referência:

PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano – Brasil 2005: racismo pobreza e violência*. Brasília: PNUD, 2005.

Preconceito. Do latim *prae*, antes, e *conceptu*, conceito, preconceito remete a um conjunto de crenças e valores preconcebidos e apreendidos, sem razão objetiva ou refletida, que levam um indivíduo ou um grupo a nutrir opiniões a favor ou contra os membros de determinados grupos, antes de uma efetiva experiência com estes. No terreno das relações raciais, o emprego do termo normalmente se refere “ao aspecto negativo de um grupo herdar ou gerar visões hostis a respeito de outro, distinguível com base em generalizações”. Ver: discriminação racial, racismo.

Referência:

CASHMORE, Ellis. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Summus, 2000.

Preto, Pardo, Negro. A classificação racial é entendida como o conjunto de categorias em que os sujeitos da classificação podem ser enquadrados. Na coleta e apresentação de dados, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adota, desde 1990, cinco categorias de classificação de cor ou raça da população nacional: branca, preta, parda, amarela e indígena. Observa-se que, em termos estatísticos, pretos e pardos se distinguem bastante dos brancos, mas virtualmente diferem pouco entre si em qualquer indicador de situação ou posição social que se possa imaginar. Por isso, com base nesse sistema classificatório, torna-se possível o emprego posterior da categoria “negra”, na qual se reúnem pretos e pardos, com o objetivo de fazer referência aos descendentes de africanos no Brasil. Esse procedimento é possível uma vez que o propósito da classificação racial é se aproximar de uma caracterização sociocultural local. Do ponto de vista político, essa categoria é utilizada pelo Movimento Social Negro como algo que denota identidade, em que preto e pardo seriam apenas cores, enquanto negra seria a raça, em sua dimensão social. Ver: Autodeclaração de cor. Quesito Cor.

Referência:

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. *O Sistema Classificatório se “Cor ou Raça” do IBGE (Texto para Discussão n. 996)*. Brasília: IPEA, novembro de 2003.

Quesito Cor. O Quesito Cor é instrumento voltado à atribuição de cor a partir de uma lista de categorias-padrão utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – branca, preta, parda, amarela e indígena. Sua inclusão em vários dos documentos oficiais, bancos de dados e sistemas de informação utilizados no Brasil resulta do trabalho conjunto e do empenho de pesquisadores e pesquisadoras das áreas de demografia e saúde, técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e militantes do Movimento Social Negro, empreendidos desde a década de 1980. No campo da saúde, em 1996, o Quesito Cor passou a figurar nos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC) e, em 2000, foi incluído no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN). Antes disso já constava dos questionários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a amostra do Censo Demográfico e das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad). A maioria dos serviços que coleta a informação sobre raça/cor/etnia o faz por meio da observação.

Isso significa que um(a) funcionário(a) do serviço preenche a ficha e define, por conta própria, a cor/etnia do(a) usuário(a) do serviço, sem consultá-lo(a) – heteroclassificação.

Contudo, é importante ressaltar que, mesmo que esses(as) funcionários(as) sejam orientados(as) e capacitados(as) para coletar a informação da melhor maneira possível, o ideal é que o próprio usuário ou usuária diga qual é sua cor, seguindo as categorias utilizadas pelo IBGE (preta, parda, amarela, branca e indígena). Para os nascidos vivos é importante que a pergunta seja feita à mãe.

Em caso de morte, a informação deve ser solicitada ao declarante e, frente a outras impossibilidades, a pergunta deve ser feita à pessoa responsável. Ver: autodeclaração de cor. Preto, Pardo, Negro.

Referência:

LOPES, Fernanda. Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito Cor na saúde. *Suplemento 6 do Boletim Epidemiológico Paulista – Saúde da População Negra no Estado de São Paulo*, volume 3, dezembro de 2006.

Raça. A espécie humana é indivisível. No campo biológico-genético, as variações de traços físicos, como cor da pele e dos olhos, textura do cabelo, formato do nariz e do crânio (chamados fenótipos), não configuram a existência de diferentes raças humanas. Estudos científicos demonstraram a unidade da espécie humana, desautorizando o emprego biológico do termo. Porém, na medida em que as diferenças físicas atraem prontamente a atenção dos indivíduos em sociedade, verifica-se a confirmação social do conceito de raça, independentemente da invalidade da biológica. Assim, a categoria permanece empregada em dois contextos básicos, na depreciação/hierarquização de grupos racializados (racismo) e no estabelecimento de senso de coletividade de segmentos discriminados em busca da garantia de sua integridade (antirracismo).

Em outras palavras, “raça” é um signo cujo significado só pode ser encontrado na experiência do racismo. De acordo com documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), “onde o complexo raça/cor é um elemento de controle e hierarquia social, a inclusão da cor como dado de identidade individual e coletiva a ser considerado em estudos sobre relações sociais, direitos e privilégios passa a ser extremamente importante como indicador da existência de desigualdades”. Ver: afrodescendente, branqueamento, negro, racismo.

Referências:

CASHMORE, Ellis. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Summus, 2000.
OIT. *Manual de capacitação e informação sobre gênero, raça, pobreza e emprego: guia para o leitor*. Brasília: OIT, 2005.

Racismo. É um fenômeno ideológico complexo cujas manifestações, embora variadas e diversas, estão ligadas à necessidade e aos interesses, de um grupo social conferir-se uma imagem e representar-se. O racismo engloba as ideologias racistas, as atitudes fundadas em preconceitos raciais, comportamentos discriminatórios, disposições estruturais e práticas institucionalizadas que atribuem características negativas a determinados padrões de diversidade e significados sociais negativos aos grupos que os detêm, resultando em desigualdade racial, assim como a noção enganosa de que as relações discriminatórias entre grupos são moral e cientificamente justificáveis. O elemento central desse sistema de valores é de que a “raça” determina o desenvolvimento cultural dos povos. Dele derivariam as alegações de superioridade racial. O racismo, sob o aspecto de fenômeno ideológico, submete a todos e a todas, sem distinção, revitaliza e mantém sua dinâmica com a evolução da sociedade e das conjunturas históricas. Segundo a Declaração da Unesco sobre a Raça e os Preconceitos Raciais, de 27 de novembro de 1978, o racismo manifesta-se por meio de disposições legais ou regimentais e por práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos antissociais; impede o desenvolvimento de suas vítimas, perverte quem o pratica, divide as nações internamente, constitui um obstáculo para a cooperação internacional e cria tensões políticas entre os povos; é contrário aos princípios fundamentais do direito internacional e, por conseguinte, perturba seriamente a paz e a segurança internacionais. Não se trata, portanto, de uma questão de opinião pessoal. Ver: discriminação racial, preconceito e segregação.

Referências:

CASHMORE, Ellis. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Summus, 2000.
UNESCO. *Declaração sobre a Raça e os Preconceitos Raciais*.
Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm>.

Racismo Institucional. É o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas. Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde em virtude de sua cor/fenótipo, cultura,

origem étnico-racial. Manifesta-se em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

Com a finalidade de desenvolver habilidades para identificar e subsidiar os(as) trabalhadores(as) na abordagem, prevenção e combate ao racismo institucional no setor público, na experiência de implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), foram definidas duas dimensões interdependentes e correlacionadas de análise: (1) a das relações interpessoais, e (2) a político-programática. A primeira diz respeito às relações que se estabelecem entre dirigentes e trabalhadores(as), entre os(as) próprios(as) trabalhadores(as) e entre estes(as) e os(as) usuários(as) dos serviços. A segunda dimensão – político-programática – pode ser caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as condições de vida e de saúde (experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer); pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade. A apreensão dessas dimensões e do conceito de racismo institucional possibilita entender como, mesmo diante da negação da existência do racismo, o Brasil alimentou (e alimenta) tamanhas desigualdades entre brancos e negros, como atestam as estatísticas oficiais, os estudos e as pesquisas.

Referências:

CRI. *Combate ao Racismo Institucional*.

Disponível em: www.combateaoracismoinstitucional.com.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. DFID. Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. Programa de Combate ao Racismo Institucional. *Relatório revisão anual*. Brasília:

PNUD/DFID, 2005. Disponível em: www.combateaoracismoinstitucional.com.

Sexismo. O sexismo corresponde à discriminação ou tratamento indigno a um determinado gênero ou ainda a determinada identidade sexual. Diferencia-se do machismo por ser mais consciente e pretensamente racionalizado, ao passo que o machismo tende a se manifestar a partir de comportamentos naturalizados.

Ver: discriminação, gênero homofobia e machismo.

Sistema Único de Saúde – SUS. O Sistema Único de Saúde – SUS – é fruto do movimento da reforma sanitária e uma conquista da população brasileira. Foi constituído em 1988, ao ser incluído na Constituição Federal subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde Brasileira. A Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) regulamenta, em todo território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. A Lei n. 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre a União, Estados e Distrito Federal.

Sociedade Civil. Compreende as organizações e instituições, formadas por cidadãos e cidadãs, constituídas de relativa ou plena autonomia perante as estruturas do Estado e do mercado, que atuam com o objetivo de pressionar essas instâncias em nome da garantia e da promoção da cidadania em contextos específicos e/ou ampliados. Logo, a Sociedade Civil lida diretamente com as demandas dos vários segmentos populacionais e envolve sujeitos e atores diferentes a partir de formas institucionais também diversificadas. Ver: movimento social negro.

Referência:

CRI. *Sociedade Civil*. Disponível em: www.combateaoracismoinstitucional.com.

Sistema de Cotas. Trata-se de um tipo de política de ação afirmativa que trabalha com reserva de vagas na ocupação de lugares e vagas no mercado de trabalho, no sistema educacional etc. Ver: ações e políticas afirmativas.

Violência de gênero contra a mulher. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência de gênero contra a mulher pode ser compreendida como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou

sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, até mesmo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus-tratos, pornografia, agressão sexual e incesto.

Referência:

Krug, E.G. et alii (eds.) *World Report on violence and health*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

Violência e Racismo. A violência pode ser representada por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros. Para além da dimensão intencional da violência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os altos índices de prejuízos causados pela violência como um problema de saúde pública. Nos estudos estatísticos sobre mortalidade, estes casos são reunidos sob a denominação “causas externas” – homicídios, suicídios, acidentes de trânsito.

O impacto da morbimortalidade entre a população negra tem se revelado bastante alto. A título de ilustração, o peso desproporcionalmente alto dos negros entre as vítimas mortas nas ações policiais constitui indício da existência de viés racista nos aparelhos de repressão. Pode-se argumentar, porém, que esse grupo é alvo mais frequente da ação policial não em razão do fenótipo, mas porque pretos e pardos estão, em sua maioria, entre a população de baixa renda e, por isso, estariam mais envolvidos em crimes violentos.

Um estudo coordenado por Ignácio Cano sugere que essa hipótese não se sustenta, ao demonstrar que, no Rio de Janeiro, a proporção de negros mortos pela polícia era maior que a de brancos tanto dentro quanto fora das favelas. A análise dos dados confirmou que a diferença na chance de sobrevivência entre pessoas de fenótipo não branco é estatisticamente significativa e não depende do local em que ocorrem os confrontos com a polícia. A probabilidade de negros morrerem em confrontos com a polícia é muito maior nas favelas, que são os locais em que o número de mortos pela polícia é maior, mas a diferença entre brancos e negros continua desproporcional quando consideradas outras áreas urbanas. Ver: racismo, segregação espacial.

Referência:

WERNECK, Jurema. Segurança e justiça nas cores. Disponível em: www.social.org.br/relatorio2003/relatorio030.htm.



S A U D E

Qual é a sua cor/raça/etnia?

Você é a melhor pessoa para dizer qual é a sua cor.



Com esta informação o serviço público
pode atendê-lo(a) melhor

Arte e Criação: Bisco Costa - Fotos: www.imagemafirma.com

Projeto original realizado por:
CEERT e CRT-DST/AIDS
Com apoio:
UNAIDS e PNUD



GONE

Coordenadoria das Ações Articuladas
da Comunicação Popular



Apoio



Realização



SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
RESPEITO POR VOCÊ

PLANO DE AÇÃO - "Quesito Co ou Raça/Etnia"							
AÇÕES ESTRATÉGICAS	FOCO	INSTRUMENTOS	PROVIDÊNCIAS	RECURSOS NECESSÁRIOS	VIABILIDADE (Alta-Média-Baixa)	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
	FUNCIONÁRIOS E VOLUNTÁRIOS						
	USUÁRIOS (Recepções e Portarias)						
	USUÁRIOS (Sala de Espera)						
	USUÁRIOS (Comunidade)						
	TÉCNICOS DE INFORMÁTICA RECEPCIONISTAS COLETORES						
	RECEPCIONISTAS COLETORES						



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA DO QUESITO COR OU RAÇA/ETNIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

MUNICÍPIO:	TIPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> SAE
REGIÃO:		<input type="checkbox"/> OUTRO:

NOME DO SERVIÇO:	
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	
TELEFONE: ()	FAX: ()
DATA DO PREENCHIMENTO :	

1 - Os formulários do seu serviço de saúde possuem a informação sobre a cor ou raça/etnia dos pacientes?

Sim, todos possuem. Sim, alguns possuem.

Não. Por quê? Outros: _____

2 – A coleta de dados de cor/raça no seu serviço:

é realizada para todos os pacientes.

é realizada só para alguns pacientes. Quais? _____

é realizada para a maioria dos pacientes. Quais? _____

nunca é realizada.

3 – Como é realizada essa coleta de dados?

o próprio usuário define a sua cor a partir de pergunta feita por funcionário.

o funcionário é quem define a cor do usuário.

algumas vezes o usuário define sua cor; em outras, o funcionário é quem define a cor do usuário.

não sei responder.

4 – As pessoas responsáveis pela coleta de dados foram suficientemente orientadas para essa atividade?

Sim

Não

Não sei

5 – Em caso afirmativo na questão anterior, que tipo de orientação os funcionários receberam?

6 – Cite três principais dificuldades para o preenchimento da informação sobre a cor ou raça/etnia dos pacientes?

7 – Na sua opinião, qual a importância de se conhecer a cor ou raça/etnia da população usuária do serviço?

8 – Esse serviço de saúde considera necessário receber capacitação sobre a implantação do quesito cor ou raça/etnia em seus formulários?

() Sim () Não

9 – Em caso afirmativo, o serviço de saúde concordaria em participar da capacitação na capital, São Paulo, e em ser multiplicador na região?

() Sim () Não

Prazo de devolução deste Questionário: _____

Após preenchido, enviar este questionário para: _____

Mais informações: _____

ROTEIRO PARA 1º MONITORAMENTO PÓS IMPLANTAÇÃO DO QUESITO COR OU RAÇA/ETNIA

MUNICÍPIO:	DATA DO MONITORAMENTO: / /
------------	----------------------------

Entrevistado(a):	Entrevistador(a):
------------------	-------------------

1. ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO

Telefone: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

2. PLANO DE TRABALHO

Verificar o Plano de Trabalho e perguntar:

Das ações planejadas, alguma já foi executada até o momento?

➤ **Se SIM:**

- Quais? (anotar o que já foi feito - não esquecer de checar se já foi realizada capacitação para coleta e se algum serviço já foi iniciado a coleta)
- Que tipos de obstáculos e facilidades foram encontrados para a realização da Ação?

➤ **Se NÃO:**

- Por quê?
- Em sua opinião, o que o Grupo de Trabalho de monitoramento da implantação da coleta do quesito cor ou raça/etnia poderia fazer para ajudar a desencadear este processo?

3. IMPACTO

(perguntar somente se houver Coleta iniciada em algum Serviço)

- Qual a reação dos usuários ao serem questionados sobre sua cor-raça-etnia? Exemplos.
- Os coletores - cadastradores têm encontrado dificuldades? Se sim, como têm superado?

4. PARCERIAS

O serviço já tem parcerias com movimentos sociais (movimento negro ou outros, universidades?) se sim, que tipo?

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O serviço conta com canais de participação de usuários? O usuário do serviço está sendo envolvido na discussão? De que forma?

6. ATIVIDADES

Está planejado algum evento sobre a temática? Qual? Quem está envolvido? Qual data?

7. MATERIAL DIDÁTICO-PEDAGÓGICO

Estão utilizando algum material informativo sobre a coleta do quesito cor ou raça/etnia?

() SIM () NÃO

Se sim:

() De elaboração local?

() Reprodução de material de outras instituições?

() Sedido por outras instituições?

() Outro: _____

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE****FICHA DE MONITORAMENTO
COLETA DO QUESITO COR OU RAÇA/ ETNIA**

Instituição: _____

Função do respondente: _____ Data: _____

Solicitamos o preenchimento deste Formulário para que possamos fazer o **monitoramento** da coleta do quesito cor/raça/etnia. **ATENÇÃO: não é necessário identificar-se.**

1) Assinale com um X duas das alternativas abaixo que melhor expressem as reações dos(as) usuários(as) quando você pergunta "Qual é a sua cor ou raça/etnia?":

() Aceitação () Curiosidade () Negação () Crítica () Agressividade () Irritação

() Outras. Quais: _____

2) De acordo com a sua observação, em que medida os usuários têm dificuldades em responder à pergunta "Qual é a sua cor ou raça/etnia?" () quase a totalidade () muitos () mais ou menos a metade () poucos () uma minoria

3) Se respondeu: mais ou menos a metade, muitos ou quase a totalidade, assinale com um X duas das alternativas abaixo que melhor expressem tais dificuldades.

() não sabe autotransclassificar-se () sente-se constrangido () sente-se discriminado

() tem receio de ser prejudicado () tem receio de ser discriminado

() outras. Quais: _____

COR, RAÇA/ETNIA NA SAÚDE

4) Os usuários que mais reagem negativamente à pergunta “Qual é a sua cor ou raça/etnia?” pertencem ao grupo de cor/raça/etnia:

branca preta parda amarela indígena nenhuma

5) O que você sente ao perguntar ao usuário “Qual é a sua cor ou raça/etnia”?

6) Descreva o que mais chamou a sua atenção na coleta do “quesito cor” junto aos usuários, durante o último mês.

7) Quando você precisa de ajuda relativa ao “quesito cor/raça/etnia” a quem você recorre?

8) Com que frequência você precisou de ajuda no último mês?

muitas vezes poucas vezes nenhuma vez

9) Que tipo de ajuda você solicitou?

10) A ajuda recebida atendeu às suas necessidades? sim não parcialmente

11) Do que você precisa para melhorar seu desempenho na coleta do “quesito cor ou raça/etnia”?

12) Você viveu ou presenciou alguma situação de discriminação nos últimos meses?

sim não

Se SIM, compartilhe, descreva-a.

13) COMENTÁRIOS GERAIS (sugestão, dúvida, curiosidade, crítica etc.).
