AUTO-IDENTIFICAÇÃO

A maioria dos serviços que coleta a informação sobre raça/cor/etnia o faz por meio da observação. Isso significa que um funcionário ou funcionária do serviço preenche a ficha e define, por conta própria, a cor/etnia da usuária ou usuário do serviço, sem consultá-lo ou consultá-la (heteroclassificação).
Mesmo que esses funcionários e funcionárias 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/etnia, seguindo as categorias utilizadas pelo IBGE (preta, parda, amarela,branca e indígena).
A auto-identificação é muito importante e os serviços que já utilizam este sistema apresentam consideráveis diferenças entre aquilo que o sujeito diz ser e o que o(a) profissional acha que ele é.
A cor que alguém se atribui pode ser confirmada ou negada pelo olhar do outro e é por isso que a classificação deve ser autoreferida, sempre que possível. 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.
Para incentivar esta prática e para transformá-la em algo simples e rotineiro, é necessário realizar campanhas, oficinas, seminários e outras atividades de formação, elaborar materiais informativos dirigidos à população, aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde e mobilizar a sociedade como um todo.

O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)

O PCRI é parte de um trabalho regional do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID) sobre raça/etnia, que visa apoiar o setor público no combate e prevenção do racismo institucional e a sociedade civil no monitoramento e avaliação desse processo. O PCRI-Saúde constitui-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado dentro do Ministério da Saúde, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nas esferas estadual e municipal. A meta do PCRI-Saúde é contribuir para a redução das iniqüidades raciais em saúde. Para isso, colabora na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). São parceiros do Programa o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério Público Federal (MPF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

FONTES E LINKS

MS – http://www.saude.gov.br
SEPPIR – http://www.presidencia.gov.br/seppir
OPAS – http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=30&area=Conceito
PNUD– http://www.pnud.org.br/projetos/pobreza_desigualdade/visualiza.php?id07=235

Coord.PCRI-Saúde/DFID: Fernanda Lopes - f-lopes@dfid.gov.uk - Edição e redação - Rachel Quintiliano (RP: 37135/SP) - Diagramação: Carvalho Neto - Instituição Responsável pela Execução: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) www.pnud.org.br - Contato: SCN Qd. 04 - Ed. Centro Empresarial Varig, 2º andar - sala 202 - CEP: 70710-926 Brasília DF, Brasil. Tel: (61) 21067568 - Fax: (61) 21067560 - Distribuição e Informações PCRI.

QUESITO COR

PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL
Componente Saúde

IMPORTÂNCIA DO QUESITO COR

Discutir as necessidades da população negra no Brasil não é tarefa fácil, sobretudo quando nos deparamos com a falta de dados sobre quem somos e como vivemos. A informação é essencial para a tomada de decisões e a falta dela impede a implementação de políticas de promoção da igualdade racial, o combate à discriminação e ao racismo institucional, o desenvolvimento de estratégias e a fixação de metas diferenciadas para que essas políticas sejam efetivamente equânimes (atendam a todos de acordo com suas necessidades).No caso especifico da saúde, a produção e disseminação de informações baseadas nos dados desagregadas por raça/cor/etnia são de suma importância para que o Sistema Único de Saúde (SUS), e sua rede de serviços, possam ser reorganizados. Para transformar a realidade é preciso identificar e reconhecer a existência das desigualdades para, em seguida, elaborar e implementar ações de superação, fomentar o monitoramento e a avaliação do impacto das políticas, ações, programas e projetos junto aos diferentes segmentos populacionais.

O QUE DIZEM OS DADOS

Em 1998 o percentual de negros e brancos que nunca tinham ido ao dentista era de 24% e 14%, respectivamente (PNUD, 2004).

De acordo com a pesquisa MS/CEBRAP realizada em 1998, mulheres e homens negros sexualmente ativos apresentavam menor percepção de risco de infecção por HIV. Na população jovem (de 16 a 24 anos de idade), o uso de preservativo nas relações sexuais foi referido por metade dos meninos brancos e negros, por 28% das meninas negras e 42% das brancas.

Entre 1991 e 2000, a mortalidade infantil caiu 28,9% entre os filhos de mães brancas e 32,9% entre os filhos de mães negras. Em 2000 a taxa de mortalidade infantil das crianças filhas de mulheres negras ainda era cerca de 70% maior que a das crianças filhas de mulheres brancas (PNUD, 2004).

Em 2000 a taxa de mortalidade por causas relacionadas às complicações da gravidez, parto ou puerpério apresentada para as mulheres negras foi 2,9 vezes a taxa das mulheres brancas (FUNASA/MS, 2005).

Em 2000, a taxa de mortalidade por HIV/Aids, em 100 mil habitantes, foi de 10,61 para as mulheres brancas e de 21,49 para as pretas. Para os homens brancos, a taxa foi de 22,77 e para os pretos, de 41,75 (FUNASA/MS, 2005).

Em 2000, a taxa de mortalidade por HIV/Aids, em 100 mil habitantes, foi de 10,61 para as mulheres brancas e de 21,49 para as pretas. Para os homens brancos, a taxa foi de 22,77 e para os pretos, de 41,75 (FUNASA/MS, 2005).

Em 2000 a esperança de vida ao nascer foi de 70,40 anos para a população como um todo; 73,99 anos para os brancos, 67,64 anos para os pretos; 68,03 anos para os pardos; 66,57 anos para os indígenas e 75,75 anos para os amarelos (FUNASA/MS, 2005).

De 1998 a 2000, a proporção de mortes por causas externas foi de 16% para os homens brancos e 25,6% para os homens negros. Brancos foram vitimas de homicídio em 34,4% dos casos, entre os negros o percentual foi de 48% (FUNASA/MS, 2005).

Dados da pesquisa nacional MS/IBOPE com a população sexualmente ativa indicou que, em 2003, mulheres e homens negros justificavam o não uso do preservativo, por motivos financeiros, com mais freqüência que os brancos e que negros e negras apresentavam mais dificuldades de acesso à informações precisas sobre DST-HIV/Aids e ao teste anti-HIV (SVS/MS, PN-DST/Aids, 2003).

Em 2003, dos 49.808 homicídios registrados no Brasil, 49,9% ocorreram entre pessoas pardas (23.668); 39,7% brancas (18.840); 9,8% pretas (4.654); 0,2% indígenas (80) e 0,4% (178) amarelas. O risco de morrer por homicídio foi 1,8 vezes maior na população negra quando comparada à branca. Quando comparados às mulheres, os homens apresentaram maior risco em todos os grupos de cor: 12,3 vezes entre os pretos; 14 vezes entre os pardos e 10,8 vezes entre os brancos (SVS/MS, 2005).

A COLETA DA INFORMAÇÃO SOBRE RAÇA/COR/ETNIA

Desde a década de 1980 pesquisadores e pesquisadoras, técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e militantes do movimento negro apontaram para a necessidade de considerar a informação sobre raça/cor/etnia no desenvolvimento de estudos e pesquisas, na elaboração e implementação das políticas públicas, para além dos Censos Demográficos.

Em 1996 o Quesito Cor passou a figurar os Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC) e, em 2000, foi incluído no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN). A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde destaca que, embora alguns estados tenham um percentual elevado de não preenchimento do Quesito Cor nas declarações de óbitos, - o que remete a necessidade de investimentos na formação dos profissionais-, em 2003, apenas 10,3% dos óbitos totais registrados no SIM não informavam a raça/cor ou etnia da pessoa falecida.