



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

AMÁLIA NASCIMENTO DO SACRAMENTO

**IMPORTÂNCIA DO QUESITO COR NA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES E
DE PROFISSIONAIS**

SALVADOR – BAHIA
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AMÁLIA NASCIMENTO DO SACRAMENTO

**IMPORTÂNCIA DO QUESITO COR NA ASSISTÊNCIA PRÉ
NATAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES E
DE PROFISSIONAIS**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal da
Bahia como requisito para obtenção do
título de Mestra em Enfermagem na área de
concentração Enfermagem na Atenção à
Saúde da Mulher.**

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Enilda Rosendo do Nascimento

**SALVADOR – BAHIA
2006**

AMÁLIA NASCIMENTO DO SACRAMENTO

**IMPORTÂNCIA DO QUESITO COR NA ASSISTÊNCIA PRÉ
NATAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES E
DE PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Aprovada em 30 de abril de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Enilda Rosendo do Nascimento
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Sheva Maia Nóbrega
Doutora em Psicologia Social, Professora da Universidade Federal de Pernambuco

Mirian Santos Paiva
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Sílvia Lúcia Ferreira
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A QUESTÃO RACIAL NO BRASIL	20
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS	20
2.2 RACISMO E RELAÇÕES RACIAIS	26
2.3. A QUESTÃO RACIAL E A SAÚDE	30
2.4. AS DESIGUALDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO REPRODUTIVO	34
2.5 O QUESITO COR NOS REGISTROS DA ÁREA DE SAÚDE	39
3. CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO	41
3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	42
3.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	47
3.2.1 TIPO DE ESTUDO	47
3.2.2 CAMPO DE ESTUDO	48
3.2.3 SUJEITOS DO ESTUDO	50
3.2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	51
3.2. TRATAMENTO DOS DADOS	53
4. RESULTADOS	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	56
4.2 IMPLICAÇÕES DA IDENTIFICAÇÃO DA COR/RAÇA: ANÁLISES DAS REPRESENTAÇÕES DE GESTANTES E PROFISSIONAIS ATRAVÉS DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	68
4.3 CONCEPÇÕES DO QUESITO COR APREENDIDAS NOS DISCURSOS DOS SUJEITOS	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	108
ANEXOS	

DEDICATÓRIAS

*À minha amada e abençoada mãe, Dulce Sacramento,
mulher cristã, negra, guerreira, que se indigna com toda e qualquer
injustiça.*

*E ao meu amado pai, Aloísio Sacramento, também negro e guerreiro,
de quem tive apoio em todas as ocasiões.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À orientadora Enilda Rosendo do Nascimento,

***Com seu jeito nobre e enigma pôde estar
compreendendo os descompassos e atenciosamente
conduzindo a construção deste conhecimento***

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Bahia, pela possibilidade do crescimento científico e profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador pela permissão de acesso aos campos de estudo.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia – CNPq diante da possibilidade de suporte da Bolsa de Estudos no início do curso.

À professora Mirian Santos Paiva pela tranquilidade e incomensurável ajuda nas discussões das Representações Sociais.

À professora Sheva Maia Nóbrega, diante de tamanho conhecimento, disponibilidade e atenção, favorecendo também o conhecimento em Representações Sociais.

À professora Sílvia Lúcia Ferreira, pelo incentivo quanto a construção de discursos científicos vigorosos.

Ao Grupo de Estudo de Pesquisa sobre a Mulher – GEM por seu movimento em práticas de pesquisa e extensão e por permitir momentos de discussões científicas e entretenimentos.

À Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS que também incentivou o ímpeto pela pesquisa

Às Coordenadoras de Enfermagem do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, Dilcelina Santos, Tânia Bulcão, Simone Pimenta e Marta Cercato, por permitirem uma flexibilidade na minha escala e diversas trocas no processo de trabalho durante o curso.

Ao Centro de Ensino e aperfeiçoamento em Enfermagem – CEAPEN/HUPES, pelo incentivo ao crescimento profissional através de seus cursos de extensão.

Aos meus queridíssimos irmãos, Alfredo, Hamilton, Haroldo e também às minhas cunhadas Genilda, Cláudia e Marília pela companhia familiar. O cuidado e a ajuda de vocês são incomensuráveis.

Aos meus amados irmãos que estiveram mais distantes, Ana Luíza, Alice, Adilson Adalberto, Antônio, Amarildo, Aloísio que também estiveram torcendo por mais esta vitória.

Às funcionárias do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem, Edvaldina, Cláudia e Alzira pelo carinho e atenção dispensados.

Às colegas de turma que participaram deste processo, no qual vivenciamos alegrias e dificuldades.

Às colegas Sandra Brito, Adriana Diniz, Aldacy Gonçalves e Rita Moreira por compartilharmos dos diversos momentos nessa construção científica e tantas outras demandas de nossas vidas.

Às amigas, Aleluia, Meire, Ivonete, Flávia, Keilla, Fábria, Inis, Cione e ao amigo Pr Arlindo pela amizade e por não esquecerem de mim em suas orações.

Ao amigo Robério Souza pelo incentivo e exemplo como pesquisador.

A todas as colegas do HUPES.

*Essa política...
Voltada para reverter as tendências históricas
que conferiram às minorias e às mulheres
posições de desvantagens...
Viva a ação afirmativa!*

Robert Kerstein

RESUMO

SACRAMENTO, A. N. **Importância do quesito cor na assistência pré-natal: representações sociais de gestantes e de profissionais**. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

O quesito cor ou a identificação racial é um dado epidemiológico importante para visibilizar as doenças raciais como um fator de desigualdades sociais, traz a possibilidade nos serviços de saúde de análises diagnóstica e prognóstica e no planejamento de ações preventivas em saúde. A presença deste dado possibilita verificar como os diversos grupos raciais experimentam as situações sociais, bem como suas trajetórias no processo saúde – doença. Entende-se que o significado que gestantes e profissionais possuem com relação à cor da pele e da raça pode influenciar suas práticas diárias, bem como de atendimento e acolhimento das gestantes nos serviço de pré-natal. As mulheres negras têm apresentado um perfil de saúde mais agravado em relação a outras mulheres: maior risco de mortalidade materna, menor acesso aos serviços de saúde, piores condições sócio-econômicas. Entretanto, o quesito cor tem sido pouco utilizado nos prontuários dos serviços de saúde, inclusive a saúde reprodutiva. Tendo como objeto as representações sociais do quesito cor para gestantes e profissionais que atendem no pré-natal, o objetivo deste estudo é apreender as representações que o quesito cor tem para gestantes e profissionais, envolvidos com a assistência pré-natal. Tem uma abordagem multimétodos (qualitativo e quantitativo) e apóia-se na Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada em seis centros de saúde de dois Distritos Sanitários do Município de Salvador – Ba. Os instrumentos utilizados foram os roteiros para o Teste de Associação Livre de Palavras (TAL) e roteiro para a entrevista semi-estruturada. O tratamento dos dados deu-se por Análise Fatorial de correspondência através do software *tri-deux-mots* para os dados coletados do TAL e pela análise temática para os dados da entrevista. Participaram deste estudo 103 sujeitos, sendo 87 gestantes e 16 profissionais. Os resultados mostram uma oposição de respostas entre os sujeitos que se autotranscreveram como brancos e os que se autotranscreveram como pretos, revelando ser o quesito cor tido como sem importância para os brancos, retratando a sua invisibilidade na relação com a saúde, tendo em vista a consideração de maior intensidade para outras categorias sociais como idade e classe social. Por outro lado, o quesito cor é representado, pelo grupo de pessoas pretas, como uma questão importante, revelando as vulnerabilidades ao processo saúde doença – mais acentuado para as pessoas negras. O quesito cor é representado ainda, tanto para gestantes quanto para profissionais como ofensa, preconceito, discriminação, racismo e novidade, bem como retrata a complexidade da classificação racial. Estas análises de complexidades remetem a pensar numa educação anti-racista e num trabalho urgente de conscientização e sensibilização da população de uma forma geral quanto à questão racial brasileira.

Palavras chaves: 1.quesito cor, 2.gestantes, 3.profissionais, 4.representações sociais.

ABSTRACT

SACRAMENTO, A. N. **The importance of question of color in prenatal assistance: pregnant women and Professional social representations.** 2005. 120 f. Dissertation (Nursing Master's degree). Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2005.

The question of color or the racial identification is an important epidemiologic fact to visualize racial diseases as a fact of social differences and it brings the possibility of diagnostic and prognostic analysis in the health attendance and in the planning of preventive actions in the field of health. The presence of this fact makes possible the verification of how the different racial groups experiment the social situations, as well as their trajectory in a health-disease process. We understand that the meaning pregnant women and professionals have related to the skin color and the race can influence their everyday practices, as well as attendance and reception of the pregnant women in prenatal services. Black women has shown a more serious health profile comparing to other women: bigger risk of maternal mortality, smaller access to health services, worse socio-economic condition. However the question of color has been rarely used in the notes of the health services, including the reproductive health. The object of this study is the social representations of the question of color to pregnant woman and professionals that work in prenatal, and its objective is the apprehension of the representations that the questions of color has to pregnant and professionals involved with the prenatal assistance. The approach is multi-method (qualitative and quantitative) and it is based on the Social Representation Theory. The collect of data took place in six health centers in two Sanitary Districts in Salvador – Ba. The instruments used were the outlines to the words Free Association Test (TAL) and the outlines to the semi-structured interview. The treatment of the data was done by the Factorial Analysis of correspondence through the tri-deux-mots software to the data collected from the TAL and by the thematic analysis to the data of the interview. 103 people took part in this study, among them 87 pregnant women and 16 professionals. The results showed ad opposition in the answers of the people that classified themselves as White and the ones who classified oneself as black, revealing that the question of color has no importance to the white, portraying their invisibility in the relationship with health, and they have as an important fact the consideration of bigger intensity to other social categories such as age and social class. By the other hand, the question of color is represented by the group of black people as an important issue, revealing the vulnerabilities to the health-disease process more serious to black people. The question of color is represented as much to pregnant women as to professionals as offense, prejudice, discrimination, racism and it is perceived as something new, and it portrays the complexity of the racial classification. These analysis of complexities make us to think in an anti-racist education and in a urgent work to increase the awareness and the sensibility of the population to the Brazilian racial issue.

Key words: the question of color; pregnant women; professionals; social representations.

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde da mulher brasileira, apesar da queda da fecundidade e do aumento da esperança de vida, não foi acompanhada por melhoria substantiva em suas condições de assistência, notadamente no período gravídico puerperal, onde pode-se observar restrita acessibilidade aos serviços de pré-natal, parto e puerpério contribuindo para a alta taxa de mortalidade materna.

Apesar do contínuo declínio, em países de melhores condições sociopolíticas, desde a década de 40, a mortalidade materna¹ é, ainda, um problema emergente e aparentemente de resoluções dificultadas em países em desenvolvimento. No Brasil, essa mortalidade é alta, as estimativas do ano 2002 correspondem a 73.05 mortes por cada cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2004).

A taxa de mortalidade materna pode ser diferente a depender da posição que as mulheres ocupam na sociedade, em termos de suas vinculações às determinações de raça/cor ou classe social. Nesse sentido, alguns estudos têm demonstrado que o risco de óbito materno é maior para as mulheres negras e está relacionado tanto a fatores genéticos ou biológicos, quanto às relações raciais discriminatórias e fatores sócio-econômicos, que repercutem nas condições de acesso aos serviços de saúde.

Martins (2000) aponta a existência de relação entre raça, doença, condições de vida e mortalidade materna. Em seu estudo realizado no Estado do Paraná, analisou os óbitos de mulheres com recorte racial e observou que para o ano de 1993, o risco relativo de morte das

¹ A mortalidade materna é a morte durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 1994, p. 14).

mulheres era de 7.4 vezes maior nas mulheres pretas que nas brancas e cinco vezes maior entre as amarelas, quando comparada com as brancas.

A morte materna é mais freqüente em razão da predisposição biológica para algumas doenças, como hipertensão, diabetes tipo II, anemia falciforme e mioma uterino. Mas, para além desse enfoque genético, que pauta a maior parte dos discursos da ciência médica, está o precário acesso aos serviços de saúde e às condições de vida que configuram vulnerabilidade mais acentuada para essas mulheres.

Alguns dados socioeconômicos referentes à população brasileira apontam que 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, se comparada às mulheres brancas.

No que tange ao acesso aos serviços de saúde, Perpétuo (2000) aponta que as mulheres negras apresentam menor acesso à assistência obstétrica (pré-natal, parto e puerpério) e para a anticoncepção.

Tanaka (1998) refere que o pré-natal é feito por aproximadamente 75% das gestantes brasileiras, porém quase a totalidade dos serviços públicos não tem para onde referir a mulher em trabalho de parto ou diante de uma gestação de alto risco, que necessite de cuidados mais qualificados ou mesmo de internação precoce. Considerando então que a maioria da população negra encontra-se abaixo da linha de pobreza, pode-se supor que as mulheres negras apresentam maiores dificuldades nesse acesso.

O número mínimo de exames no pré-natal, recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, é de seis consultas ao longo da gestação e uma após o parto; entretanto, apesar do número de consultas não garantir a qualidade da assistência, há um diferencial entre mulheres brancas e negras frente ao número mínimo de exames pré-natal

De fato, o estudo de Perpétuo (2000) aponta que 61.3% de mulheres negras fizeram 6 ou mais consultas; dentre as mulheres brancas esse percentual foi de 76.6%. Outro diferencial é que, enquanto 88.2% das mulheres brancas realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gravidez, entre as negras o percentual é de 78.2% e, na situação da não realização do pré-natal, as mulheres negras rendem quantitativos acima dos das mulheres brancas, respectivamente, 12.8% e 6%.

Em estudo realizado em Salvador, por Nascimento (2001), revela-se que 79.9% das mulheres atendidas em maternidades públicas eram negras, sugerindo a precarização das condições de acesso a serviços assistenciais de saúde por este grupo populacional, já que as condições financeiras têm um papel preponderante no acesso aos bens. Também neste estudo, apesar das mulheres negras terem recebido um quantitativo maior de consulta em relação às mulheres brancas, diferença esta em torno de 10%, observou-se que as mulheres negras perambulam mais, em busca de assistência ao parto.

Entretanto, a questão da dificuldade de acesso da população negra não se restringe apenas a questões de ordem econômica. Pesquisa realizada por Moreira citada pela Articulação das Mulheres Brasileiras (2001) aponta para a reprodução do racismo no setor da saúde, especificamente nas práticas de profissionais de saúde. Segundo a autora, embora o imaginário e as práticas racistas nem sempre sejam percebidas de forma clara e racional pelas pessoas, as falas das mulheres negras sinalizam que o universo médico-hospitalar é constituído de uma lógica discriminatória e, fundada no racismo cordial.

Se os profissionais, eles mesmos, não compreendem a lógica do racismo em nossa sociedade, reproduz então, de forma inconsciente ou não, mecanismos de exclusão e opressão da mulher e das pessoas negras, com sérios reflexos na forma de assistir usuárias e usuários dos serviços de saúde.

Esses e outros aspectos da assistência, assim como um conhecimento aprofundado sobre a real situação da população, a partir do recorte racial, quase inexistem no Brasil e na Bahia; portanto, o perfil epidemiológico da população brasileira e baiana está ainda por ser determinado, considerando, principalmente, que não existem registros oficiais capazes de identificar a raça/cor da população atendida nos serviços de saúde.

Na realidade brasileira, permanece ainda a ocorrência de inexistência de preenchimentos e inconsistência de dados referentes à cor, de forma que se tem déficit de informações e, elucidações sobre a saúde da população negra, particularmente da mulher. A valorização do quesito cor/raça nos cadastros e prontuários dos serviços de saúde serve não só para identificar o paciente, como também pode indicar circunstâncias epidemiológicas de importância considerável, além de que, é importante que a origem da doença seja buscada no cruzamento das condições biológicas, socioeconômicas e ambientais (OLIVEIRA, 2003b).

O primeiro registro sobre a obrigatoriedade do quesito cor, em documentos oficiais, ocorreu em 1973 através da Lei 6015. Esta Lei regulava os registros públicos e instituía que no assento de óbito deveria constar, dentre outras informações, o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado civil, profissão, naturalidade, domicílio e residência da pessoa falecida. Esta lei, contudo, não referencia o item no assento de nascimento, mas em Diário Oficial do mesmo ano, ficou estabelecido como obrigatória a informação da cor no atestado de óbito, tanto quanto no registro de nascimento (BARBOSA, 1998).

Na continuidade deste processo, a Lei 6216 de 1975 excluiu a presença do item cor nos registros de nascimentos e óbitos, sem apresentação de justificativas, revogando a lei anterior que trazia a inclusão.

Concordando com Barbosa (1998), esta exclusão inexplicável corrobora com as políticas e ideologias racistas, bem implementadas na sociedade brasileira, reiterando assim, o mito da democracia racial.

A partir da década de 80, com a emergência do Movimento Negro no Brasil, a discussão sobre o racismo toma vulto e a utilização do quesito cor nos registros oficiais passa a constituir importante bandeira de luta resultando na Portaria de número 696 de 1990, que introduziu o quesito cor no Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, tornando a Cidade de São Paulo, a primeira do Brasil a ter informações na área de saúde, recortada por cor.

Com as medidas adotadas pela Prefeitura de São Paulo, o debate em movimentos sociais espalhou-se, obrigando o Ministério da Saúde a definir em março de 1996, a inclusão do quesito cor em vários documentos, incluindo a área da saúde.

Assim, com o teor de padronização e obrigatoriedade, o quesito cor foi determinado, em 1996 pelo Ministério da Saúde, para constar em documentos importantes como declaração de nascido vivo, certidão de nascimento, carreira de identificação civil e militar, certidão de reservista, autorização de internação hospitalar (AIH) e prontuário médico, certidão de casamento, título eleitoral, boletim de ocorrência policial, declaração de óbito e certidão de óbito. Também para assegurar o caráter científico e ético nas pesquisas, o Conselho Nacional de Saúde determinou (portaria 196 de 1996) que os quesitos cor e idade sejam identificados nos estudos que envolvem seres humanos (BARBOSA, 1998).

Apesar da existência desses dispositivos legais, o preenchimento do quesito cor/raça nos documentos dos serviços públicos e outras instituições, quando não está ausente, é registrado de modo incompleto. Permanecem neste sentido, informações lacunares levando à invisibilidade de problemas raciais/étnicos. Os próprios órgãos que deliberam sobre as resoluções não as cumprem e nem exigem seu cumprimento.

Aponta Barbosa (1998), que a implantação e manutenção do quesito cor, traz em si questões para além do setor saúde, dadas às peculiaridades das relações raciais no Brasil, pois, de modo geral, as pessoas negras e principalmente as pretas, estão em posições inferiores de

acesso aos bens e valores considerados relevantes. Porém, essa inferioridade é escamoteada pelo mito da democracia racial, um instrumento das contradições pertinentes ao modo de produção capitalista.

Por conta disso, houve uma iniciativa de implantação do quesito cor na política governamental brasileira à partir de reivindicações de movimentos sociais, especificamente o Movimento Negro Brasileiro, na tentativa de fazer visível o processo perverso de racismo implícito nas prioridades políticas governamentais.

Atentando para esta situação, Oliveira (2003) discute a importância da identificação racial:

O quesito cor ou a identificação racial é um item importante e indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento condigno, sobretudo das doenças atualmente consideradas raciais/étnicas. Permite fazer um diagnóstico epidemiológico da situação dos grupos raciais ou étnicos e delimitar, com maior precisão, o descaso, a omissão, a dificuldade do acesso, bem como a possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e políticas naturais aceitáveis, quando qualquer um dos grupos vive sob opressão racial/étnica. Demonstra como e de que adocece, e como e de que morre, por exemplo, a população negra. O quesito cor, no caso do Brasil, é absolutamente necessário no presente, mas o seu sentido estratégico é incomensurável (OLIVEIRA, 2003, p. 212-213).

Assim, o recorte racial/étnico na saúde é um dado epidemiológico essencial, pois, permite visibilizar as doenças raciais/étnicas, doenças que aparecem mais ou são exclusivas de determinados grupos como negros, brancos, amarelos, judeus, ciganos, etc. e, em mestiços de tais grupos, de modo que se possa interferir na realidade, diminuindo as desigualdades sociais.

Todavia, como aponta Oliveira (2003a), não tem sido fácil demonstrar aos governos, à sociedade e inclusive a profissionais e escolas de saúde, em âmbito mundial, a relevância da afirmativa de que a atenção inadequada à saúde está pautada também pelo racismo. São generalizadas a incompreensão e a ausência de políticas efetivas de saúde, como meios de combate ao racismo.

No meu entendimento, tais dificuldades estão relacionadas às idéias e representações sobre cor/raça, onde a negritude é considerada inferior, gerando as desigualdades fundadas na raça ou cor. Entretanto, no Brasil, tais desigualdades freqüentemente são escamoteadas pelo

mito da democracia racial, sendo a ausência do registro da cor nos documentos da saúde um dos modos de expressão das representações da população sobre a raça e sobre o racismo.

Desse modo, o racismo e a discriminação racial estão embutidos implicitamente na consciência dos atores sociais do atendimento em saúde (profissionais e gestantes) e, então, acontecem de fato; é difícil visualizar a problemática do racismo no atendimento à saúde, posto que a categoria “raça/cor” não é devidamente registrada ou não faz parte dos instrumentos de coleta de dados. Acredito ainda, que a importância atribuída ao quesito cor é influenciada por características próprias às pessoas envolvidas no atendimento em serviços de saúde como: a idade, a própria cor/raça, o fato de pertencer a movimentos sociais e categoria profissional.

Diante do exposto, o presente estudo pauta-se na seguinte questão: Que representações relativas ao quesito cor são constituídas por gestantes e por profissionais de saúde que atendem no pré-natal?

Tendo, portanto, como objeto as representações sociais de gestantes e de profissionais que atendem no pré-natal sobre o quesito cor nos prontuários de serviços de saúde, o objetivo geral deste estudo é, pois, apreender as representações que o quesito cor tem para gestantes e profissionais envolvidos na assistência pré-natal. Para isso buscou-se: identificar as representações de profissionais e de gestantes sobre a raça/ cor e verificar a importância que as gestantes e estes profissionais dão para a implementação do quesito cor nos impressos de coleta de dados do prontuário das gestantes.

A aproximação com esta temática surgiu desde a época da graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana, posto a minha integração no Núcleo de Estudantes Negros da UEFS (NENUEFS). Inicialmente, por simples identificação com o grupo, mas que gestou e fortaleceu o interesse para entender as discussões sobre as relações raciais desiguais existentes.

No entanto, o comprometimento com a temática teve maior objetivação recentemente, tendo em vista os debates sobre as questões étnico/raciais na atualidade e a carência de estudos relacionando estes fenômenos com a saúde reprodutiva no Município de Salvador, Bahia.

No tocante à saúde da mulher, a preocupação com uma assistência melhor no período gestatório-puerperal fortificou-se após reflexões durante o curso de especialização em obstetrícia na Universidade Federal da Bahia, quando durante a construção monográfica, principalmente quando do contato direto com as mulheres puérperas, sujeitos do estudo, percebi nelas uma intensa insatisfação por ter encontrado dificuldade no acesso aos serviços.

Este estudo poderá trazer respaldo para inserir outros questionamentos/estudos e assim alargar os conhecimentos que abordam as relações raciais nos serviços de saúde no Município de Salvador. Poderá demandar ação educacional específica para os profissionais que atendem o pré-natal, destacadamente as enfermeiras. Além disso, poderá contribuir com a instituição de ações intersetoriais que visem atender às mulheres negras no período gestatório puerperal de forma mais equânime, possibilitará o despertar ainda, de maiores ações afirmativas para as mulheres negras no sentido de terem melhores condições de saúde.

II A QUESTÃO RACIAL NO BRASIL

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS

A questão racial é um dos problemas mais complexos no Brasil, é tanto antiga quanto emergente. Tal complexidade deve-se à diversificação que existe acerca da classificação dos indivíduos sobre cor/raça, bem como as ideologias que permearam as relações raciais, além de tudo, o pensar à forma de classificação racial, se com um olhar fenotípico ou comum olhar nas origens (descendência).

Entretanto, faz-se necessário compreender o significado de raça, cor e outras questões que circundam as relações raciais brasileiras para se perceber as implicações que os mesmos têm nas vidas das pessoas, para a superação de uma série de preconceitos, discriminações e opressões que as mulheres e a população negra – principalmente a mulher negra – vem sofrendo em nossa sociedade. Concordando com Dijumbai (2003), para a construção de uma sociedade democrática e justa, é preciso, sobretudo, que se tenha consciência das exclusões.

Segundo Azevedo (1987), a primeira classificação racial foi proposta no século XVIII, por Lineu, fundador da taxionomia, cujo catálogo de classificações incluiria todos os seres vivos conhecidos na época, inclusive o homem. Lineu criou a designação *Homo sapiens* e classificou a espécie humana em quatro raças: europeus, asiáticos, americanos e africanos.

As idéias predominantes no século XVIII, iluministas e burguesas eram de uma visão unitária da humanidade. Segundo Schwarcz (1993), essa visão unitária denominada como visão monogenista foi dominante até meados do século XIX, congregou a maior parte dos pensadores. O homem, segundo esta visão, teria se originado de uma fonte comum, sendo os diferentes tipos humanos apenas um produto da “maior degeneração ou perfeição do Édem”. É também uma visão dogmática, centrada no pensamento da Igreja.

Contrariando estas idéias de unidade da espécie, surgiu segundo Azevedo (1987), também, uma interpretação poligenista, divergente do monogenismo. Tal hipótese, encorajada pelas teorias da frenologia e da antropometria², delineava a crença na existência de vários centros de criação correspondentes às diferenças raciais. Isto permitiu o fortalecimento de um olhar biologicista da análise dos comportamentos humanos, ou seja, de subjugar as culturas como sendo estritamente cunhadas por leis naturais. O poligenismo lançava por terra as leis naturais que previam um elo entre os homens de todos os povos e, também à igualdade para a comunicação e troca.

As divergências entre idéias monogenistas e poligenistas começaram a se diluir à partir de 1859, quando a Teoria da Evolução de Charles Darwin passa a ser o novo paradigma. A Teoria da Evolução, baseada na seleção natural, significava a persistência do mais capaz à preservação da diferença e das variações individuais favoráveis e à eliminação de variações nocivas.

As idéias de Charles Darwin permearam vários campos de estudo e foram interpretadas de diversas maneiras. No âmbito da esfera pública, o darwinismo significou uma base de sustentação teórica para as práticas de cunho bastante conservador, como é exemplificado o imperialismo europeu, que tomou a noção de “seleção natural” como justificativa para a explicação do domínio ocidental (HOBBSAWM citado por SCHWARCZ, 1993).

À partir da Teoria de Darwin e da influência de seus estudos no pensamento social em meados do século XIX, aparece o Darwinismo social ou teoria das raças, um tipo de determinismo de cunho racial.

Segundo Oliveira (2003), o darwinismo social é um produto ideológico; a luta pela existência e de sobrevivência dos mais aptos era o arcabouço da referida teoria, o que serviria

² Essas teorias passavam a interpretar a capacidade humana com base no tamanho e proporção do cérebro dos diferentes povos.

para criar certa filosofia da sociedade servindo também para respaldar as injustiças, as desigualdades e outras formas de oprimir.

Assim, os teóricos do darwinismo social, como discute Schwarcz (1993), partiram de três proposições básicas: a afirmação da realidade das raças e condenação do seu cruzamento; a instituição de uma continuidade entre caracteres físicos e morais e, a preponderância de grupo, conjunto racial e cultural, no comportamento individual do sujeito.

Os discursos sobre raça levaram a um ideal político, considerado uma prática avançada do darwinismo social, a eugenia, que quer dizer, um diagnóstico sobre a submissão ou mesmo a possível eliminação de raças consideradas inferiores.

A meta da eugenia era intervir na reprodução das populações; o termo foi criado em 1883, pelo cientista britânico Francis Galton e foi transformada num movimento científico e social, a partir de 1880. Como ciência, a eugenia supunha uma nova compreensão das leis da hereditariedade humana, cuja aplicação, visava à produção de nascimentos desejáveis e controlados. Enquanto movimento social preocupava-se em promover casamentos entre determinados grupos e, desencorajar certas uniões, consideradas nocivas à sociedade.

Refere Azevedo (1987) que, tanto pela antropologia física como pela genética das populações, através dos estudos de frequência gênicas, é impossível limitar as raças. As variações entre as raças são contínuas e superficiais, não permitindo separá-las biologicamente.

A idéia de raça surgiu, então, entre os cientistas europeus para hierarquizar as diferenças e aparências de povos que viviam em outras partes do mundo, surgindo, mais tarde, idéias para atribuir valor às raças, conferindo superioridade à raça branca européia.

Mas, o discurso racial, a emergência da raça, é introduzido na literatura mais especializada no início do século XIX, por Georges Cuvier, inaugurando a idéia da existência

de heranças físicas permanentes entre os vários grupos humanos (STOCKING apud SCHWARCZ, 1993).

Não há, entretanto, um conceito universal para a raça. Conforme os conhecimentos biológicos contemporâneos, o significado de raça reside na unicidade da espécie. Geneticamente, não há raças humanas. Segundo Oliveira (2003), o conceito científico de raça foi construído como ideologia para justificar as desigualdades sociais.

Apesar destas constatações, a raça é definida por Azevedo (1987), como sendo populações mais ou menos isoladas, que diferem de outras populações da mesma espécie pela frequência de características hereditárias, que variam de uma população para outra, não são específicas em qualidade e não têm aplicação universal, também dependem do isolamento, cujo grau também é variável e tanto pode ser geográfico, como social, religioso, político, econômico, dentre outros. E, segundo Banton (1977), raça é uma caracterização de indivíduos segundo um traço físico: branco, negro, amarelo, pardo, etc.

A palavra raça se firmou nos meios acadêmicos e se disseminou na fala popular com o significado biológico no século XIX. Ela difere do termo etnia, que surgiu, após a Segunda Guerra Mundial, para indicar as diferenças de origem cultural ou com base no lugar de origem, considerando também a condição biológica e a interação com o meio entre os grupamentos humanos. Desta forma, o termo raça é utilizado para identificar as características biológicas que diferenciam os grupos humanos (cor da pele e estatura, tipo de cabelo e outras), diferente de etnia que se refere aos fatores de ordem cultural e religiosa, que permitem visualizar a existência de um povo, como por exemplo, chiriwano, aimarás, e não uma caracterização do indivíduo (BANTON, 1977).

A declaração sobre raças e preconceitos da UNESCO³, referida por Oliveira (2003), diz que: “todos os homens pertencem à mesma espécie e descendem da mesma fonte: a

³ A UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, após a Segunda Guerra Mundial formalizou um grupo de trabalho com o objetivo específico de elaborar uma opinião sobre a questão

divisão da espécie humana em raças é convencional e arbitrária, não implica hierarquia de qualquer ordem; no estágio atual dos conhecimentos biológicos não se poderia atribuir às realizações culturais dos povos as diferenças de potencial genético, pois estas são iguais”.

Esta opinião é divergente entre vários cientistas apesar de aglutinar a opinião da maior parte deles, o que confirma que não há entre os cientistas sociais, nem entre os das ciências biológicas, consenso sobre raça e seu significado biológico.

Como nos aponta Piza (2002), o padrão contemporâneo de classificação de raça no Brasil tem sido preferencialmente fenotípico. Vários estudos, tanto brasileiros quanto estrangeiros sobre a terminologia utilizada na auto-atribuição da cor, confirmam que no plano interpessoal, este padrão fenotípico é de certa forma constante, e se baseia em um sistema combinado de cor da pele, traços corporais (formato do nariz, lábios, tipo e cor do cabelo) e origem regional.

Refere ainda esta autora que, no plano institucional, entretanto, houve momentos históricos onde a informação sobre raça trouxe um critério misto, tanto baseado no fenótipo quanto na origem ou descendência do indivíduo. Assim, os dois primeiros recenseamentos gerais da população brasileira, respectivamente, 1872 e 1890, foram dominados pelo critério de descendência.

Nesta perspectiva, frisa-se então, que pertencer à mesma espécie é o fato importante na compreensão desta análise conceitual de raça; esta tem uma abordagem diferenciada do termo cor.

Segundo Maggie (1996), os termos raça e cor no Brasil têm uma história, mas foram em geral, usados para definir gente de cor, populações de cor, gente de raça, enfim, para designar os não brancos.

racial, o que se denomina hoje como a Declaração sobre raças e preconceitos da UNESCO (OLIVEIRA, 2003, P. 58)

A cor, distinção biológica que desde o final do século XIX definia aqueles que eram biologicamente inferiores e foi também discutida pelos intelectuais no início do século XX; foi associada, mais tarde, a uma diferença e hierarquização cultural. Os pretos ou negros, refere-se a autora, eram culturalmente inferiores. Assim, os termos cor e raça passaram a definir não só seres biologicamente inferiores como também, culturas hierarquicamente estruturadas.

Para Guimarães (1996, p. 143), a cor é no Brasil, primeiramente uma construção racista que se estrutura em torno de uma ideologia, segundo a qual, os mestiços de diferentes raças tendem a concentrar-se em volta das características de alguma raça fundamental através do processo de reversão, tentativa de enbranquecimento.

A cor é então uma categoria nativa e significa mais que pigmentação da pele, como retrata Pierson:

Tal como se emprega no Brasil, [...] “cor” significa mais que simples cor, isto é, mais que pigmentação da pele, significa inclusive, em primeiro lugar, a presença de um certo número de outras características físicas: tipo de cabelo (talvez o mais importante), assim como os traços fisionômicos. (PIERSON, 1971).

Apesar das divergências na classificação e nos conceitos de raça, como se refere Barbosa (1998), o racismo é uma realidade cruel.

2.2 RACISMO E RELAÇÕES RACIAIS

O termo racismo tem diversos significados, apesar de por vezes assemelharem-se. Enquanto o termo raça começou a ser incorporado no século XIX, o racismo, no entanto, passou a ser mais percebido, enquanto doutrina, no século XX, entre as duas grandes guerras mundiais. Consolidou-se com a ascensão do nazismo.

Guimarães (1998) enfatiza um primeiro conceito, o racismo como uma doutrina, científica ou não, que prega a existência de raças humanas, com diferentes qualidades e habilidades, ordenadas de forma a haver hierarquia entre as raças, hierarquização que pauta-se em qualidades morais, psicológicas, físicas e intelectuais.

Para este conceito, distinguem-se adeptos que acham que a crença em raças humanas se constitui no racismo propriamente dito, diferente dos que denominam isto de racialismo e chamam racismo os casos em que a doutrina pregar superioridade ou inferioridade entre as raças.

Também o racismo é chamado de sistema de desigualdades de oportunidades inscritas na estrutura de uma sociedade, as quais podem ser verificadas apenas estatisticamente através da estrutura de desigualdades raciais, seja na educação, na saúde pública, no emprego, na renda, na moradia, etc. (Guimarães, 1998).

Este mesmo autor refere à terceira compreensão que aborda o racismo como um corpo de atitudes, preferências e gostos instruídos pela idéia de raça e de superioridade racial, seja no plano estético, físico ou intelectual.

O racismo opera na sua sutileza, de forma que mensagens racistas passam despercebidas na nossa realidade, mas são inconscientemente incorporadas no imaginário das pessoas; também as representações do cotidiano na arte, no lazer e nas diversas formas de expressão – os papéis desempenhados pelos negros são sempre inferiores. Além desses, acontece associação de qualquer desvio de comportamento das pessoas, sempre vítimas de julgamento para as qualidades supostas e erroneamente admitidas como sendo da raça.

Segundo Hasenbalg (1996), o Brasil apresenta o tipo latino de relação racial, não original, que tem diferenças com relação aos padrões raciais vigentes nos Estados Unidos e no Caribe. O Brasil e outros países latino americanos, se assemelham por repartirem o ideal do branqueamento e o mito da democracia racial.

O embranquecimento ou ideal do branqueamento é entendido como um projeto nacional, implementado por meio da miscigenação seletiva e políticas de povoamento e imigração européia. Propunha como solução harmoniosa para o problema racial dos países latinos, a desapareição gradual dos negros pela via da sua absorção pela população branca.

As relações raciais na América Latina podem ser caracterizadas por um alto grau de miscigenação, uma tradição sincrética no campo da religião e da cultura popular, um *continuum de cor* e uma norma somática hegemônica que tem historicamente colocado os fenótipos negros e índios na escala mais inferior da noção de “boa aparência”. Esse tipo de relações raciais tem oferecido espaço para a manipulação da identidade étnica, assim como não tende a fomentar a mobilização étnica (HASENBALG, 1996).

Para Carone (2002), o branqueamento não pode deixar de ser entendido também como uma pressão cultural exercida pela hegemonia branca, sobretudo após a abolição da escravidão, para que o negro negasse a si mesmo, no seu corpo e na sua mente, como uma espécie de condição para integrar-se na nova ordem social. No pensamento da autora, a ideologia do branqueamento era uma espécie de darwinismo social que apostava na seleção natural em prol da purificação étnica, no sobressair do indivíduo branco sobre o negro, produzindo através do cruzamento inter-racial, um homem ariano, plenamente adaptado às condições brasileiras.

Além do propósito de purificação étnica, o branqueamento se fundamentava também no pensamento liberal a favor da modernização industrial do Brasil e da imigração da mão de obra européia⁴, no sentido de haver uma produtividade maior da mão de obra européia em relação à mão de obra negra e escrava.

Assim, a dinâmica da miscigenação das raças no Brasil é também regida por forças econômicas, além do preconceito especificamente racial.

⁴ Segundo Carone (2002) desde o período anterior à Abolição, já havia defensores da vinda de trabalhadores europeus para o desenvolvimento econômico do país, não só com a suposição da superioridade racial dos brancos, mas supondo-se também maior força produtiva destes.

A democracia racial brasileira se constitui num dogma bem elaborado e persistente. Seus componentes são: reconstrução idílica do passado escravista proclamando uma benevolência superior; e a ênfase na miscigenação, tida como indicadora de tolerância racial e a apologia da mestiçagem.

Este conceito é referido por Hasenbalg (1996) e, além disso, o mesmo aponta que a noção de mito para qualificar a democracia racial é usada no sentido de ilusão ou engano e destina-se a apontar para a distância entre a representação e realidade, a existência de preconceito, discriminação e desigualdades raciais e a sua negação no plano discursivo.

Nas populações caracterizadas por secular mistura racial, a exemplo do Brasil, Havaí, México, as formas de racismo adquirem a peculiaridade de uma existência camuflada e institucionalmente negada.

Para Maggie (1996), no Brasil, o mito da democracia racial se firmou, progressivamente, como uma imposição política, a proibição social ou até institucional de se falar em racismo e preconceito racial. Tornava-se assim, imponente desvendar o papel político deste mito.

As representações sobre “democracia racial”, caráter harmonioso e não conflituoso das relações raciais no Brasil começam a ser desmontadas no campo das ciências sociais na década de 1950, quando a UNESCO patrocinou pesquisas sobre o tema dos dogmas racistas, destacando a situação do Brasil no empenho de refutar tal dogma (OLIVEIRA, 2003).

Entretanto, como nos aponta Azevedo (1987), o racismo persiste, sendo uma forma de escravidão moderna que fere as pessoas na essência de suas dignidades, impedindo-as de compartilhar dos bens sociais para o desenvolvimento pessoal e coletivo. Ele pode ser considerado um crime de morte, quando subtrai até as condições sociais mínimas para a sobrevivência.

A legislação brasileira, não distingue os diversos fenômenos do racismo, mas procura expressamente coibir a doutrina racista e o preconceito racial em suas manifestações verbal e comportamental – a discriminação.

Ainda, uma das grandes tônicas dos problemas dos preconceitos brasileiros está na autodesvalorização do negro. Azevedo (1987) retrata esta questão, discutindo que as projeções valorativas do branco ganharam prestígio na consciência do negro, em detrimentos das projeções do seu próprio valor. Os reflexos disso se expressam nas mais diversas atitudes dos negros, conscientes ou não, de violência para consigo mesmo, da não aceitação ou tentativas de diferenciar seus próprios traços físicos e até culturais.

Por isso é que muitos autores consideram tal desvalorização como o pior dos sentimentos; é uma perda da autovisão do valor, um auto-racismo, sentimento mais destrutivo talvez, que a pobreza, a miséria, o analfabetismo, a marginalização e a doença mais acoplada ao seguimento negro.

Nesse sentido, Silva (2002), aborda também o despreparo emocional de muitos negros para enfrentarem e conviverem com os preconceitos e discriminações contra eles como um fator veiculador do problema racial brasileiro. Para esta autora, “o racismo contra o negro”, como geralmente é manifestado no Brasil, ou de forma grosseira ou disfarçada, certamente causa sofrimentos e revolta em suas vítimas, principalmente, porque na sociedade brasileira, o preconceito racial é observado de forma mais rigorosamente contra negros.

Para Azevedo (1987), a pobreza do negro, consequência do processo social que o manteve à margem das oportunidades de ascensão, faz com que aspectos inerentes às condições subumanas de vida sejam interpretadas como devido à raça.

2.3 A QUESTÃO RACIAL E A SAÚDE

A saúde, entendida como qualidade de vida, é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde, e superação da desigualdade imputada pelo racismo. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

É entendida também como direito inerente a qualquer cidadão e dever do Estado. Constitui-se numa grande conquista alavancada durante toda uma trajetória de luta social no século XX. A conquista do direito à saúde foi propagada, principalmente entre os anos 70 e 80, através de uma abordagem social do processo saúde-doença. Desta forma é que está a saúde posta na constituição brasileira.

De acordo com Oliveira (2003), precisamos de novos e mais completos modelos para explicar o processo saúde / doença, que considere a condição biológica, a opressão de gênero, a opressão racial/étnica, e como e onde as pessoas vivem. Necessitamos de um novo paradigma, cujo alicerce é o entendimento que as doenças raciais/étnicas encontram-se no interior da compreensão da interpenetração de classe, sexo/gênero e raça/etnia.

Para tanto, a perspectiva feminista juntamente com o movimento da Reforma Sanitária se constitui como força para contrapor a uma visão de saúde prevalecente (visão biologicista, naturalista da doença) para dar sentido a uma leitura articulada dos processos biológicos, psicoemocionais e socioculturais da vida humana, fornecendo assim, novas bases para uma compreensão mais global da saúde, da reprodução e da sexualidade.

Neste sentido, Mandú (2002) discute a reconstrução da atenção à saúde fundada na consideração das especificidades das condições de vida das mulheres e recorda que na evolução da saúde enquanto direito, necessidades afeitas à reprodução e sexualidade passam a ser vistas no contexto da atenção integral à saúde e explicadas com base nas relações sociais

de classe, raça/etnia, gênero, geração, em que se resgata a relação entre o cotidiano e o contexto global.

As condições sociais e materiais de vida (meio ambiente físico, social, político e cultural) influenciam de modo contundente, ainda que de maneira indireta, o processo saúde/doença e, conseqüentemente, a expectativa de vida. Há fatores que influenciam diretamente na atenção à doença, dentre outros, destacam-se: restrições e/ou oportunidade de acesso, a qualidade da atenção e a discriminação, tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual, por parte das instituições e profissionais de saúde. Exercem também influências indiretas: o lugar e o tipo de moradia; o tipo de ocupação e o nível de renda; a qualidade e o acesso à educação; o direito ou não ao alimento; e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde). (Oliveira, 2003).

Muitos estudiosos apontam para a necessidade de abordagem racial na possibilidade de concretização de um patamar de saúde satisfatório, tendo em vista a reprodução do racismo no setor saúde.

Barbosa (1998) em seu estudo sobre racismo e saúde, conclui que o racismo enquanto categoria de exclusão deva ser inserido nas análises da dimensão social do processo saúde-doença, pois permite o conhecimento de mecanismos discriminantes; possibilita avanços da pesquisa acadêmica; e o alcance do paradigma sanitário de concepção ampliada do processo saúde e doença.

Oliveira (2003) também refere que a atenção à saúde de maneira inadequada pode ser prova inequívoca de racismo. O oposto configura-se, na prática, como instrumento eficiente de combate ao racismo, ao preconceito e às discriminações. Refere ainda a autora que não há mais dúvida de caráter científico a respeito da prevalência e das singularidades na evolução de algumas doenças em determinados grupos populacionais raciais ou étnicos, cuja causa em geral é multifatorial e que resulta da interação das variáveis: classe, sexo/gênero e raça/etnia.

E ainda Moreira (2000) expõe os problemas produzidos pelo processo de interação entre os mecanismos discriminatórios e racistas, presentes na sociedade, e as desigualdades raciais constatadas no campo da saúde no Brasil. Refere que o imaginário e as práticas

racistas nem sempre são claras e racionalmente percebidas pelas pessoas, embora se deva reconhecer que é significativa a presença de relatos e termos denunciadores do racismo no atendimento médico e hospitalar.

Cunha (1997) apresenta dados achados em seu estudo que nos possibilita essa visualização. Atenta que, apesar dos indicadores sócio-econômicos mostrarem o desenvolvimento do Brasil, parece que as diferenças entre as raças permanecem ou se acentuaram. Menciona que, de acordo com os dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1989, do total de domicílios particulares com rede geral de abastecimento de água, 63% eram de moradores brancos e 37% de negros. Do total com poço ou nascente sem canalização interna, 69% eram de moradores negros e 31% de brancos e outro indicador importante diz respeito à condição de ocupação dos domicílios: 58% eram próprios para brancos, caindo para 40%, tratando-se de donos negros.

As estatísticas sobre educação, provenientes da mesma fonte de dados, indicam que, do total de pessoas com dez anos ou mais, 38% sem instrução se autodeclararam brancos, percentagem que sobe para 62% no caso dos negros. Quando se analisou a categoria de oito anos ou mais de estudo, as diferenças acentuam-se: 75% são brancos e só 25% da população negra alcança este nível de instrução.

Dados mais recentes configuram a mesma realidade. O IDH, Índice de Desenvolvimento Humano, mostra também as desigualdades. Em 1999, o Brasil ocupava a 74ª posição no ranking mundial elaborado para o relatório de Desenvolvimento Humano da ONU. Considerando-se apenas a população negra (preta e parda), o Brasil desce para a 108ª posição (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2001).

No que tange à atenção a algumas doenças já reconhecidas como de cunho genético para a população negra, cita-se a anemia falciforme que é um tipo de anemia hereditária e

constitui a doença genética mais comum da população negra em todo o mundo – e é a doença genética mais comum do Brasil.

Para este problema que incide sobre grande parte da população negra brasileira, o Ministério da Saúde aprovou em 1996 o Programa de Anemia Falciforme (PAF), que é considerado a conquista política importante do Movimento Negro Brasileiro na área da saúde. Entretanto, este programa tem tido pouca importância ainda nas políticas de forma geral no país, visto que sua implantação no ano de 2001 só ocorreu em apenas poucos Estados: Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo e Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul.

Analisando as questões raça e gênero, Berquó citada pela Articulação das Mulheres Brasileiras (2001) mostra que, entre as famílias chefiadas por mulheres que não têm rendimento ou recebem menos do que um salário mínimo, as chefiadas por negras são 60%. Já as que recebem três ou mais salários mínimos, a participação das famílias chefiadas por mulheres negras cai para 29%.

Diante dessas informações relativas à situação sócio-econômica de vida da população negra em geral, penso que cuidar da mulher no ciclo gravídico puerperal é um cuidado que extrapola a preocupação com a interface procriadora da mulher, mas pauta-se para além dela, remetendo para a questão da cidadania, da educação, do direito de viver todos os momentos com qualidade.

2.4 AS DESIGUALDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO REPRODUTIVO

A gestação, incluindo o parto, pode ser uma experiência muito gratificante, mas também pode ser vivenciada com aspectos negativos na vida da mulher e/ou casal, pois é grande o impacto que ela causa na mulher e em sua família. Devido às diferenças e mudanças

nos padrões culturais da sociedade, a gestação é, muitas vezes, vivificada sem o apoio da família e dos amigos. Ela pode ser um desafio para cada membro da família, envolvendo sentimentos, tanto de alegria quanto de perplexidade, nunca experimentados, desafiando ainda, os melhores relacionamentos e casamentos (BONOMI, 2000).

Ainda nos tempos atuais, as mulheres encontram dificuldades para a realização do primeiro nível da atenção à saúde durante o ciclo gravídico puerperal, o pré-natal, e considerando as mulheres negras, a dificuldade tem se apresentado mais acentuada.

Dificuldades relacionadas à organização dos serviços como mudança de profissional, mudança no horário do atendimento, enfrentamento de filas para acesso ao serviço que muitas vezes estão localizados distante do domicílio. Também problemas relacionados aos profissionais como é a ausência destes, além de exame clínico realizado muito rápido. Fora estes problemas, existem os que estão intrínsecos com as condições sócio-culturais da vida da gestante (BONÁDIO, 1998).

Na discussão da assistência à gestação, Nogueira (1994) refere-se que no Brasil apenas 19% dos Estados apresentam cobertura de pré-natal acima de 40%; somente 53% das grávidas têm um acompanhamento de pré-natal acima de quatro consultas durante a gestação; 9,7% das mortes maternas resultam de complicações de aborto provocado; 44,1% dos partos realizados nos hospitais públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde foram cesarianas, sendo que grande parte delas, realizadas por meio de práticas abusivas.

Esta mesma autora classifica como inaceitável o descaso da assistência materna no período pré e perinatal, pois cerca de 60% da mortalidade infantil no país é devida a causas ligadas à gestação e ao parto, e que os altos índices de mortalidade materna observados têm colocado o Brasil em companhia dos países socialmente mais atrasados do mundo.

Para Cianciarullo (1998), a mortalidade materna é a taxa que melhor reflete as condições de vida e a qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo

gravídico puerperal. Segundo Tanaka (1998), as causas de óbitos maternos, no Brasil, são devidas, em mais de 90%, a causas obstétricas diretas e em menos de 10% a causas obstétricas indiretas.

Neste contexto, observa-se que o risco de morte para as mulheres negras é maior. Tanaka referenciada pela Articulação das Mulheres Brasileiras (2001) confirma que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, o coeficiente de morte feminina por causa materna é maior. São as regiões com a maior proporção de população negra e indígena, e com o atendimento à saúde mais precário.

Ao ser analisada a situação da saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras e verificar se a questão racial tem peso específico na desigualdade de acesso aos serviços de saúde, revela-se que, entre as mulheres negras, é sempre maior a proporção daquelas que se encontram em situações que, quando combinadas entre si, implicam maior risco de morte materna: condição sócio-econômica desfavorável, baixo nível de informação, maior acesso aos métodos preventivos, início precoce da atividade sexual e reprodutiva, multiparidade, etc (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2001).

Outras iniquidades da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras, revelam-se pelas práticas assistenciais de cunho racistas associadas ao desrespeito aos direitos humanos. Assim, destaca-se uma alta prevalência de histerectomias e esterilizações em mulheres negras que são superiores na comparação com o contingente de mulheres brancas.

Alguns estudos no Brasil demonstram esta ocorrência. O diagnóstico posto tem impelido para grande incidência de histerectomias como tratamento eficaz e definitivo. O estudo de Souza citada pela AMB (2001) mostra que, além de uma prevalência maior e reincidência de miomas entre mulheres negras, a proporção de histerectomias é quatro vezes

maior para as negras. A autora refere que tais dados reforçam a hipótese de histerectomias desnecessárias, o que merece maior investigação.

A esterilização com a característica de ser chamada esterilização em massa na população negra, e a histerectomia, relacionada com grande incidência de miomatose uterina, dão grande suporte para os movimentos sociais de mulheres e de mulheres negras, tendo em vista a denotação que as mesmas tiveram de processos de cunho racista, eugenista e de genocídio para com a população negra.

Estas questões são vistas como problemas que devem ser bastante revistos e discutidos, tendo em vista que estes procedimentos, além de envolver perda corporal importante, colocam em risco a vida de mulheres, comprovando alta incidência de mortes em consequência de complicações, geralmente relacionadas à anestesia.

A campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres, em meados dos anos 90, embora tenha alcançado o objetivo de despertar setores do Movimento Negro para a importância estratégica da questão saúde para a luta anti-racista, não conseguiu estabelecer uma parceria em âmbito nacional com os setores com tradição de luta popular pela saúde, assim como não tornou o assunto uma bandeira de profissionais de saúde e nem do campo feminista. A ausência do quesito cor, ou a falta de seu preenchimento, nos serviços de saúde, com certeza, constituiu um grande entrave para que o Movimento Negro pudesse comprovar suas denúncias.

Mesmo com a aprovação da lei sobre Planejamento Familiar em 1996 que prevê ações educativas e o controle social e ético da laqueadura tubária e também de sua regulamentação em 1998, a maioria dos serviços não cumpre completamente as normas definidas em lei para a esterilização.

Por outro lado, na análise do quantitativo de processos de esterilização através da laqueadura tubária, observa-se a ausência de uma política pública de saúde reprodutiva de

eficácia e acessibilidade na atualidade brasileira. Isso leva a refletir: até que ponto a assistência inadequada na saúde sexual e reprodutiva (ausência de métodos contraceptivos e baixo acesso a esses serviços) não está pautada pelo racismo? Cabe esta reflexão, pensando na mulher negra, quando se analisa sua situação social e econômica mais desfavorável e os discursos que estimulam a esterilização para a mulher em situação de pobreza. O maior problema é que muitas mulheres são esterilizadas sem o direito de optar por outras formas contraceptivas.

Para a contracepção, uma assistência mais adequada seria a oferta de todas as alternativas possíveis em termos de métodos contraceptivos reversíveis, bem como o suporte de oferecer o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso e prestar assistência clínico–ginecológica, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que melhor se adapte.

No Brasil, muitos estudos e políticas remontando para a assistência à saúde da mulher têm um enfoque no conceito de integralidade da assistência e na integração dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. O PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher) incorpora tal conceito, mas o êxito concreto escapa aos olhos das mulheres, pois constitucionalmente, ele é o resultado da conquista de movimentos organizados da sociedade civil e não se consolidou na prática, ainda.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, PHPN, instituído no ano de 2000 por portaria do Ministério da Saúde, têm o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e, dessa forma integrar a assistência dos serviços referidos. Entretanto, nos dados de identificação dos documentos deste programa, nada consta de dados referentes à cor/raça, que seria importante para analisar as peculiaridades de cada mulher, fosse ela branca, preta, parda, amarela, indígena e, assim, fortalecer uma visão integrada das necessidades destas.

É preciso, entretanto, superar a situação do reconhecimento e das políticas públicas escritas para uma concretização no cotidiano da população de forma geral e das mulheres negras em particular. É preciso superar questões intrínsecas no modo de agir dos profissionais de saúde e de enxergar as relações raciais desiguais e de gênero no contexto brasileiro.

2.3 O QUESITO COR NOS REGISTROS DA ÁREA DE SAÚDE

O Brasil ainda não atingiu a compreensão da dimensão das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde. As controvérsias são tantas e tamanhas que o quesito cor ou a identificação racial é um problema/desafio nos meios científicos, entre profissionais, serviços, formuladores e implementadores das políticas de saúde (OLIVEIRA, 2003B).

Os argumentos a favor e contra o preenchimento da cor das pessoas como dado de identificação pessoal são inúmeros. As acusações de posturas racistas partem de ambos os lados. Quando o item existe nos formulários, a negligência no seu preenchimento, por auto-declaração ou por observação do (a) profissional, não se sabe muito bem para que serve ou o que se faz com ele. Em geral, os serviços não o consideram como um dado epidemiológico essencial.

O quesito Cor foi o assunto do Decreto do Ministério da Saúde de março de 1996, que dispõe sobre a padronização de informações acerca de raça e cor dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país, mas, ainda hoje, o próprio Ministério da Saúde não o cumpre integralmente, tendo “o quesito cor” aparecido apenas em alguns de seus dados.

E ainda, mesmo onde se encontra implantado, o quesito cor/raça não é preenchido; ele permanece ausente na maior parte das fichas de cadastros dos serviços públicos e privados.

No Brasil, a classificação adotada é a do IBGE, que coleta como dado que permite a identificação racial, a cor da pele através da autoclassificação, ou seja, a pessoa entrevistada é quem escolhe e diz qual é a sua cor, em um leque de cinco itens: preta, parda, branca, amarela e indígena. A junção da população preta com a população parda é que possibilita definir a população negra. A “cor” amarela identifica povos de origem asiática, exceto indígenas. Em indígenas estão circunscritas diferentes etnias.

Existem divergências a esta metodologia, mas o fato é que é de muita utilidade e o “quesito cor” é um dado absolutamente indispensável para o estudo da população na área da saúde em nosso país.

Para a concretização da implantação do quesito cor e outras buscas de atendimento específico para a população negra em geral e para as mulheres em particular, o Movimento Negro e o Movimento de Mulheres Negras desempenharam ações fundamentais, mas precisam estar cada vez mais erguidos na luta pelas consolidações de suas conquistas.

Com o sentido de evidenciar as características da população negra no âmbito geral correlacionando com o racismo e também de conscientizar as pessoas sobre a sua cor na resposta para o censo, uma outra luta do Movimento Negro resultou na determinação da introdução do quesito cor no sistema de informação brasileiro.⁵

Essa maneira de juntamente com lideranças governamentais buscar o planejamento e a implementação de políticas públicas coloca o Movimento Negro como um grande aglutinador do controle social.

⁵ O movimento de incorporação do quesito cor iniciou-se por luta organizada do Movimento Negro da Cidade de São Paulo, o que resultou na portaria Nº. 696 de 1990, de forma que introduziu o quesito cor no Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, tornando assim a Cidade de São Paulo a primeira do Brasil a ter informações na área de saúde recortada por cor. A partir das medidas adotadas pela Prefeitura de São Paulo, o debate e movimentos sociais se espalharam pelo Brasil inteiro, obrigando o Ministério da Saúde, a definir em março de 1996, que o quesito cor seria incluído nas Declarações de Óbitos e na de Nascidos vivos, medidas implementadas em 1997.

As considerações acerca do controle social são bastante enfatizadas nas políticas públicas vigentes no Brasil em todos os âmbitos. Sobre ele, Nassuno (1999, p. 336) refere:

... discute-se esse mecanismo como instrumento para viabilizar a implementação de políticas públicas, analisando os requisitos que lhes possibilitam contribuir para o aumento da eficiência e da qualidade na prestação de serviços.

O controle social é entendido não apenas como o controle sobre as ações do Estado, mas sobre outras formas de instituição. É exercida ainda pelo Estado e também pelo mercado. Nesse sentido, Pereira (1999, p. 24) retrata o controle social como:

A forma através da qual a sociedade pode controlar diretamente o Estado, em adição às formas de controle representativo clássico. É também a forma pela qual o Estado pode prescindir dos recursos e instituições governamentais para exercer regulações sociais necessárias. Em si, o controle social constitui também um controle sobre as organizações públicas não-estatais e as entidades descentralizadas do Estado...

Neste sentido, o Movimento Negro Brasileiro caracteriza-se como controlador das políticas sociais significativamente nas formas representativas locais e também através do controle social exercido por meio de organizações sociais (OS)⁶, especificamente pelas Organizações não governamentais (ONGs) como são as várias entidades do movimento negro no Brasil.

As ações dos movimentos sociais são verdadeiramente relevantes, pois pela melhor forma, buscam resolver problemas que são vividos pela população negra, a qual sofre dos processos políticos excludentes. Por conta da busca de visibilidade destes movimentos e da busca de visibilidade do déficit de assistência à população negra é que o tema racismo tomou pé nas discussões nacionais e internacionais.

⁶ Segundo Nassuno (1999, p. 338), as Organizações Sociais podem ser qualificadas enquanto pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com objetivos de natureza social que atuem nas áreas de ensino, pesquisa científica e tecnológica, preservação do meio ambiente, cultura e saúde. O instrumento de controle social previsto pelo projeto de organizações sociais refere-se à participação de entidades representativas da sociedade civil no seu conselho de administração.

Por isso, a Organização das Nações Unidas no Brasil e a Organização Panamericana de Saúde, junto ao Ministério da Saúde brasileiro atualmente propõem ações mais concretas na política de saúde da população negra. Cita-se aqui, o documento “A Política nacional de saúde da População Negra: uma questão de equidade”.

Este documento traz propostas específicas: desenvolvimento do conhecimento científico direcionado à equidade em saúde; aborda a capacitação dos profissionais de saúde tanto para o preenchimento de fontes de informação que valorizem o quesito cor quanto para engendrar maiores conhecimentos científicos sobre as doenças prevalentes na população negra. Ainda propõe este documento, a informação da população acerca das doenças e de seu tratamento voltado também para a medicina popular de matriz africana e o apoio e promoção de eventos relativos à população negra, juntamente com os movimentos sociais (OLIVEIRA, 2003).

Vê-se que os movimentos sociais impelidos pelas inequidades na promoção da saúde da população negra geraram um processo de mudanças no comportamento decisório das instâncias de poder na área da saúde, onde muitas das ações ainda são propostas e por isto, é preciso que o controle social exercido pelas organizações sociais e do movimento negro esteja de fato fecundo na sociedade.

3. CAMINHO TEÓRICO – METODOLÓGICO

A busca de entendimento acerca do modo como atores sociais envolvidos na assistência em saúde, importam-se com a categoria cor/raça, julgo ser possível através da Teoria das Representações Sociais, tendo em vista o caráter simbólico que a cor obtém nas relações sociais, pois, vários estigmas são expressos por símbolos (palavras, gestos, figuras) que expressam as características biológicas das pessoas negras.

Com a representação social, uma forma de conhecimento do senso comum, elaborada e compartilhada socialmente, do significado da categoria cor nos prontuários das gestantes, entendo que seja possível destacar conceitos e outros detalhes implícitos nas falas dos atores que estão envolvidos diretamente na assistência pré-natal, bem como das gestantes, usuárias dos serviços.

O significado que a cor da pele ou o termo raça tem para os diversos profissionais de saúde pode estar no bojo da prática de atendimento e de acolhimento para com as gestantes, ou seja, o sentido de cor/raça para as pessoas pode influenciar no seu atendimento em saúde.

Assim, se a perspectiva do profissional de saúde é a de achar que a população negra, por exemplo, é desinformada, tem dificuldades de entendimento de orientações educativas, é mal educada, pobre, de higiene corporal precária e um leque de outras coisas que poderiam ser citadas como um arsenal simbólico, penso que estes símbolos podem conceber uma assistência limitada de informações, de um contato mais próximo do profissional com o usuário do serviço, e assim, uma série de discriminações e preconceitos.

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de representação social nasceu na sociologia e na antropologia, como sendo obra de Durkheim e de Levi – Brhul. Tal conceito, nas ciências referidas, era mesmo denominado de Representações Coletivas e serviu de elemento decisivo para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico. Este conceito desempenhou papel análogo nas representações infantis de Piaget, ou ainda, no desenvolvimento cultural de Vigotsky (MOSCOVICI, 1995).

Minayo (1994), apresentando o conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica diz que para Durkheim, o termo se refere às categorias de pensamento através das quais, determinada sociedade elabora e expressa sua realidade; afirma ainda este autor, que tais categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais.

Para Durkheim, o saber produzido e partilhado coletivamente exercia uma coerção sobre os indivíduos, fazendo-os pensar de forma homogênea. Nesse caso, o coletivo transcendia o individual, visto que era estável na transmissão e reprodução do saber, opondo-se à instabilidade das representações individuais. A crítica de vários autores ao pensamento de Durkheim se sucede devido a esta interpretação acima.

Entretanto, Moscovici deu origem à Teoria das Representações Sociais a partir dos conceitos de Durkheim de “Representação Coletiva”, mas se contrapôs a esta ao dar-se conta de que na sociologia durkheimiana havia o perigo implícito de esquecer que a força do que é coletivo encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual e reificado. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais é uma forma sociológica de psicologia social, originada na Europa com a publicação, feita por Moscovici em 1961 de seu estudo *La Psychanalyse: Son image et son public* (FARR, 1994).

Ela é “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET apud PAIVA, 2000).

Para Abric (1998), as representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade, que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social; é um guia para a ação, orientadora das ações e das relações sociais.

A representação social é também associada às idéias lideradas pelo senso comum:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações criadas na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual. São equivalentes, na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1978).

Dessa forma, as representações sociais representam a maneira pela qual as pessoas compreendem as coisas que as cercam, criando teorias a partir de suas vivências. Elas são, portanto, as modalidades do conhecimento prático que estão a todo tempo sendo formadas. Enfatizando este aspecto, Moscovici (2003, p. 95) refere-se ao processo dinâmico e de repercussão do senso comum:

O senso comum está continuamente sendo criado e re-criado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado. Seu conteúdo, as imagens simbólicas derivadas da ciência em que ele está baseado e que, enraizados no olho da mente, conforma a linguagem e o comportamento usual, estão constantemente sendo retocadas. No processo, a estocagem de representações sociais, sem a qual a sociedade não pode se comunicar ou se relacionar e definir a realidade, é realimentada.

Moscovici (1978) também refere-se à análise de uma representação social que pode ser feita enfatizando a organização do conteúdo e sua análise dimensional, sendo necessário para isso, o exame de opiniões, atitudes, estereótipos, ou ainda, enfatizando-se a formação e determinação das representações sociais e/ou a análise dos aspectos puramente cognitivos de tal representação.

Para Minayo (1994), as representações, nas ciências sociais, são caracterizadas por uma expressão da realidade através de categorias de pensamento, que explicam, justificam e questionam as ações e sentimentos acerca dessa realidade.

Para a sua construção, as representações sociais se fundam, então, a partir de uma variedade de informações, de imagens, de sentimentos conscientes e inconscientes e de atitudes e não apenas pelos aspectos cognitivos.

Para essa construção, o processo representacional, segundo Moscovici (1978) congrega três níveis:

O primeiro nível é cognitivo, onde os símbolos e as imagens são interrelacionados. Refere-se a interesses ou implicações dos indivíduos, necessidade de agir em relação ao outro. Trata-se de dois sistemas cognitivos; um que procede a associações, inclusões, discriminações, deduções – é um sistema operatório; e outro, que controla, verifica, seleciona, com apoio de regras, lógicas ou não – reprocessando as coisas já procedidas.

O segundo nível, ainda de acordo com Moscovici (1978), agrega a formação das Representações Sociais. Os modos como o social transforma um conhecimento em representação e como uma representação transforma o social, compreendem dois processos: o da objetivação e o da ancoragem.

A objetivação é o processo que transforma a abstração em imagens, idéias em coisas palpáveis, ou seja, é uma forma de proximidade com o objeto em questão, materializando o que metaforicamente poderia ser designado como volátil.

Para Moscovici (2003), objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Entretanto para ele, nem todas as palavras podem ser ligadas a imagens, porém a objetivação une a idéia de não familiaridade com a vida real, tornando verdadeira a essência da realidade.

A objetivação possui três fases: a construção seletiva, na qual as informações acerca do objeto sofrem um processo de seleção, para a formação de um todo coerente; a esquematização estruturante, onde há a formação de um núcleo figurativo ou central que organiza e determina elos de unificação de fatos diversos, periféricos; e, a naturalização que confere uma realidade plena ao que era abstrato.

O segundo processo de formação da representação social é o da ancoragem, que possui três condições estruturantes, a saber: atribuição de sentido – diz respeito à rede de significações, em que são articulados e hierarquizados os valores culturais já existentes; instrumentalização do saber – é a interpretação que o indivíduo e/ou grupo faz acerca do objeto, transformando-o em saber útil, com uma função de contribuir para a tradução e compreensão do mundo; e o enraizamento no sistema de pensamento, que permite a incorporação social da novidade e a familiarização do estranho.

Ancorar é, para Moscovici (2003), “classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nomes são estranhas”. Para este autor, a ancoragem, é, então, um processo que transforma algo estranho e perturbador, que é intrigante, num sistema particular de categorias, que se pensa ser apropriada.

Jodelet (2002) retrata os processos de objetivação e ancoragem como articuladores da forma como o social transforma a representação e como uma representação transforma o social. O objetivar é, pois, modificar o objeto, reproduzi-lo, torná-lo concreto e ancorar implica em transformar o sistema de representação pré-existente, referente à integração cognitiva do objeto representado.

O terceiro nível de elaboração das representações sociais é denominado edificação de condutas. A edificação de condutas atém-se aos sistemas indutores das representações: a difusão que se refere às opiniões, aborda-se aí, posições assumidas pelos sujeitos que são instáveis e fragilmente ordenados, não supondo mudanças de atitudes; a propagação que exige

uma organização psíquica relacionada sobre um determinado assunto que leva às reflexões e acúmulo de mais saberes sobre esse assunto/objeto; e a propaganda, que demanda auto-afirmação de um grupo, constituindo os seus estereótipos.

O papel fundamental exercido pelas representações na dinâmica das práticas e relações sociais é viável devido às quatro funções básicas e essenciais. Abric (1998) especifica quatro funções: função do saber, função de orientação, função identitária e função justificadora. A função do saber permite compreender e explicar a realidade através da assimilação de conhecimentos pelos indivíduos e/ou grupos, sem que sejam desprezados seus valores, crenças, costumes facilitando a comunicação e a troca social através de incentivar a integração entre os atores sociais. A função identitária é responsável pela definição de identidade dos sujeitos, em que a coletividade exerce um controle social sobre cada um dos membros do processo de socialização.

A função de orientação guia os comportamentos e as práticas à partir de um sistema de pré-decodificação da realidade, o qual se constitui em um saber que é assimilado pelos indivíduos e/ou grupos, mediante os referenciais que possuem e que promovem a elaboração de representações que se tornam guias para a ação. Já a função justificadora permite, a *posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações são utilizadas com o intuito de manter ou reforçar a posição social do grupo de referência, mesmo que seja preciso justificar e preservar as diferenças sociais e/ou estereotipar os grupos, contribuindo para que haja discriminação e manutenção da distância social, entre grupos diferentes.

Através da Teoria das Representações Sociais, é possível obter conhecimentos sobre as concepções dos indivíduos acerca de sua realidade, o que pode levar a possíveis respostas para as insatisfações, isto porque, uma das principais vantagens das representações sociais através do seu processo de formação, diz respeito à sua capacidade de descrever, mostrar uma

realidade, um fenômeno que existe, e muitas vezes não é percebido, mas que possui grande poder mobilizador e explicativo.

E é com esse entendimento que busquei apreender as representações de gestantes e de profissionais acerca da implantação do quesito cor nos registros de atendimento em saúde, especificamente do pré-natal, a partir de suas concepções sobre cor/raça. Essas representações poderão sinalizar aspectos para a transformação de uma abordagem à mulher negra, mais equitativa, em relação às outras mulheres e aos homens.

3.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.2.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo exploratório descritivo com um olhar voltado para uma vertente metodológica qualitativa e quantitativa com abordagem multimétodos, fundamentado na Teoria das Representações Sociais de Moscovici.

A pesquisa descritiva para Best e Marconi (1998) aborda a descrição, o registro, a análise e a interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Todavia, Demo (1998), ao abordar sobre os estudos qualitativos, chama a atenção de que uma pesquisa qualitativa olha para os aspectos qualitativos da realidade prioritariamente, sem, contudo, desprezar os aspectos quantitativos nela inseridos. O estudo quantitativo é

descrito por Minayo e Sanches (1993) como sendo aquele que exerce sua atividade nos níveis da realidade, atuando sobre tudo que pode ser medido, quantificado e pesado.

Faz-se aqui uma abordagem multimétodos, sendo os aspectos quantitativos editados pelo tratamento estatístico, posto aos dados de um dos instrumentos da pesquisa, o Teste de Associação Livre de Palavras. Entretanto, apesar do tratamento estatístico que permite ver as representações sociais pela frequência de palavras evocadas pelos sujeitos da pesquisa, o resultado destas palavras passa por uma análise qualitativa, já que pauta-se na busca de interpretações das palavras evocadas. A finalidade aqui da associação dos métodos qualitativo com o quantitativo é garantir a complementaridade das descobertas.

3.2.2. Campo de Estudo

O campo de estudo foi constituído por Unidades Básicas de Saúde de Salvador, haja visto as mesmas se constituírem como porta de entrada para o sistema de saúde, local dirigido para a prestação do atendimento da Atenção Básica de Saúde, na qual está inserida o pré-natal, serviço de atendimento à gestante.

O Município de Salvador conta com 12 Distritos Sanitários implantados (Barra – Rio Vermelho, Boca do rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Centro Histórico, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano e Subúrbio Ferroviário). Cada Distrito Sanitário é composto por um conjunto de centros de saúde que são classificados por tipo, complexidade das atividades desenvolvidas e a estrutura física.

Os critérios para a seleção das Unidades Básicas, para este estudo, pautaram-se na existência de serviço de pré-natal e na existência de atendimento regular à gestante.

Este é um estudo exploratório descritivo com um olhar voltado para uma vertente metodológica qualitativa e quantitativa com abordagem multimétodos, fundamentado na

Teoria das Representações Sociais de Moscovici. A seleção de tais unidades foi sugerida por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Salvador, que elegeram unidades que dispunham de serviço de pré-natal ativo e que não fizessem parte do Programa de Saúde da Família - PSF.

Esta condição da não permissão da entrada do pesquisador em Unidades relativas ao PSF foi decorrente de uma norma da Secretaria de Saúde naquele período, justificando-se pelo fato de que as Unidades com PSF estavam em fase de estruturação e aperfeiçoamentos, tendo em vista seu pouco tempo de funcionamento no município.

A escolha dos Distritos Sanitários, dentre os vários outros que compõe o sistema de saúde de Salvador, foi devido ao fato de que o primeiro – Centro Histórico – contém ampla concentração de lugares que desenvolvem trabalho de valorização da cultura afrobaiana, o que pressuponho que podem influenciar as pessoas e instituições que estão próximos quanto a conscientização da problemática racial no município. E o segundo: Barra – Rio Vermelho, por concentrar as atividades práticas e de pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e então favorecer uma aproximação melhor com o campo.

A coleta dos dados foi realizada em cada uma das unidades do estudo. Em três delas, situadas no Distrito Centro Histórico, tanto os testes de associação livre quanto as entrevistas aconteceram em um consultório da unidade, reservado pelos coordenadores destas, para este fim. Entretanto, nas três outras unidades, a busca de um lugar para a coleta foi de certa forma desgastante, pois muitos dos contatos com os sujeitos, especificamente com as gestantes, foram feitos nos bancos de espera para a consulta de pré-natal. Nestes casos, buscava-se um lugarzinho mais esvaziado ou recantado ou mesmo um consultório vazio para garantir a privacidade. Isto era devido ao grande movimento de pacientes nas unidades, principalmente no turno matutino e também pela pequena estrutura física de duas unidades. Apesar disto, a coleta de dados foi possível e o objetivo da pesquisa preservado.

3.2.3 Sujeitos do Estudo

Participaram do estudo 103 sujeitos, gestantes e profissionais (enfermeiras, médicos, assistentes sociais e nutricionistas); foi importante porque cada profissional mencionado faz distinto atendimento na assistência à gestante.

Para a participação no Teste de Associação Livre de Palavras, houve um total de 103 sujeitos, sendo 16 profissionais que realizaram atendimento à gestante, através de consulta relacionada com a assistência pré-natal – e que estiveram disponíveis e dispostos a participar – e 87 gestantes. Inicialmente planejou-se uma amostra aleatória de 20 gestantes de cada unidade de saúde, entretanto algumas unidades tiveram uma demanda fragmentada e pequena no serviço de pré-natal, o que influenciou num tempo maior de coleta de dados e numa quantidade menor de gestantes.

O número de sujeitos para a entrevista semi-estruturada foi de 32, divididos em 20 gestantes e 12 profissionais. Este número foi definido pelo critério de saturação, quando os temas e/ou argumentos começaram a se repetir.

A seleção para a entrevista foi feita com base nas respostas dos sujeitos no Teste de Associação Livre de Palavras; observaram-se os sujeitos que apresentaram alguma novidade em suas respostas e maior fluência verbal e argumentos nas falas e ainda que demonstrassem disposição e aceitassem participar de mais uma etapa da pesquisa.

Com relação aos profissionais da assistência pré-natal, em algumas das unidades do estudo, o responsável pela assistência tem sido a enfermeira junto com a nutricionista e a assistente social. A presença do profissional médico é inexistente em três das seis unidades. Em duas destas existe um profissional médico para o atendimento de ginecologia que, por vezes, aceita atender algumas intercorrências clínicas da gravidez de alto risco. Frisa-se ainda

uma unidade do Distrito Centro Histórico, na qual, a responsável pelo atendimento de pré-natal era apenas uma médica que não aceitava o trabalho multiprofissional.

Observa-se assim um serviço de pré-natal ainda com profissionais desarticulados em sua maioria, o que influenciou para uma pequena participação de profissionais no estudo.

3.2.4 Técnicas e Instrumentos

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e do Teste de Associação Livre de Palavras, guiados por roteiros previamente elaborados (apêndices B, C e D).

Para Minayo (1994), a entrevista se constitui numa técnica importante no processo de trabalho de campo tanto no sentido amplo da comunicação verbal quanto para a colheita de informações sobre determinado tema científico.

Rapaport referenciado por Nóbrega (2003) conceitua o teste de Associação Livre de Palavras como:

Uma técnica projetiva orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito torna-se palpável através das manifestações de condutas e reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade. Enquanto técnica projetiva, deveria atuar sobre a estrutura psicológica do sujeito tornando-a evidenciada a partir das quatro principais condições de um teste projetivo: estimular, tornar observável, registrar e obter a comunicação verbal.

O instrumento para o referido teste se estrutura sobre a evocação das respostas dadas a partir de estímulos indutores. *“Esses termos indutores devem ser previamente definidos em função do objeto da representação, levando em consideração as características da amostra ou sujeitos da pesquisa que serão entrevistados”* (NÓBREGA, 2003).

Os estímulos podem ser segundo esta autora, de vários tipos: verbal (palavra, expressão, idéia, frase, provérbio), não verbal ou icônico (figura, fotografia), como material

de vídeo (filme, publicidade) e material sonoro (uma música ou um som). Neste estudo foram utilizados estímulos indutores verbais, especificamente através do uso de frases e palavras.

No processo de coleta de dados, os sujeitos foram previamente informados sobre a pesquisa, bem como seus objetivos; fazia-se uma apresentação conforme o Rapport (apêndice E). A partir de então, eram informados sobre o termo de consentimento livre e Pré-Esclarecido para a pesquisa com seres humanos, conforme a Portaria 196/96 (apêndice A) e caso aceitassem participar, inicialmente era preenchido e assinado o referido termo.

Após o aceite dos sujeitos, em primeiro tempo, procedeu-se à coleta dos dados do Teste de Associação Livre de Palavras (TAL), utilizando como instrumento, formulários individuais.

Neste estudo, o Teste de Associação Livre de Palavras foi realizado a partir de dois estímulos indutores: o estímulo um foi significado da cor e o segundo estímulo foi o registro da cor no prontuário em saúde.

A primeira indução foi feita através da pergunta: “O que lhe veio à mente quando eu lhe fiz a pergunta sobre cor? Visto que antes desta pergunta foram colhidos dados de identificação pessoal que incluiu a cor auto-atribuída, a intenção era submeter as entrevistadas a uma situação o mais próxima possível do real. E o segundo estímulo através da abordagem “o que lhe vem à mente quando lhe falo sobre o registro da cor na ficha de atendimento em saúde?”

Antes de processar o teste era realizado um pré-teste com um estímulo qualquer, diferente do que seria válido para a pesquisa, para fins de exemplo e entendimento dos sujeitos deste estudo.

Em seguida ao Teste de Associação Livre, processava-se à entrevista aos sujeitos que também aceitavam participar. Muitos sujeitos apresentavam dificuldade para evocar as respostas durante o TAL, por conta desta dificuldade de expressão sobre o objeto do estudo, a

escolha dos sujeitos para a entrevista era feita à partir da maior fluência dos sujeitos para a fala, seguido do critério de saturação das respostas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, tendo como suporte um gravador de bolso, fitas cassetes e o roteiro de entrevista.

3.3.5 Tratamento dos dados

Os dados foram analisados através de multimétodos, quantitativos e qualitativos, que permitem a triangulação dos dados. As informações obtidas através do Teste de Associação de Palavras foram submetidas a tratamento estatístico utilizando-se a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) processado pelo Software Tri-deux-mots, versão 2.2/1995.

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) trabalha com matrizes de correspondências, as quais comparam perfis das linhas e colunas das categorias, ou seja, este método estatístico opera em matrizes simétricas e quadradas, palavra por palavra, representando as freqüências de co-ocorrências de palavras, onde, por exemplo, as colunas são variáveis fixas demográficas. Neste estudo estas variáveis foram cor, idade e classificação do sujeito em profissional ou gestante; e as colunas são as palavras evocadas pelos sujeitos. A análise de correspondência é freqüentemente usada para analisar dados verbais (KRONBERGER; WAGNER, 2003).

Coutinho apud Paiva (2005) refere que o princípio básico da Análise Fatorial de Correspondência está no destaque de eixos explicadores das modalidades de respostas e que mostram as estruturas constituídas de elementos do campo representacional. A AFC favorece identificar as representações sociais presentes nas respostas dadas pelos sujeitos aos estímulos indutores, mostrando o jogo de oposições que são evidenciadas pelos sujeitos em suas evocações.

Os dados da entrevista foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo. A análise temática faz parte do conjunto de técnicas da análise de conteúdo, a qual visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e permitem a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1991). Procura apreender o conteúdo da mensagem, a problematização do assunto e a resposta (oral e/ou escrita) dada à problemática em estudo (ALVES, 1999).

Assim, foi realizada uma pré-análise, uma forma de organização dos dados colhidos, tendo em vista a análise propriamente dita, onde se operacionalizou os processos de codificação, categorização e quantificação dos significados encontrados nas mensagens.

Também para processar as informações do Teste de Associação Livre de Palavras foi montado um banco de dados a partir da caracterização dos sujeitos, das palavras por eles evocadas e seguido de uma numeração que correspondia ao estímulo dado, estímulo 1 ou 2, que se pode observar no apêndice F. Nestes termos, os sujeitos foram caracterizados da seguinte forma: no que tange a categoria de pertencimento, gestante correspondeu a número 1 e profissionais a número 2; na classificação da idade, os sujeitos foram divididos em três subcategorias: 1 – de 14 a 19 anos; 2 – de 20 a 34 anos; e 3 – de 35 anos acima. E por último, deu-se a caracterização por cor/raça: 1 – preto; 2 – pardo; 3- amarelo; 4 – branco; e 5 – indígena.

A classificação de idade foi subdividida desta forma para evidenciar a idade reprodutiva, já que se especificou o grupo de gestantes em maior número e, por conseguinte, com suporte para reflexão no risco gestacional relativo à idade. Já para a classificação da cor/raça, foram tomadas como suporte as categorias já trabalhadas pelo IBGE, solicitando às pessoas do estudo que se identificassem com uma delas.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

O Estudo foi realizado com o total de 103 (cento e três) sujeitos em dois Distritos Sanitários do Município de Salvador – Bahia, Centro Histórico e Barra – Rio Vermelho. Através da ficha roteiro do Teste de Associação Livre de Palavras, traçou-se o perfil dos sujeitos no tocante à cor, idade, sexo, pertencimento a movimentos sociais, localização em Centro de Saúde e Distrito Sanitário, bem como ocupação e escolaridade.

Os sujeitos estão divididos em dois grupos distintos, gestantes e profissionais. Conforme a Tabela 1 observa-se uma participação maior de gestantes, ou seja, 84.5% (87) dos sujeitos do estudo em relação ao número de profissionais 15,5% (16) dos sujeitos.

TABELA1. Distribuição dos sujeitos de acordo com a categoria de participação no estudo. Salvador, Ba, 2005

CATEGORIA DOS SUJEITOS	Nº.	%
Gestantes	87	84.5
Profissionais	16	15.5
TOTAL	103	100

Fonte: Pesquisa de campo

Essa relação, gestantes *versus* profissionais, no que tange ao número de sujeitos, era esperada visto que os profissionais de interesse para este estudo fazem parte de um atendimento específico nos serviços: a assistência pré-natal; por outro lado, a demanda de pacientes, o grupo de gestantes, é rotineiramente grande no atendimento público do referido serviço no Município de Salvador.

4.1.2 Perfil Etário

Através da Tabela 2 identifica-se o perfil etário dos sujeitos, com maior concentração na faixa etária de 20 a 34 anos de idade, seguido da faixa etária de 35 anos e mais. A concentração de pessoas nessa faixa etária deve-se ao fato do estudo ter sido realizado com mulheres grávidas e esse grupo representar 81% do total de sujeitos.

Observa-se a participação de gestantes adolescentes, faixa etária de 14 a 19 anos, com a inclusão de 13 adolescentes (12.6%); 05 gestantes (4.8% do total de sujeitos) estão com idade de 35 anos acima.

TABELA 2. Distribuição dos sujeitos do estudo de acordo com a categoria e a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	GESTANTES		PROFISSIONAIS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
14 – 19	13	14.9	-	-	13	12.6
20 – 34	69	79.3	02	12.5	71	69.0
35 e mais	05	5.8	14	87.5	19	18.4
TOTAL	87	100	16	100	103	100

Fonte: Pesquisa de campo

Para os profissionais, tem-se uma concentração maior na faixa de 35 anos e mais (14), representando 13.6% dos sujeitos e apenas 02 (dois) deles se encontram entre 20 e 34 anos (1.9%).

Observa-se uma considerável participação de adolescentes no conjunto de gestantes, remontando a pensar numa assistência específica para essas pacientes, tendo em vista que a adolescência é considerada um momento de importantes modificações biológicas, sociais e

psicológicas na vida de qualquer indivíduo. Para as mulheres em particular, essa fase pode estar vinculada a outras modificações também biopsicosocial, decorrentes da gravidez. Dessa forma, entende-se que o cuidado deva ser mais intensificado e talvez mais elaborado devido ser esta gestante possuidora de um risco maior para ocorrência de problemas gestacionais, parturitivos e puerperais, ou seja a própria idade é um fator de risco gestacional.

Neste sentido, Brandem (2000) afirma que a gravidez pode impor riscos às adolescentes por conta da imaturidade física e psicológica, devido a sua possibilidade de ocorrência de complicações gestacionais, à falta de assistência pré-natal e à inexistência de apoio social e financeiro, referindo ainda a autora que a adolescente grávida pode não concluir seus estudos, o que resultaria em dificuldade em sua qualidade de vida, suas oportunidades de emprego e progresso, além de sua estabilidade financeira.

Apesar de a maioria das gestantes estarem na faixa etária própria para período reprodutivo, entre 20 e 34 anos de idade, vê-se um contingente de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, o que se pode também considerar como risco gestacional.

De acordo com Branden (2000), as condições alto risco na gestação incluem problemas médicos; problemas sócio-econômicos, como pobreza, violência doméstica e abuso de drogas; e questões relacionadas com a idade, como por exemplo, a gravidez numa idade avançada, acima de 35 anos de idade.

Isto também sugere uma atenção maior no cuidado pré-natal e pressupõe a importância de uma política de atenção ao planejamento familiar mais comprometida com a saúde das mulheres. Até porque, estes riscos acentuam-se para as mulheres negras, considerando ser a raça negra mais um fator a ser agregado para o risco.

De acordo com a Tabela 2, observa-se ainda, que os profissionais deste estudo podem ser estimados profissionais com determinada experiência profissional, levando em

consideração que a maioria está incluída na faixa etária acima de 35 anos. Apenas dois profissionais (12.5%) têm idade entre 20 e 34 anos.

4.3.Sexo

Referente à categoria sexo identificou-se um contingente majoritariamente feminino, justificado pelo peso do número gestantes do estudo. Do total de participantes, houve apenas um do sexo masculino fazendo parte do grupo de profissionais, representando aproximadamente 1% do total dos sujeitos e 6.3% do total de sujeitos profissionais.

4.3. Cor/ Raça

A classificação de cor dos sujeitos do estudo foi auto-referida tomando como base a legenda trabalhada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que descreve cinco categorias: preto, pardo, amarelo, branco e indígena.

Pode-se observar à partir da Tabela 3, que 30 pessoas do estudo se autoclassificaram como pretas (29.1%), sendo todas do grupo de gestantes; 53 (51.3%) se autoclassificaram como pardas, sendo 45 gestantes (43.7%) e oito profissionais (7.8%); duas gestantes não se autoclassificaram segundo a legenda do IBGE, se referindo apenas como negras.

Classificaram-se como brancas 15 pessoas do estudo (14.6%); sendo sete gestantes, correspondendo a 6.8% do total e 08 profissionais, correspondentes a 7.8% do total de sujeitos e 53.3% do total de sujeitos brancos. Há ainda uma gestante que se autoclassificou como amarela (1% do total de sujeitos) e duas como indígenas (1.9% do total de sujeitos).

TABELA 3. Distribuição dos sujeitos de acordo com a categoria e a cor auto-referida.

COR AUTO- REFERIDA	GESTANTES		PROFISSIONAIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Preta	30	34.5	-	-	30	29.1
Parda	45	51.7	08	50.0	53	51.5
Amarela	01	1.1	-	-	01	1.0
Branca	07	8.0	08	50.0	15	14.6
Indígena	02	2.3	-	-	02	1.9
Negra	02	2.3	-	-	02	1.9
TOTAL	87	100	16	100	103	100

Fonte: Pesquisa de campo.

Analisando como negros, a somatória dos sujeitos que se autotransformaram como pretos, pardos e mesmo como negros, tem-se neste estudo uma população de 85 sujeitos negros, correspondente a 82.5%.

Assim, tem-se a maioria dos sujeitos negros, corroborando com o estudo realizado por Nascimento; Ferreira (2001), em Salvador, Bahia, o qual revelou que 79.9% das mulheres atendidas em maternidades públicas eram negras, sugerindo a precarização das condições de acesso a serviços assistenciais de saúde por este grupo populacional, já que as condições financeiras têm um papel preponderante no acesso aos bens e serviços.

No que tange aos profissionais, vê-se que 50% se autodeclararam pardos e 50% se autodeclararam brancos. Na comparação com o grupo de gestantes, observa-se que apesar de a grande maioria dos sujeitos serem gestantes, o número de brancos predominantes está na categoria de profissionais.

4.4 Participação em Movimentos Sociais

A investigação da participação dos sujeitos em movimentos ou organizações sociais parte do pressuposto de que tal pertencimento e/ou participação teria influência na atitude destes, frente à valorização do quesito cor – objeto do estudo.

Apenas oito gestantes referiram participar de movimentos sociais, representando 7.8% dos sujeitos. Dos profissionais não houve referência quanto a engajamentos em movimentos ou organizações sociais.

Os movimentos referidos pelas gestantes correspondem ao Movimento dos Sem Tetos do Município de Salvador e de Associação de Moradores de Bairros; apenas uma gestante referiu fazer parte de Movimento referente à questão racial, movimento negro.

A participação de gestantes nos movimentos referidos, principalmente o Movimento dos Sem Tetos, revela a situação de baixas condições sócio-econômicas das gestantes do estudo. Já a não participação dos profissionais, demonstra uma situação de alienação aos processos de lutas políticas e sociais na sociedade.

4.5 Distritos Sanitários e Centros de Saúde

A distribuição dos sujeitos deu-se em seis centros de saúde dos dois Distritos Sanitários do estudo. Quatro centros de saúde do distrito Centro Histórico (Carlos Gomes, Barbalho, Ramiro de Azevedo e Pelourinho) e dois centros de saúde do Distrito Barra – Rio Vermelho (Vale das Pedrinhas e Calabar).

Esta distribuição desigual dos centros, como já referido no capítulo da metodologia, não foi proposital, mas ocorreu devido às dificuldades encontradas em época de coleta de dados, na qual dois centros de saúde do Distrito Barra – Rio Vermelho estavam com problemas no funcionamento do serviço de pré-natal.

Observa-se na Tabela 4, que 35 sujeitos (34%) são do Distrito Sanitário Barra – Rio Vermelho; aproximadamente 34% dos sujeitos, sendo 29 gestantes e seis profissionais, respectivamente 28.2% e 5.8% do total dos sujeitos. E 68 sujeitos fazem parte do distrito Sanitário Centro Histórico, representando 66% do total; destes, 58 são gestantes e 10 são profissionais, respectivamente 56.3% e 9.7% do total dos sujeitos.

TABELA 4. Distribuição dos sujeitos de acordo com o Distrito Sanitário do estudo. Salvador, Ba, 2005.

DISTRITO SANITÁRIO	GESTANTES	PROFISSIONAIS	TOTAL	
			N	%
Centro Histórico	58	10	68	66
Barra/ R. Vermelho	29	06	35	34
TOTAL	87	16	103	100

Fonte: pesquisa de campo

Já na distribuição por centros de saúde (Tabela 5), observa-se que o Vale das Pedrinhas é o que tem o maior número de gestantes (20), seguido pelo da Carlos Gomes (18), Calabar (15), Barbalho (13), Ramiro de Azevedo (12) e, por último o Pelourinho, com 09 gestantes.

Neste sentido, o número de profissionais foi equitativo em cinco dos centros de saúde, que participaram com três profissionais, diferenciando apenas a categoria profissional. O centro de Saúde do Pelourinho teve apenas um profissional participante, devido ser o mesmo, responsável por todo o atendimento de pré-natal.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos de acordo com a disposição em Centros de Saúde. Salvador, Ba, 2005.

Centros de Saúde	GESTANTES		PROFISSIONAIS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Carlos Gomes	16	18.4	03	18.8	19	18.4
Barbalho	13	15.0	03	18.8	16	15.5
Calabar	15	17.2	03	18.8	18	17.5
Ramiro de Azevedo	12	13.8	03	18.8	15	14.6
Pelourinho	09	10.3	01	6.0	10	9.7
Vale das Pedrinhas	20	23.0	03	18.8	23	22.3
TOTAL	87	100	16	100	103	100

Fonte: Pesquisa de campo.

O maior volume de gestantes no Centro de Saúde do Vale das Pedrinhas, expressa-se por conta da maior demanda de gestantes neste serviço e, por conseguinte, de uma oferta maior de consultas, funcionamento pela manhã e tarde.

Tabela 6. Distribuição dos sujeitos de acordo com a disposição em centros de saúde e a cor auto-referida.

Centro de Saúde	Preto	Pardo	Amarelo	Branco	Indígena	Negro	TOTAL
Barbalho	02	09	-	03	02	-	16
Calabar	07	11	-	-	-	-	18
Carlos Gomes	06	10	-	03	-	02	21
Pelourinho	03	06	-	01	-	-	10
Ramiro de Azevedo	03	07	-	05	-	-	15
Vale das Pedrinhas	09	10	01	03	-	-	23
TOTAL	30	53	01	15	02	02	103

Fonte: Pesquisa de campo.

Ao fazer uma análise dessa distribuição por localidades relacionada com a cor, observa-se, conforme a Tabela 6, que em todos os centros de saúde há uma concentração maior de indivíduos que se autodeclararam pardos do que das outras classificações. O maior número de pessoas que se referiram pretos está nos centros do Vale das Pedrinhas, Calabar e Carlos Gomes – respectivamente, nove, sete e seis sujeitos.

4.6. Ocupação e Categoria Profissional

A Tabela 7 mostra o conjunto das ocupações dos sujeitos separando os dois grupos, gestantes e profissionais.

Tabela 7. Distribuição dos sujeitos de acordo com a ocupação e a categoria profissional, Salvador, Ba, 2005.

Ocupações/ Categoria Profissional	N	%
GESTANTES		
Desempregado e sem ocupação	36	41.4
Estudante	11	12.6
Comerciária	05	5.7
Comerciante	01	1.1
Artesã	03	3.4
Atendente de Consultório Dentário	01	1.1
Técnica de Enfermagem	01	1.1
Doméstica/ Faxineira	16	18.4
Vendedora autônoma	06	6.9
Professora nível fundamental	01	1.1
Auxiliar de Higienização	01	1.1
Industriária	01	1.1
Manicure	01	1.1
Doceira	02	2.3
TOTAL	87	100
PROFISSIONAIS		
Enfermeira	06	37.6
Médico	03	18.6
Nutricionista	05	31.3
Assistente Social	02	12.5
TOTAL	16	100

Fonte: Pesquisa de campo.

Observa-se que 36 gestantes estão sem nenhum vínculo de trabalho, perfazendo 35% dos sujeitos; destas, 29 referiram estar desempregadas e sete referiram não ter ocupações. Este grupo de gestantes sem trabalho é o maior dentro do campo da ocupação.

Em seguida, tem-se as gestantes que se ocupam do trabalho doméstico (15), representando 14.5% dos sujeitos. A terceira posição é de gestantes que ainda estudam; aqui foram 11 (10.7%). Observa-se também gestantes que se ocupam de atividades comerciais: cinco comerciárias (4.9%); três artesãs (2.9%) e seis vendedoras (5.8%).

Observa-se, assim, que o perfil das ocupações das gestantes se encontra no patamar de profissões de parcas remunerações e de pouca valorização no mercado de trabalho. Há apenas quatro gestantes com formação profissional específica: atendente de consultório dentário (01), auxiliar de enfermagem (01), manicure (01) e professora de ensino fundamental (01).

Verifica-se ainda, que grande volume de gestantes encontra-se sem rendimentos próprios, estão desempregadas ou ainda sem ocupações. Das gestantes que trabalham, chama a atenção o volume das que se ocupa do trabalho doméstico e, das que trabalham informalmente (faxineira, doceira, vendedoras e artesãs).

Paixão (2003) refere que a informalidade é um problema que afeta em geral os trabalhadores brasileiros e que atinge e prejudica especialmente os trabalhadores negros. Refere que isso deriva das privatizações e dos efeitos do modelo neoliberal no ângulo de propostas de mudanças na legislação trabalhista e que recai muito efetivamente sobre os afro-descendentes porque na medida em que os processos de privatização desobrigam as empresas à contratação de funcionários pela via de concurso público, ampliam, conseqüentemente, os mecanismos de arregimentação de pessoal pelo critério de “boa aparência”, ao menos hipoteticamente, tendendo para a redução das oportunidades, no mercado de trabalho, pra os afro-descendentes.

Vale a pena ressaltar que das gestantes estudantes (11), todas ainda adolescentes, ou seja, mesmo com a gestação, estas adolescentes não abandonaram os estudos, entretanto pode caracterizar um quadro de possível sobrecarga de emoções, que como já dito sobre o estar grávida e a própria adolescência, se sobrepõe às atividades escolares.

Conforme já dizem alguns estudiosos, se esta gestante não tem um apoio familiar, emocional, financeiro, das pessoas que estão próximas e do serviço de atenção à saúde, ela possui uma vulnerabilidade maior para ser vítima de problemas que vão interferir profundamente na sua qualidade de vida, enfim na sua vida como um todo (BRANDEM, 2000).

No que tange aos profissionais, participaram deste estudo 16 profissionais de quatro categorias: enfermeiras, médica, nutricionista e assistente social, perfazendo 15.5% dos sujeitos. Observando a Tabela 6, vê-se que o maior número de profissionais foi de enfermeira (seis), seguido de nutricionista (cinco), médico (três) e assistente social (duas), representando respectivamente 37.5%, 31.2%, 18.8% e 12.5% do total de profissionais.

Conforme já relatado, esperava-se um número maior de sujeitos profissionais neste estudo, entretanto dois centros de saúde estavam sem funcionamento do serviço de pré-natal temporariamente, com profissionais licenciados ou de férias.

O maior número de enfermeiras deve-se ao fato de que em alguns centros de saúde, o serviço de pré-natal está sendo feito inteiramente pela enfermeira.

Observando a relação da ocupação dos sujeitos e a cor autoclassificada, nota-se que no grupo de gestantes, os desempregados e sem ocupação são majoritariamente negras (33). Apenas três sujeitos que se autoclassificaram branco e amarelo, ocupam o posto de desempregados. Ao estabelecer uma razão do número de desempregados em relação à cor, tem-se uma razão de 4 (quatro) para o grupo branco e amarelo e, uma razão de 2.3% para o grupo preto e pardo. Esta relação demonstra que o desemprego é maior e mais provável para

as pessoas consideradas negras (pretos e pardos). Da mesma forma, ao fazermos esta mesma razão entre o número de gestantes que são domésticas e a cor, tem-se uma razão menor para o grupo das gestantes negras, de 4,6, e para as gestantes brancas uma razão de 7 (sete).

Apesar do número de sujeitos deste estudo ser considerado uma amostra aleatória e, por conseguinte não ter validade estatística, este resultado de razão acima abordado, reflete a realidade das pessoas negras, de Salvador e do Brasil como um todo, onde os postos de trabalho de menor complexidade são geralmente ocupados pelos negros, assim como estes são mais vulneráveis à exclusão no emprego.

Isto também é notoriamente percebido ao observar que, da categoria de profissionais, não há sujeitos que se autotranscreveram como pretos; dos 15 sujeitos que se autotranscreveram como brancos, mais de 50% são da categoria profissionais.

A ocupação nos distintos ramos de atividades e diversos trabalhos realizados recentemente, apontam para o fato de que os negros se concentram em funções manuais e de menor prestígio social. A inserção dos ocupados negros nos diferentes setores e ramos de atividades econômicas é relativamente maior nos serviços domésticos, na construção civil, na indústria têxtil, nos serviços de limpeza, reformas e transportes e, menor, em alguns ramos de atividades, como indústria, serviços especializados, educação, saúde, administração e utilidade pública (PAIXÃO, 2003).

4.2 IMPLICAÇÕES DA IDENTIFICAÇÃO DE COR/RAÇA: ANÁLISES DAS REPRESENTAÇÕES DE GESTANTES E PROFISSIONAIS

4.2.1 A apresentação gráfica da Representação no Teste de Associação Livre de Palavras

O Teste de Associação Livre de Palavras é uma técnica projetiva através da qual a estrutura psicológica do sujeito torna-se palpável, por meio de manifestações de condutas e reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade (RAPAPORT apud NÓBREGA, 2003).

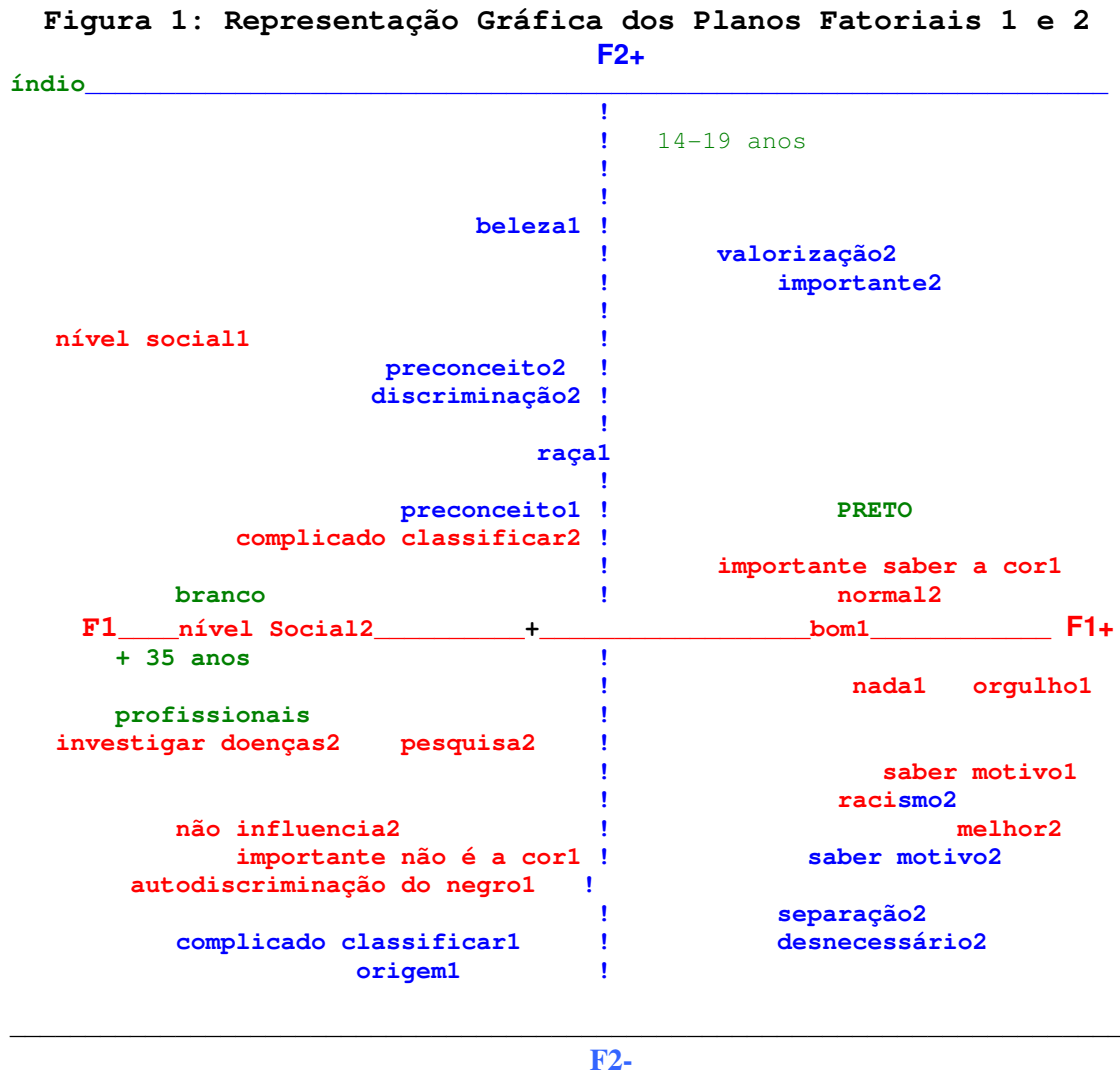
Este teste recebe um tratamento através da Análise Fatorial de Correspondência que revela o jogo de oposições que são evidenciados pelos sujeitos nas suas evocações como respostas aos estímulos indutores. Os primeiros fatores F1 e F2 – Figura 1 – têm maior significância. O Fator 1, evidencia a oposição entre a cor dos sujeitos e explica 38.2% da variância total das respostas, enquanto o Fator 2, que evidencia a oposição entre as idades dos sujeitos, explica 17.9% de variância, perfazendo um total de 56.1% da variância total, o que significa o percentual de dados contemplados estatisticamente para serem explicados/analísados. Estas explicações sobre a variância das respostas evocadas podem ser vistas no Apêndice G.

Nesse sentido, nota-se que a oposição de cor/raça (no Fator 1) tem maior significância que a de idade (no Fator 2). Foram evocadas 588 palavras pelos sujeitos, existindo 194 diferentes entre si. Esta construção gráfica foi determinada pelas respostas aos estímulos indutores que estão demonstrados no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Classificação ordinária dos estímulos indutores

Estímulo indutor	Número do estímulo
O que lhe veio à mente quando eu lhe perguntei a sua cor?	01
O que lhe vem à mente quando falo do registro da cor na ficha de atendimento em saúde?	02

As representações construídas através das evocações dos sujeitos em respostas aos estímulos indutores se constituem em oposições significativas que podem ser visualizadas através da representação gráfica dos planos fatoriais 1 e 2 (Figura 1). Tais oposições foram observadas entre os grupos de pessoas pretas e brancas e entre os grupos extremos na faixa etária: adolescentes e maiores de trinta e cinco anos.



Legenda
F1 (eixo negativo) = grupo de sujeitos que se autodeclararam brancos
F1 (eixo positivo) = grupo de sujeitos que se autodeclararam pretos
F2 (eixo positivo) = sujeitos de 14 a 19 anos de idade
F2 (eixo negativo) = sujeitos com idade de 35 anos e mais.

Neste gráfico, o eixo um (F1) está representado em linha vermelha, situado nos lados direito e esquerdo. Encontra-se aí a visualização que permite analisar a oposição entre respostas representativas para os sujeitos que se autoclassificaram como pretos (F1 +, lado direito) e sujeitos que se autoclassificaram como brancos (F1 -, lado esquerdo).

Observando o eixo dois (F2), vê-se sua representação verticalmente, linha azul, através do qual faz-se a leitura das representações dos sujeitos com referência à faixa etária. Na parte superior do gráfico (F2 +) aparecem as respostas do grupo adolescente (14 a 19 anos) em oposição ao lado inferior (F2 -) que representa o grupo de maior idade (35 anos e mais).

Neste eixo também aparece elucidado na parte superior do gráfico o grupo de sujeitos que se auto classificou como indígena em relação à variável fixa cor, entretanto para este não está contemplado no gráfico um grupo opositor. Da mesma forma, a representação sinalizada no gráfico na parte inferior, o grupo de sujeitos profissionais, que por sua vez não traz o registro do seu correspondente grupo de oposição, que no caso seria das gestantes. No gráfico, estão ausentes os sujeitos pertencentes a outras categorias – de cor como os pardos e, de idade, como os de 20 a 34 anos, significando ausência de divergências as representações destes grupos com outros.

O aparecimento do grupo de profissionais parece estar individualizado por conta de, neste estudo, os sujeitos profissionais perfazerem quase a totalidade dos sujeitos do grupo de 35 anos e mais, que estão visivelmente justapostos no gráfico. Além disso, mesmo sendo o grupo de profissionais menor do que o de gestantes, para este estudo, as oposições entre representações de gestantes e de profissionais, bem como a categoria índio que aparecem no gráfico não apresentaram significância.

4.2 Auto identificação da cor/raça: significados e dificuldades

Na análise do estímulo indutor 1 (o que lhe vem quando lhe perguntei a sua cor?) para o grupo de sujeitos que se autoclassificaram como brancos, foram representativas as seguintes respostas: “nível social”, “importante não é a cor” e “auto discriminação do negro”. Já para os sujeitos que se autoclassificaram como pretos, perguntar sobre a cor é tido como “bom”; “importante saber a cor”; “orgulho”; “saber o motivo” e “nada” como resposta.

Ainda na análise deste estímulo, para o grupo de menor idade – 14 a 19 anos, adolescentes – a pergunta sobre cor remontou ao pensamento em beleza, raça e preconceito, enquanto que para os sujeitos de mais idade, de 35 anos acima, foi referida como “origem” e “complicado” classificar.

Em relação à oposição nas respostas entre as pessoas que se denominaram brancas e as que se denominaram pretas, verifica-se que a questão “cor” não é valorizada pelo grupo branco, para eles “importante não é a cor” para as condições de vida e sim a sua classe social, referenciada no teste como “nível social”. Para, além disso, é bem representada a situação onde estes sujeitos pensam a questão racial como um problema apenas das pessoas negras ao se identificar como representativa, a evocação da expressão “autodiscriminação do negro” ao serem estimulados quanto à pergunta sobre cor.

A expressão “autodiscriminação do negro” foi construída à partir de expressões como: “o próprio negro se discrimina”, “negação da cor”, “o negro não se aceita”, “tem gente escura que é racista com ele mesmo”, “tem gente que é escura e não gosta de gente escura”, “tem gente que é escuro e não quer ser escuro”. Da mesma forma, a expressão importante não é a cor, condensa frases do tipo: “importante é o caráter”, “importante é a competência”, “cor não julga nada”, “existem outras informações mais importantes”.

Essa idéia da autodiscriminação do negro é retratada, por Azevedo (1987), quando se refere aos problemas de preconceito no Brasil. Refere esta autora que, uma das grandes tônicas neste sentido, está na autodesvalorização do negro e discute que as projeções valorativas do branco ganharam prestígio na consciência do negro em detrimento das projeções do seu próprio valor. Os reflexos disso se expressam nas mais diversas atitudes dos negros, conscientes ou não, de violência para consigo mesmo, a não aceitação ou tentativas de diferenciar seus próprios traços físicos e até culturais.

Segundo Carone (2002), estes sentimentos advêm também de um processo histórico cultural, visto que, o branqueamento é entendido como um processo cultural exercido pela hegemonia branca, sobretudo após a Abolição da Escravatura, para que o negro negasse a si mesmo, no seu corpo e na sua mente, como uma espécie de condição para se integrar numa nova ordem social.

Entretanto, essa expressão é também uma forma de escamotear o racismo em nossa sociedade. Em vários cenários, onde estão sendo discutidas questões de relações raciais, a culpabilização dos próprios negros é freqüente. Com relação a isto, Bento (2002) refere que, em suas experiências no processo de formação sobre relações raciais, não são raras as argumentações que visam desqualificar o debate sobre o racismo, onde sempre são colocados em dúvida os dados estatísticos relativos a esta questão e também com tentativas de relativizar o problema, exemplifica assim com as mais freqüentes das expressões: “é, mas os próprios negros se discriminam”, “os negros não assumem a sua identidade”.

Estas reações são consideradas como manifestações da ideologia da democracia racial brasileira que traz em seu arcabouço a negação do preconceito e da discriminação, a isenção do branco e a culpabilização dos negros (Hasenbalg apud Bento, 2002).

Contudo, para os sujeitos que se denominaram pretos, percebe-se uma visão positiva com relação à pergunta sobre cor. Apesar de evocações onde os sujeitos referem “nada” como

declaração, demonstrando uma resposta evasiva (vazia), também supõe achar uma coisa boa que remete ao orgulho de ter a sua cor; além de referir ser importante saber a cor, entretanto, é também importante saber o motivo de estar sendo questionado sobre a sua cor, expressa como “saber motivo”.

Frisa-se a forma como os sujeitos deste grupo referem querer saber o motivo de ser questionado sobre cor; isto explicita fortemente a necessidade de que a introdução do quesito cor em qualquer atendimento deve ser precedida de uma conscientização/sensibilização bastante planejada para com a população de forma geral.

Também entender, o motivo de estar sendo questionado sobre cor, pode envolver um resultado positivo no engajamento na luta anti-racismo. Tal reflexão é bem retratada por Piza (2003):

“ Já os seres humanos precisam saber com rigor e responsabilidade social por que estão sendo inquiridos sobre algo que os afeta profundamente em todas as dimensões da sua vida, por que nomeá-lo e, principalmente, por que este ato “invasivo”, no país da suposta “democracia racial”, pode transformar-se numa arma poderosa na luta pela igualdade e pela educação anti-racista.

Nesta análise da pergunta sobre cor, notam-se também contrastes entre o grupo mais novo e o mais velho deste estudo, ou seja, entre adolescentes e pessoas com idade a partir de 35 anos.

Para os mais jovens, há duas distintas representações: a que supõe uma ordem positiva da resposta, referida como beleza, raça, e outra numa percepção de ordem negativa, pressupondo ser a pergunta sobre cor, vista como preconceito.

Mas para os sujeitos de maior idade, a pergunta sobre cor, remonta o pensamento nas origens (que traz a condensação de palavras como ancestrais e raízes), revelando, ainda, que é complicada a classificação dos sujeitos quanto à cor/raça.

Esta dificuldade de classificação enxergada pelos sujeitos do estudo nos remete às reflexões nos processos de auto e heteroidentificação da cor no Brasil para se perceber a sua

complexidade. Esta complexidade deve-se à diversificação que existe acerca da classificação dos indivíduos sobre cor/raça, bem como a ideologia que permeia o pensar a classificação racial, se com um olhar fenotípico ou como um olhar na origem, descendência (Rosemberg, 2002).

O próprio censo brasileiro no seu processo histórico de coleta de cor retrata essa complexidade, ora coletando o dado através dos traços físicos das pessoas e ora envolvendo aspectos genotípicos.

Também, a coleta da cor no Brasil, segundo Piza (2003) sempre foi envolvida por complexidades, desencadeando sempre instabilidades e embaraços para coletores e declarantes, refere a autora que, entre atribuir a cor e dar nome a ela, ocorrem inúmeros fatores determinantes pela condição social, regional e outras e que a complexidade principal parece concentrar-se, na relação estabelecida entre coletor e declarante ou nomeado.

Além disso, Wood apud Rosemberg (2002) refere que os problemas das coletas sobre cor em países multirraciais, como no caso do Brasil, têm como ponto marcante de conflito de existência, no contínuo de cores da população, do grupo de pardos, referindo que este grupo se constitui no que a variação do pertencimento parece ser maior e mais influenciada pelos significados sociais da cor, estabelecendo limites geralmente amplos.

Entretanto, mesmo neste patamar de discussões sobre a coleta de cor, Piza e Rosemberg (2000) retratam que as ambigüidades nos processos de pertencimento e atribuição racial no Brasil passam além dos limites da segurança que é necessária na apreensão dos dados sobre cor e que deve ser estimulada sim, por estudos e pesquisas sobre as dimensões antropológicas e psicossociais no processo brasileiro de auto e heteroclassificação de cor. Ainda nos fala Silva (1992): *“a tradicional forma de mensurar a identidade racial nas estatísticas oficiais é fundamentalmente válida e que, portanto, os estudos que a utilizam devem cobrir com razoável fidedignidade a dimensão racial que pretendem mensurar”*.

Para o segundo estímulo, o registro da cor nas fichas de atendimento em saúde, para o grupo autoclassificado como branco são representativas as evocações: investigar doenças, pesquisa, a cor não influencia, nível social e complicado classificar.

Para os que se autoclassificaram como pretos são representativas as respostas: normal, melhor, saber motivo e também racismo, separação, desnecessário. Nesse ínterim, para os adolescentes, o registro da cor nas fichas de atendimento em saúde é colocado como importante e valorizado, mas também como preconceito e discriminação, enquanto que o grupo mais velho – de 35 anos de idade e acima – acha que tal registro é racismo, separação, desnecessário e que é preciso saber o motivo.

Assim, gestantes e profissionais brancos explicitam ser de interesse o registro da cor devido ao fato da investigação de doenças, no sentido de pesquisa. Porém referem que a cor não influencia na situação de vida das pessoas, mas sim a classe social; retratam ainda a dificuldade de referenciada cor/raça na expressão é complicado classificar.

Vê-se que se assemelha um pouco com a representação no primeiro estímulo indutor, ou seja, tanto a pergunta sobre cor quanto o seu registro no atendimento em saúde, não têm expressão significativa para as pessoas brancas, que apesar de referirem alguns objetivos possíveis (investigar doenças e pesquisa), não aprovam o quesito cor como categoria importante, valorizando mais a situação sócio-econômica ao evocar o nível social como resposta.

No sentido de investigação de doenças retratada pelos sujeitos, Oliveira (2003) nos aponta essa importância, referindo que o recorte racial na saúde é um dado epidemiológico essencial, pois permite visibilizar as doenças que aparecem mais ou são exclusivas de determinados grupos como negros, brancos, amarelos, judeus, ciganos, etc. e, em mestiços de tais grupos, de modo que se possa interferir na realidade, diminuindo as desigualdades sociais.

Com relação à classe social, ao nível social, concorda-se com Carone (2002), pois a mesma afirma que tentar diluir o debate sobre raça/cor analisando apenas a classe social é uma saída de emergência permanentemente utilizada, embora todos os mapas que comparem a situação dos trabalhadores negros e brancos nos últimos vinte anos, explicitem que entre os trabalhadores – entre os pobres – os negros encontram um déficit muito maior em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação, no trabalho. Revela a autora que o jargão repetitivo é que o problema limita-se à classe social; concordando com ela, com certeza, a classe social é importante, mas é preciso articulá-la com outras categorias, como por exemplo, sexo, idade e cor/raça.

Entretanto, para os sujeitos de cor preta, a representação do registro da cor, o quesito cor, revela-se como uma situação polêmica, com antônimas significações. Assim é referido como uma situação de normalidade, bem como melhor do que a ausência do registro, mas por outro lado, é representado como racismo, separação, retratando ser desnecessário tal registro.

Experiências de implementação do quesito cor em serviços de saúde no Estado de São Paulo retratada por Rafael (2003), nos diz que há dificuldades no trabalhar com cor/raça, tanto para os entrevistadores quanto para os usuários dos serviços que geralmente percebem esta temática como forma explícita de racismo e refletem sobre a necessidade da coleta do quesito cor, principalmente quando se trata da autoclassificação.

Através de discussões e estudos de tal necessidade, de revisões de conceitos que as pessoas têm sobre raça e racismo, descobertas e incentivos foram geradas na experiência de trabalho de alguns profissionais quanto à necessidade de perguntar a cor dos pacientes: “rever estratégias e ampliar o olhar de cuidadores de saúde de formas mais adequadas de tratar as singularidades de cada indivíduo” (Rafael, 2003).

Neste mesmo sentido, a inclusão da cor como um dado relacionado à identidade é discutida por Piza (2003) que refere tal procedimento extremamente importante como indicador das diferenças relativas à diversidade. Esta autora elucida:

Nos recenseamentos e cadastros das instituições públicas e privadas, a ausência do quesito cor confere neutralidade aos dados coletados, como se todos brasileiros, brancos e negros, experimentassem a educação, a saúde, o trabalho, os salários, a natalidade, a mortalidade e os direitos de cidadania da mesma forma. Já quando a cor é desagregada e estudada, podemos facilmente verificar quão diferentes são as trajetórias de cada grupo, inclusive cotejando-se outros itens instituídos como invariantes como sexo, escolaridade, trabalho, emprego/desemprego (Piza, 2003, p. 64).

4.3 CONCEPÇÕES DO QUESITO COR APREENDIDAS NOS DISCURSOS DOS SUJEITOS

4.3.1 O significado da cor autodeclarada.

A pergunta sobre cor é reveladora do quanto no nosso meio há, de fato, grandes estigmas e complexidades no que tange à discussão sobre a identificação racial. É perceptível o constrangimento das pessoas ao serem abordadas acerca disto e também o quanto falta firmeza nas respostas, as quais são sempre precedidas de dúvidas, refletindo ser esta uma pergunta difícil de responder.

Tal situação empossa-se na explicação do fato de termos um país miscigenado e por conta disso existir uma extensa variação de cor de pele. Através da fala ilustrada abaixo, é possível ver a dificuldade de autoclassificação, de pertencimento da cor ancorada pela existência da miscigenação:

Acho que todos nós brasileiros não temos uma raça pura, justamente por causa dessa miscigenação racial que foi aqui

*encontrada pelo português, pelo negro, pelos índios, então, todos nós somos, eu acho, mestiços, se você parar para ver, todos nós somos mestiços porque nossos ancestrais ou foram negros, ou foram brancos, ou foram indígenas, tudo isso misturado vira a nossa raça...
(médico, CHAO, branco).*

Observa-se na fala acima, um discurso que podemos denominá-lo como politicamente correto, ou seja, apesar da percepção de um país miscigenado, de revelar-se como afro-descendente, ou mesmo como descendente de índio, o sujeito não se autot classifica como tal, mas sim como branco.

Em outros depoimentos pode-se observar a valorização que é dada para as pessoas vistas como brancas, ou ainda, como alguns sujeitos enfatizam sua autodeclaração como brancos:

Porque eu sou branca mesmo, tenho ficado nesta cor hoje, estou um pouquinho corada porque tomei sol, mas eu sou branca, no caso branca, branca. Tem o branco, morena, parda, as cores, mas eu me identifico mais como branca. (enfermeira, TMGCG, branca)

... a pessoa branca é mais valorizada até no mercado, então eu acho assim, que o valor é esse, que, as vezes, a pessoa não tem nenhuma boa profissão, não tem, mas só porque é branca, pra eles já é porque para eles é discriminação... (gestante, SMS, branca)

Enfatizar a identificação racial como branco nos remete a refletir sobre os privilégios do branco na sociedade, que no imaginário social é tido como grupo de referência da condição humana.

Tais posicionamentos parecem confirmar a gênese de que a auto-imagem rebaixada e distorcida entre os negros remete a uma aversão à ação coletiva, o que faz reproduzir e disseminar continuamente estereótipos que subestimam os negros e valorizam os brancos. Ou seja, este é um dos componentes, segundo Hanchard (2001), ao desestímulo à identificação grupal entre os negros e da não politização da raça.

Também, como nos aponta Munanga (2002), a maioria da população brasileira, negra e branca, introjetou o ideal do branqueamento que, inconscientemente, não apenas interfere no processo de construção de identidade do ser negro, individual e coletivo, como também na forma de auto-estima geralmente baixíssima da população negra e na supervalorização idealizada da população branca.

Entretanto, observa-se no discurso de alguns sujeitos, principalmente os que se autoclassificaram como negros e ou pretos, que a declaração da cor significa a aceitação da sua própria cor. Vê-se na fala abaixo:

Significa que eu me aceito como negra. Um pouco difícil porque nem todo mundo aceita o negro hoje, nem respeita, existe muita discriminação, mas apesar de ser negra, eu me sinto uma pessoa muito feliz e muito aceita por mim e pelas pessoas que me amam.
(gestante, VCC, preta)

Pra mim significa aceitação da cor mesmo... acho que hoje a cor negra, hoje nós não temos vergonha, nem nós, próprios negros, de falar que somos negros, que somos pretos, que somos da raça negra.
(gestante, RCP, preta).

Por outro lado, este sentimento de aceitação e de auto-estima do negro tem um legado na base das lutas do Movimento Negro Brasileiro que busca valorizar o grupo negro, cultural, social e politicamente. Esta é uma situação conflituosa num país multirracial como o Brasil.

É uma relação conflituosa frente às dificuldades de ascensão social do negro em nossa sociedade que enfrenta o racismo. Este o impõe o desejo do branqueamento e na verdade o impele forçosamente a negação da identidade, visto que o branqueamento e a ascensão social, conforme nos aponta Bento (2002), aparecem como sinônimos quando relacionados ao negro: “parece-nos que isso decorre do fato de que essa sociedade de classes se considera, de fato, como um ‘mundo dos brancos’, no qual negros não devem penetrar”.

Por conta dessa dificuldade de ascensão social, Hasenbalg apud Bento (2002) nos afirma que o Brasil não é um terreno fértil para o surgimento do orgulho racial. Apesar disto,

atualmente vem recrudescendo este sentimento de aceitação da cor e da auto-estima do negro, de assumir a identidade.

As lutas por melhores condições sociais do negro em nossa sociedade, inclusive em Salvador, a discussão sobre Raça e a ação afirmativa nos últimos anos, explica uma sensibilização maior das pessoas negras com relação ao problema de relações raciais e conseqüentemente tem implicado na conscientização da identidade.

A própria implantação do quesito cor à partir da mobilidade do movimento negro faz resgatar a reflexão sobre essa identidade racial. Segundo Piza e Bento (2003) a tendência manifesta pelas experiências de pesquisas nos últimos anos, sinaliza que a população tem optado pelo enegrecimento. Isto pode ser explicado, de acordo com estas autoras, pelo fato de haver mudança de classificação de uma geração para outra e também ser fruto tanto das ações políticas dos movimentos sociais (Movimentos negro e sindical) quanto de um momento específico de maior visibilidade e atenção da mídia às relações raciais no Brasil.

Ainda a classificação da cor é vista como uma situação complexa, onde os sujeitos até discordam das classificações existentes, referindo ser complicado classificarem-se. Veja-se abaixo:

... Esse negócio de clara, parda, eu, você é preto ou você é branco, esse negócio de claro, pardo, ou é negro ou é branco.
(gestante, LAJ, preta).

... Agora, assim, dar o nome da cor é muito complicado, né, porque a mestiça a gente sabe se é marrom, que é pardo, pardo é cor? Então é muito complicado... (enfermeira, TACA, parda.

... as vezes, a gente não se considera como nada porque é uma coisa que a gente nem sabe explicar direito porque não tem um estudo profundo, eu não posso, como eu lhe falei, dizer que sou afro descendente se eu me considero indígena porque na minha família, a família por parte de pai não tem negros, mas a família por parte de mãe eu não conheço, é complicado...
(gestante, LMV, parda – indígena)

Observa-se nesta fala acima, como a depoente se reporta ao critério de origem para proceder à classificação. Existe, pois, uma mistura nas formas de autoclassificação, ora por traços fenotípicos, ora por critério de descendência.

O entendimento de pertencer à cor autodeclarada tem ainda outras conotações como, por exemplo, o sentimento de orgulho. Principalmente sujeitos que se autoclassificaram morenos, pardos pela classificação do IBGE, frisaram uma plena aceitação da sua cor, não apresentando dificuldade para o seu enquadramento em uma das classificações postas pelo IBGE.

Esta representação da cor é trazida principalmente pelo grupo mais novo do estudo, dessa forma, o grupo de gestantes, o que é confirmado também através da análise do teste de Associação Livre de Palavras, onde as palavras beleza e orgulho, evocadas, foram representativas também por estes grupos (observa-se na p. 69).

Nas falas abaixo, percebe-se esta representação do significado da cor autodeclarada e enunciada como orgulho:

*Ah, eu gosto da minha cor, acho a minha cor muito bonita ...
(gestante, JSS, morena – parda)*

*... Eu gosto muito da cor que eu tenho, eu acho mais bonita, mesmo que não chama atenção como o branco, que chama mais atenção, mas eu gosto da minha cor.
(enfermeira, TACA, morena, parda)*

*Eu gosto da minha cor, eu gosto porque, por exemplo, se eu tivesse um filho, eu quero que ele saia da minha cor, entendeu? Se eu não gostasse talvez eu poderia casar com um rapaz mais moreno...
(gestante, ZSS, morena, branca)*

Orgulho, né, porque eu acho que independente da cor, eu acho que todos nós somos humanos... (gestante, MGP, negra, preta).

4.3.2 Implantação do quesito cor

O registro da cor do usuário nas fichas de atendimento em saúde, o quesito cor, tem uma representação ambivalente tanto para gestantes quanto para profissionais de saúde, particularmente os pré-natalistas do serviço público municipal de Salvador. Na abordagem das concepções e descrições apreendidas no discurso destes sujeitos emergiram as seguintes categorias empíricas: invisibilidade do quesito cor e incorporação de sentido; Retratando a ofensa; e Novidade. Descritas aqui em ordem decrescente de frequências nas falas dos sujeitos.

4.3.2.1 A Invisibilidade do quesito cor

Quando abordados quanto à representação da implantação do quesito cor nas fichas de atendimento em saúde, a maioria dos entrevistados (19), sendo 11 gestantes e oito profissionais, trouxeram como resposta, uma representação de não aceitação deste quesito, refletindo um pensamento numa visão predominantemente negativa. Neste sentido, foram retratados outros aspectos que teriam maior importância do que questionar a cor do paciente, revelando que esta não teria influência na questão da saúde como um todo. É possível observar nos seguintes trechos abaixo:

Minhas fichas eu nunca perguntei de cor... pra mim não influencia nada porque a cr pra mim, eu não boto nunca o quesito cor, o que eu pergunto é a idade só pra ver a gravidez de alto risco, mas a cor pra mim não influencia em nada porque a orientação é a mesma, eu que implantei a ficha, revisei a ficha e nunca coloquei o quesito cor, a idade sim ...
(enfermeira, TMGCG).

Não tem muito significado não, não tem muito a ver, eu acho que teria que acrescentar, na minha opinião, é o nível de escolaridade, que não tem ainda, é como vive socialmente, a sua renda familiar porque isso vai influenciar a sua maneira de transitar durante esse período de gestação, né, a comida, a bebida, é importante, que a pessoa tenha um nível financeiro um pouquinho melhor. O quesito cor pra mim, eu não vejo nenhum acréscimo e vantagem, pra mim é insignificante...
(assist. social, NLMP).

Discriminar a cor da pessoa? Eu não acho preciso. Qual a cor que você me ver? não existe importância nenhuma, cor?, o quesito cor, qual a importância que tem? Discriminar assim a cor da pessoa, tem que discriminar a doença, né, o que a pessoa está sentindo, mas a cor? não vejo importância. (gestante, CMJ)

Observa-se aqui que, apesar de gestantes e profissionais referirem importância de aspectos socioeconômicos (idade, escolaridade, renda familiar) e biológicos (a doença, os sintomas), o quesito cor não tem contemplação, não é percebido como um fator social na gênese do adoecer.

A questão cor já há algum tempo é exemplificada como fazendo parte da anamnese em sua parte de dados pessoais, refere Vieira Romero apud Oliveira (2003) que a identificação da pessoa consiste em coleta de informações de nome, sexo, idade, biótipo, cor e nacionalidade, estado civil, procedência, residência anterior e atual dentre outras.

Retratando sobre a política de inclusão do quesito cor, relembra-se aqui o que Oliveira (2003) frisa relegando sua importância:

O quesito cor ou a identificação racial é um item importante e indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento condigno, sobretudo das doenças atualmente consideradas raciais/étnicas. Permite fazer um diagnóstico epidemiológico da situação de grupos raciais ou étnicos e delimitar, com maior precisão, o descaso, a omissão, a dificuldade do acesso, bem como possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e políticas naturais aceitáveis, quando qualquer um dos grupos vive sob opressão racial/étnica. Demonstra como e de que adoecer, e como e de que morre, por exemplo, a população negra. O quesito cor, no caso do Brasil, é absolutamente necessário no presente, mas o seu sentido estratégico é incomensurável. (Oliveira 2003, p 212 - 213).

Corroborando com os resultados obtidos no Teste de Associação Livre de Palavras deste estudo, observa-se que também nesta análise o quesito cor não é aprovado por parte dos sujeitos como categoria importante; existe uma valorização maior de situação sócio-econômica relativas à classe social e a traços pessoais que remontam a padrões éticos como caráter e competência.

Concordando com Lopes (2003), as vias pelas quais tanto o social, quanto o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população, são múltiplas e

diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde e agravos enfrentados.

Refere ainda esta autora que a população negra é colocada em condições de maior vulnerabilidade para adoecer devido ao meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento. Tudo isso imbricado por uma desqualificação e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas. O que leva mulheres negras e homens negros a viver em um constante estado de defesa. *“Esta necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas”* (RAFAEL, 2003).

O que se extrai então, das falas dos sujeitos referidos anteriormente, principalmente dos profissionais, é esta invisibilidade da influência da cor/raça no processo saúde-doença da população, em particular das mulheres grávidas. Esta categoria é aqui importante, significa uma forte representação do grupo de gestantes e de profissionais deste estudo.

O quesito cor é ainda retratado pelos sujeitos como uma questão fútil esvaziada; podem-se observar os seguintes depoimentos;

.... mas eu acho uma besteira ficar perguntando a cor das pessoas e botar na ficha, acho isso uma besteira, não sei pra que isso, ficar perguntando a cor, botar na ficha a cor da pessoa, acho isso uma perda de tempo, ficar perguntando a cor da pessoa...

(gestante, JSV).

Além de uma visão de futilidade e perda de tempo, o quesito cor é invisibilizado visto ser também representado como formas de discriminação, preconceito e racismo. Estes dados também são contemplados na discussão analítica do TAL. Como se observa a seguir:

Eu acho desnecessário, eu acho que vai prejudicar, eu acho racismo, a fila está em quem chegou primeiro, eu acho desnecessário, aí tem racismo porque isso pode prejudicar também, né?... Olha tem vaga ali, você não pode botar porque é dessa cor, não é da cor tal, não, a pessoa é humana, tem que ser olhada em termo de saúde, né?

(nutricionista, GMMG).

Eu acho discriminação, agora tá muito em foco na mídia, por questão da universidade, eu acho que tudo isso não passa de discriminação, viu, tudo isso pra mim é discriminação social, não se mede a pessoa pela cor, é pelo conhecimento na universidade.
(médico, CHAO).

Também a invisibilidade do quesito cor está representada, ancorando-se nos pressupostos das dificuldades de classificação de cor, extraída dos pensamentos dos sujeitos também no TAL.

4.3.2.2 Incorporando sentido

O segundo ponto mais retratado nas falas dos sujeitos com relação à cor, objetiva-se na explicação da implantação do quesito cor como uma ação positiva, ancorada no pensamento de suceder benefícios para a população de forma geral como conscientização, aprendizagem, engajamento em lutas e movimentos sociais e ainda com uma visão global de melhora do país, no sentido de concretização de valores como respeito à alteridade.

Neste sentido foram 13 mensurações, sendo seis de profissionais e sete de gestantes.

Observa-se nos depoimentos abaixo, a possibilidade que a implantação do quesito cor nas fichas de atendimento, em saúde, pode levar a uma luta contra o racismo:

Eu acho válido porque as pessoas se auto identificam e procuram até se engajar nas lutas, né, buscar suas dificuldades, entrar nas lutas para que essas dificuldades venham a diminuir, então eu acho super importante isso...
(enfermeira, SS)

Eu acho que as pessoas têm que lutar para isso acontecer.... acho boa idéia, pelo menos vai influenciar mais pessoas, as pessoas vão tomar mais atitude porque geralmente as pessoas negras, eles, as vezes querem fazer alguma coisa, mas ficam pensando será que vai dar certo, já é uma coisa que você, já dá um passo mais na frente...
(gestante. AAB)

Esta percepção nos aponta uma perspectiva contrária às idéias de democracia racial elaborada por Gilberto Freyre, posto que esta signifique também, de acordo com Hanchard (2001), um instrumento de desmobilização dos grupos subordinados, no caso, negros e índios. “A democracia racial possibilitou pensar numa sociedade racialmente harmônica em que brancos, negros e índios se teriam amalgamado, física e culturalmente, para produzir um povo infenso ao preconceito racial” (HANCHARD, 2001).

Tal perspectiva contrária é vista aqui, pois existe nas falas dos sujeitos, tanto gestantes quanto profissionais, uma percepção da existência de uma sociedade desarmônica no que tange às relações raciais, ou seja, há percepção do conflito racial e do quesito cor como um instrumento para trazer à tona a existência dos preconceitos e discriminações raciais e, conseqüentemente, uma consciência para uma luta anti-racista.

Na verdade, todo o processo histórico de mobilização dos movimentos sociais e mais recentemente das políticas governamentais brasileiras está neste sentido, de desmistificar a democracia racial brasileira e introduzir ações positivas contra o racismo.

Também ancorado numa percepção de proceder a uma ação educativa, de construção de conhecimento, a implantação do quesito cor é retratada:

Eu acho bom, uma coisa boa porque a gente aprende mais, tem mais um conhecimento sobre o assunto, sobre cor porque existe muito racismo, muita coisa sobre isso aí, muita diferença entre as cores das pessoas, aí com esse projeto a gente esclarece algumas coisas e também a gente expressa o que a gente acha.

(gestante, DSF)

Eu acho ótimo porque cada pessoa que você vai perguntando, cada um vai tomando consciência, vai se conscientizando do que está fazendo, do que vai fazer, o que vai falar... tem pessoas de toda cor, de todo tipo, de todo jeito, então é bom porque isso vai tomando, assim, uma tendência, se conscientizando....

(gestante, SMS)

Vê-se ainda que a implantação do quesito cor, pode estar ancorada por mudanças em valores éticos dentro de uma visão global, coletiva. Assim, se expressa a seguinte entrevistada.

Eu acho bom, uma maneira de como o Ministério está fazendo com que o nosso país melhore, né, em respeito a nossa raça, né, e a gente vê que ainda existe muito preconceito sobre a nossa raça, branco, preto, amarelo, existe preconceito, então eu acho bom, uma maneira de as pessoas se entenderem melhor como ser humano...
(gestante, VCC)

Esta visão denotando aspectos positivos dentro de um processo de crescimento de consciência dos indivíduos acerca da questão racial, representando assim uma forma de luta anti-racista é confirmada, também, na abordagem da Análise Fatorial de Correspondência quando principalmente para os sujeitos que se autoclassificaram como pretos, foi representativa a expressão “importante saber a cor”.

Uma outra dimensão que traz sentido para a implantação do quesito cor é a possibilidade de investigações epidemiológicas e científicas como forma de contribuir para melhorar a saúde da população. Nesse sentido se expressa uma profissional:

Se tiver como objetivo fazer pesquisas com relação a determinadas doenças, determinadas tendências, por exemplo, investigar síndromes disso..., investigar a incidência de diabetes, hipertensão, visando identificar determinadas doenças, síndromes, aí tudo bem...

(nutricionista, NJSO).

4.3.2.3 Retratando a ofensa

Uma das nuances que faz negativar o estímulo à implantação do quesito cor, tanto para profissionais quanto para gestantes está inscrito no constrangimento que o questionamento

pode levar tanto para quem entrevista quanto para quem responde, e, sobretudo, está vinculado ao método de coleta por auto-atribuição de pertence racial.

Tal constrangimento apreendido nos discursos dos sujeitos é representativo também no Teste de Associação Livre de Palavras, quando na representação gráfica dos planos fatoriais 1e 2 (p. 69), a palavra ofensa é bem elencada.

Como já discutido por tempo da Análise Fatorial de Correspondência, reforça-se esta categoria aqui, contemplando os depoimentos dos sujeitos a seguir:

Se for começar a passar a ter isso em hospitais, anotar a cor? Eu acho que não vai ser tão conveniente, uma coisa, algumas pessoas podem se ofender a isso... (gestante, MSG).

Eu me sentiria muito mal, entendeu, em sendo profissional de estar com a ficha do paciente e perguntar pra ele porque isso, no país como o nosso, onde a discriminação existe, entende, eu não sei como a pessoa vai reagir, entendeu, se ela tiver uma relação muito boa com a sua cor, ela vai tirar isso de letra, e se ela não tiver? E se ela já tiver sido vítima do preconceito? Ou se ela sabe que a situação que ela vive é em decorrência do preconceito?... Será que ela não estará vendo em mim também um, não sei... Eu não me sentiria bem fazendo isso não, sinceramente. (Nutricionista, NJSO).

O método de coleta do quesito cor entra nesse bojo da discussão quando atribui-se à heteroclassificação de pertença de cor uma situação mais conveniente para o entrevistador em comparação com o método da autoclassificação. É neste sentido que uma profissional nos fala:

Válido, agora, esse paciente pode, não sei se com os pacientes, mas você não vai estar entrevistando, porque é diferente se eu botar aqui a cor da paciente, do que eu acho da cor dela do que o que ela acha da cor dela, vai ter diferença. A mais viável é a que o profissional achar, se eu perguntar a sua cor, não sei viu, muitas pessoas podem não gostar... (nutricionista, SMSB).

Tal constrangimento pode ser visto e analisado também pela sintaxe no discurso dos sujeitos, como por exemplo, o depoimento acima, que traz inicialmente uma fala truncada, remetendo a pensar na dificuldade que as pessoas têm em falar de relações raciais.

O constrangimento que o quesito cor permite entrevistador e entrevistado experimentarem é retratado também nos relatos de experiência do processo de implementação do quesito cor desenvolvidos na Central de Trabalho e Renda do Município de Santo André, em São Paulo, discutido por Silva Júnior, 2003.

Refere este autor, que os atendentes ficaram constrangidos diante do entrevistado negro, da mesma forma que estes demonstraram receio em responder. E ainda relata que os entrevistados que mais questionavam sobre o processo do quesito cor eram aqueles que socialmente são considerados brancos, quando estes deparavam com o termo pardo, achavam a pergunta ofensiva e preferiam classificar-se como “morenos”.

Percebe-se aí que a ofensa se instala principalmente quando se reporta à classificação do indivíduo preto ou pardo, sinalizando que na consciência social, ser negro é ainda sinônimo de inferioridade, teoria que foi bastante disseminada nos discursos iniciais do surgimento do termo raça.

Esta abordagem é bem percebida neste estudo, mais especificamente na análise do Teste de Associação Livre de Palavras, quando a introdução do quesito cor é apreendida também como racismo e discriminação, ele não é considerado importante para as pessoas que se autodeclaram brancas e para as que se autodeclaram pretas, além de outras representações, é também visto como racismo e separação, ou seja, é representado como algo ofensivo por ambos os grupos.

4.3.2.4 O quesito cor como uma novidade

O quesito cor, enquanto uma questão já abordada nas políticas públicas implantadas ministerialmente e que tem o objetivo de estar transversa em vários campos de conhecimento, não é bem conhecido entre os profissionais de saúde deste estudo. Ele é tido como algo novo e é tomado como surpresa no entendimento de alguns sujeitos:

Olha, como eu lhe disse, na minha prática diária, eu nem, eu vou lhe ser bem sincera, eu nem estou muito assim por dentro desta questão, você tá me trazendo aqui, pra mim está assim como uma novidade, não utilizo esse quesito, nunca me liguei para esse fato.
(enfermeira, ACDS)

.... Mas eu não estou, não sou muito preparada para avaliar este ponto, eu teria que me aprofundar mais na questão décor, de raça, então eu não sou a pessoa específica pra definir este contexto.
(enfermeira, GJA)

Apesar do quesito cor ter sido implantado em portaria ministerial que podemos considerar recente – data de 1996 tal implantação – ele enquanto dado de identificação pessoal e integrante de uma anamnese não se configura como algo tão recente. Oliveira (2003) nos aponta os estudos de Vieira Romero de 1968, no qual a cor já se encontra inclusa nos dados pessoais de uma anamnese.

4.3.3. Relação Cor e saúde

Nesta categoria “cor e saúde”, está condensada a análise sobre o entendimento dos sujeitos acerca da visualização entre cor e saúde propriamente dita, análise da cor em relação à saúde da gestante e da cor em relação ao atendimento em saúde, que nas entrevistas foram abordadas distintamente.

Elencou-se aqui três subcategorias: Negação da relação cor e saúde, Cor e vulnerabilidades e Racismo e atendimento.

4.3.3.1 Negação da relação cor e saúde

Na abordagem quanto à interferência da cor/raça no processo saúde-doença, tanto gestantes quanto profissionais alegam que a saúde das pessoas independe da cor, mas que a gênese do adoecer tem relação importante com o cuidado que a pessoa dispensa a si próprio. Neste sentido, podem-se observar os seguintes relatos:

... a saúde pode ser normal tanto para o negro como para o branco, acho que a saúde tem que estar em primeiro lugar, né, desde quando as pessoas cuidem bem de si, não importa que seja negro ou seja branco, cabe a cada um.
(gestante, VCC).

... acho que são mais os hábitos das pessoas, os hábitos que as pessoas tem diariamente, alimentar, até mentalmente, a vida, como é a pessoa, se a pessoa é positiva, acho que a cor não influencia tanto, eu acho que a pessoa tem que se cuidar mesmo, saúde eu acho que é os hábitos que a pessoa tem diariamente.
(gestante, Luciana).

Esta visão, entretanto, traz apenas a visibilidade de um modelo ambientalista no processo saúde-doença, no qual reduz o destino das pessoas às condições do ambiente em que vivem (OLIVEIRA, 2003).

Também responsabiliza unicamente o indivíduo pela sua saúde, isto se configura em isentar a sociedade, os serviços de saúde e o Estado da parcela de responsabilidade que devem ter para com a sua população.

Vê-se que inexistente uma percepção quanto à multifatorialidade na consideração sobre as condições para que uma doença tenha início. A estrutura de fatores condicionantes do processo saúde-doença, a multifatorialidade, é resultante da sinergização de uma multiplicidade de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos (ROUQUAYROL, 1999).

Refere-se a uma visão na investigação da saúde e da doença com abordagem sociológica, o que é uma área ainda em expansão no Brasil, fato que pode explicar esta

concepção dos sujeitos quanto ao não relacionar cor e saúde, possuindo os mesmos, uma visão unicausal.

A saúde há algum tempo já é entendida como direito de todos e Dever do Estado; o indivíduo não é unicamente o responsável por sua qualidade de vida.

Neste mesmo sentido, o modelo apenas genético é explicativo das diferenças no patamar de saúde dos indivíduos, de forma a excluir a questão da cor/raça, este modelo segundo Oliveira (2003) explica as diferenças em saúde apenas pela hereditariedade, pelo que as pessoas portam em seus genes.

Este aspecto pode ser visualizado nas falas abaixo:

Eu acho que não, é genética a saúde de cada um...eu percebo assim que a gente herda muito dos pais, aí, como o câncer mesmo, diz que é hereditário... (gestante, SSG)

... só a cor não influencia tanto, pode até influenciar geneticamente, assim, você ter um problema que já é genético da sua família, porque você é indígena ou problema genético porque sua família é de negros, como a hipertensão... (gestante, LMV).

Entretanto, para Barbosa (1998), raça, enquanto conceito genético, não possui consistência para explicar o perfil diferenciado de mortalidade e de morbidade entre negros e brancos; refere que algumas considerações sobre doenças étnicas, na perspectiva também de hereditariedade, não respondem pelas disparidades e diferentes níveis de saúde de populações com diversidades sócio culturais que partilham de um mesmo contexto histórico.

4.3.3.2 Cor e Vulnerabilidades

A vulnerabilidade é definida de forma sintética como um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e,

modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

Denominou-se aqui esta categoria como cor e vulnerabilidades por abranger uma gama de fatores que os sujeitos percebem como influenciadores no processo saúde-doença da população em geral e também para as mulheres grávidas em particular.

Assim, ao serem questionados quanto à percepção da existência da relação cor e saúde e cor e saúde da gestante, foi representativo para os sujeitos também a afirmação desta associação, ancoradas nas seguintes explicações: maior probabilidade de doenças para as pessoas negras; influência da classe social nos níveis de saúde; dificuldade para acesso aos serviços de saúde e o racismo implícito no atendimento em saúde.

Estas explicações permitem fazer análise tanto pelo plano de análise do componente individual quanto pela dimensão sociopolítica, econômica e cultural das explicações sobre o conceito de vulnerabilidades, pois segundo Mann (2003), a vulnerabilidade incorpora subconceitos a depender do aspecto que está sendo analisado.

Há o subconceito que em termos relativos refere-se àqueles que estão expostos a determinados problemas devido a um risco maior do que a média da população. É nesta classificação que se inclui a unidade de análise de maior probabilidade de adoecer, emergidas das falas dos sujeitos no que tange ao relacionamento do item cor com a saúde. Esta dimensão pode ser observada nas falas a seguir:

... Existem, né, algumas doenças que, pelo menos eu sei, são características, né, que tem mais incidência na raça negra como a anemia falciforme, a hipertensão, então são doenças que eu sei que atingem bem mais a raça negra. (enfermeira, JCROS)

Eu acho que sim porque, se eu não me engano, até cientistas já constatarem que o tipo de sangue, como tem algumas doenças que os negros estão isentos, como outras também que existe mais na raça negra. Tem sim relação... doenças, tipo uma doença de pele, a pele do branco é mais sensível ao sol, entendeu (gestante, VCC)

Existe também um subconceito para vulnerabilidades, relativo aos termos sociais que enquadra os casos de pessoas que não tem seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços sociais disponíveis. Neste sentido, alguns sujeitos se reportam à dificuldade de acesso aos serviços de saúde como um fator que diferencia a qualidade em saúde entre negros e brancos:

Existe, lamentavelmente existe porque pela minha experiência eu noto que o negro tem, via de regra, mais dificuldades, não só com relação à manutenção da saúde, como acesso aos serviços de saúde.
(nutricionista, NJSO)

Eu acho que interfere muito na saúde a cor, o negro tem dificuldades de acesso, quando tem acesso é ao SUS que na maioria das vezes, é muito mais difícil do que quando a pessoa tem um plano de saúde.
(gestante, SS)

E lança-se mão aqui ainda de um terceiro subconceito de vulnerabilidade que ancora na expressão dos sujeitos quanto à existência de diferenças em saúde com interferência da cor do indivíduo interseccionada com a classe social do mesmo. Neste ponto a vulnerabilidade refere-se aos termos econômicos que, segundo Lopes (2003), faz inferência aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido a limitações financeiras. A fala a seguir menciona tal aspecto:

Eu acho que existe, existe pela própria dificuldade que o negro tem já pela baixa renda dele, né, pela dificuldade de emprego, então eu acho que interfere muito na saúde, a cor.
(gestante, MVV)

4.3.3.3. Racismo e atendimento

O racismo enquanto subcategoria de análise, é trazido também pelos sujeitos, como prática que freqüentemente acontece nos atendimentos em saúde e até mesmo no atendimento de pré-natal.

Associando com os subconceitos de vulnerabilidades, cabe aqui citar o subconceito que fala em termos de direitos humanos fazendo referência àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios da equidade e dignidade humana (Lopes, 2003).

Neste patamar é que profissionais e gestantes visibilizam práticas discriminatórias e associam ao racismo dentro do campo de atendimento em saúde. Além disso, os sujeitos exprimem a forma particular como o racismo é concebido diante dos usuários do serviço. Observe-se nos seguintes depoimentos:

Influencia muito porque hoje em dia, apesar de que o racismo é proibido, mas a gente vê que ainda existe isso, então tem certa influência, sim, até em hospitais, em qualquer lugar que a gente vá, eu mesmo passo por isso porque uma pessoa branca tem um atendimento melhor do que a gente, eu acho, é atendido primeiro, tem aquela atenção até mais que uma pessoa de cor escura.
(gestante, JSS)

...meu marido é negro, eu já tive com ele vários casos de preconceito, de racismo... ele fica na dele, mas eu não aceito essas cenas, mas as vezes acontece sim, acontece muito, só que é uma coisa camuflada, uma coisa que a pessoa não demonstra, não fala diretamente, mas geralmente a gente sente...
(gestante, LMV).

Esta última fala corrobora com as idéias de Hasembaig (1996) quando revela que o racismo opera na sua sutileza, de forma que mensagens racistas passam despercebidas na nossa realidade. Também a qualidade do atendimento é aqui enfocada quando se associa a cor com o atendimento, retratando as queixas de pacientes:

As vezes tem alguns pacientes que chegam aqui se queixando de algum profissional, elas falam em nível de discriminação social, eles se sentem discriminados na assistência, dizem assim: “o profissional nem olha a gente direito, nem toca a gente direito, como se tivessem nojo da gente”, então, a tendência da população, graças a Deus, é se esquivar desse profissional porque elas querem ser bem assistidas.
(enfermeira, ACDS)

Neste sentido, situa-se a afirmativa de Oliveira (2003a) quando discute que a atenção à saúde de maneira inadequada, pode ser prova inequívoca de racismo e, por conta disso é que Barbosa (1998) refere que o racismo enquanto categoria de exclusão deva ser inserido, nas análises da dimensão social do processo saúde-doença.

A discriminação no atendimento em saúde é explicada também pelo fator aparência física dos usuários dos serviços. Mesmo os sujeitos que referem não existir associação entre cor da pele e atendimento, depõem que existe correlação entre o modo de estar aparentemente o indivíduo e a forma como supostamente serão tratados. Observa-se a seguir:

... é complexa porque vai depender do profissional que atende, não é? Pra mim, eu particularmente, entrou nessa porta aqui, é um cliente, tem que ser tratado com dignidade... infelizmente pode acontecer porque as vezes nós somos testemunhas, né, de situações de humilhação, de mal atendimento, lamentavelmente, se estabelece a relação a partir do que o indivíduo mostra, então, se o indivíduo mostra boa aparência, né, uma roupa legal, né, um cabelo bem tratado, um bom trato no relacionamento, na forma de se dirigir, automaticamente, você passa a estabelecer que aquela pessoa merece uma atenção melhor, e o indivíduo chega aparentando humildade, ignorância, infelizmente, ele é discriminado, nós somos testemunhas disso em várias ocasiões. (nutricionista, NJSO).

Influencia. Agora mesmo, se chegasse uma branca bem vestida e fizesse qualquer pergunta ali, agora, se chegasse um negro, daqui mesmo do bairro, ia ser bem mal atendido, bem diferente, a diferença no atendimento, ia ser bem diferente. (gestante, LAS)

Vê-se assim que no racismo e algumas formas de discriminação, a aparência é um fator que expõe as pessoas, deixando-as mais vulneráveis, no processo saúde-doença.

Cita-se ainda a discriminação no atendimento de acordo com a cor do indivíduo e relacionando com o tipo de serviço, se público ou particular. Demonstram os sujeitos, tanto gestantes quanto profissionais, que o serviço público demanda um atendimento de menor qualidade em relação ao particular e, que as pessoas negras limitam ter maior acesso aos serviços públicos, ou seja, ao Sistema Único de Saúde – SUS – e sofrem discriminações quando assistidas no serviço particular.

... Porque o negro nunca é bem chegado, até pelos próprios negros, as vezes que vai atender. Aqui já é um mal atendido porque todo mundo, sei lá, financeiramente, é público mesmo, é assim, né, eu creio se, um negro numa repartição, ele já é mal visto também, em qualquer lugar ele é bem destacado. (gestante, LAJ)

Eu acho que tem porque eu já presenciei muito essa coisa, entendeu, as pessoas chegam assim, tá com dinheiro e paga na hora e é atendido, a gente que é pelo SUS é humilhado, tem que ficar esperando a boa vontade deles de atender a gente. (gestante, MMM).

É uma problemática muito grande, inclusive na Bahia, os negros são maioria que buscam mais o SUS, não conseguem atingir outros portes mais altos de instrução. (enfermeira, GJA)

Nesta perspectiva, concorda-se com a adoção de um modelo metodológico de caráter histórico, retratado por William apud Barbosa (1998), que retrata a relação entre racismo e saúde.

Este modelo, refere a autora, busca relacionar a continuidade existente entre as esferas do estrutural e do vivido, nas análises da existência do racismo na saúde. A referência é dada porquanto a existência de dados empíricos que enfatizam a persistência de diferenciais raciais no perfil de saúde mesmo após ajustes socioeconômicos, o que permite inferir que a cor/raça, entendida como categoria socialmente construída, tem poder explicativo mais acentuado do que o status socioeconômico das pessoas.

Concorda-se com Barbosa (1998), que corrobora com o proposto inovador na área da saúde, de demonstrar que a leitura de cor/raça no processo saúde-doença, deve ser feita através do racismo, tido como fenômeno capaz de elucidar as disparidades existentes entre negros e brancos, na área de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação racial é ainda uma questão difícil e complexa, apesar de bem constatado no nosso meio as desigualdades sociais recortadas por cor/raça e que estão ultimamente apontando para as práticas e ações afirmativas no sentido de reparação histórica destas desigualdades.

Entretanto, não é novidade ver que esta dificuldade está pautada na construção histórica de identificação racial que tem seus arcabouços circunscritos na teoria da democracia racial que está bem arraigada ainda hoje no seio do pensamento baiano e brasileiro. O quesito cor é visto como uma questão polêmica e que mexe com situações para além das políticas públicas vigentes que querem implementá-lo. Mexe com construções sócio-históricas que estão postas fortemente no consciente da nossa sociedade.

Vê-se que diversos dados de saúde e sócio-econômicos em geral apontam para as desigualdades raciais e também de gênero, alguns estudos inclusive, cruzam estas informações de gênero e raça. Mas são dados que ainda requerem maior solidez e concretude, visto que as informações sobre estas categorias ainda são precárias e/ ou inexistentes, principalmente a de cor, para avaliar as várias facetas dos dados, ainda no que tange à saúde.

Entretanto, para além do desejo de implementação, o quesito cor precisa ser posto, enquanto categoria importante, nas investigações do processo saúde-doença, necessitando ser discutido e analisado. É preciso sinalizar com maior convencimento da população, sobre as classificações de cor/raça existentes, para as quais, as pessoas ainda não se consideram aptas para aplicá-las; acham-na inconsistentes, incoerentes, erradas e até desconhecidas.

As questões raciais ainda são vistas como um problema das pessoas negras; o racismo e a discriminação é posto assim, onde o próprio negro se discrimina e esta é uma forte representação do grupo de pessoas que se autodeclararam brancas (gestantes e profissionais) e

está no bojo das discussões já conhecidas de que o prestígio do branco na nossa sociedade é uma barreira para se enxergar e “tomar partido” frente às desigualdades raciais bruscas, negativas para os indivíduos pretos e pardos.

A cor autodeclarada posta pelos sujeitos do estudo retrata um pouco disso; propõe-se, igualmente, que esta identificação seja reflexiva na sua condição de mundo – refletindo nas discussões científicas, já conhecidas, que referem a cor como um fator de colocação de posições sociais. Percebe-se uma auto-afirmação das pessoas que se autodeclaram brancas, apesar do discurso de aceitação de sua cor das pessoas que se autodeclaram pretas; porém, ao analisar o perfil de ocupações destes últimos, vê-se que ainda ocupam posições de menor prestígio social.

Neste estudo, tem-se um contingente maior de sujeitos que se autoclassificaram como negros (pretos e pardos) e o número de pessoas que se autoclassificou como pretas perfaz um total de 29.1% (apenas gestantes), percentual considerado alto, já que em várias ponderações estatísticas de estudos científicos, este é um número pequeno, representando um grupo considerado de minoria étnica. Remete-nos a pensar nas colocações de Piza (2003) sobre a opção pelo enegrecimento pelo qual passa a população brasileira de forma geral, além de reportar-nos para a questão de, em nossos serviços públicos o maior contingente de usuários serem negros. Esta análise sugere uma maior elucidação por outros estudos.

Quanto à assistência pré-natal, nos vários centros de saúde pesquisados apresenta-se de certa forma fragmentada, influenciada pela estrutura física das unidades: com falta de uma equipe multiprofissional harmônica e completa, ausência de instituições de referência específica para as gestantes de risco; estas considerações são postas pelos próprios profissionais durante o contato direto no trabalho de campo.

As representações apreendidas sobre o quesito cor, possibilitam reflexão quanto ao uso da cor/raça e racismo que pode estar influenciando a forma de cuidar e de deixar ser cuidado.

Observa-se neste estudo que há uma oposição de raça/cor mais forte do que as outras que ocorreram como, por exemplo, idade.

As afirmações de profissionais são sempre de uma assistência igual, independente do indivíduo que está buscando o atendimento, entretanto os mesmos referem que as práticas de outros profissionais têm pontos discriminatórios e preconceituosos, baseados nos aspectos físicos dos usuários dos serviços. A aparência física é retratada assim, tanto por gestantes quanto por profissionais.

As representações de indivíduos brancos faz refletir sobre as incursões negativas da implantação do quesito cor, o que remete-nos a pensar nas dificuldades de enxergar o problema do outro em nosso meio. A cor é sempre uma questão escamoteada: existem categorias mais importantes para serem analisadas; é o negro que se autodiscrimina, por isso a cor não é uma categoria importante. Para as pessoas pretas, apreende-se uma representação de que a questão tem uma importância e é preciso saber o motivo de sua implementação.

Na apreensão das representações dos sujeitos relacionados com o questionamento sobre a relação cor e saúde, as duas dimensões – da não existência da relação cor de saúde e a outra de percepção das vulnerabilidades mais acentuadas para as pessoas negras, pondo a cor justaposta a outras categorias como classe social, dificuldades para acesso aos serviços de saúde, racismo no atendimento em saúde e a existência de doenças com incidências maiores a depender do grupo racial.

Nota-se, entretanto, que os indivíduos que referem a inexistência da relação cor e saúde explicam tal situação, colocando o próprio indivíduo como responsável pela sua saúde, de forma exclusiva e, além disso, os fatores genéticos e a classe social, perdendo de vista a influência da cor/raça.

No tocante à implantação do quesito cor, apreendeu-se dos discursos e colocação dos sujeitos representações dicotômicas. Ao mesmo tempo em que a cor é invisibilizada no

processo saúde-doença, representada como sem importância, sem influência, questão fútil e vista como discriminação, preconceito e racismo, a ele também é feita uma incorporação de sentido para mostrar sua importância, enquanto fator que pode levar às mudanças sociais.

Neste último sentido, o quesito cor tem sua representação como sendo importante conhecê-la, ancorada na explicação de provável forma de proceder a uma ação educativa contra o racismo e de mudanças em valores éticos, bem como favorecer o crescimento da consciência dos indivíduos sobre a questão racial, além de possibilitar investigações epidemiológicas e científicas.

Outra forte representação do quesito cor apreendida é a ofensa. Subscreeve-se aí tanto um constrangimento pra quem responde quanto para quem questiona sobre a cor. Também alguns profissionais percebem o quesito cor como uma novidade, uma questão nova a ser abordada.

No que tange à ofensa, relato que durante o processo de coleta de dados, pode-se perceber então a dificuldade de alguns sujeitos para discutir sobre o objeto deste estudo – o quesito cor, bem como, sobre as relações raciais. Via-se o constrangimento e um discurso de certa forma truncado, em que pese principalmente de sujeitos que se autodeclararam brancos. Isso chama atenção por parecer, de certa forma, um viés no que tange a cor da pesquisadora: preta. Mesmo com um diálogo descontraído antes da entrevista, percebeu-se certo temor dos entrevistados em falar sobre o tema, como se sua idéias pudessem ser motivo de ofensas.

Ao referir que é importante saber a cor, os sujeitos remontam ao pensar na entrevista/pergunta como um momento de reflexão. Referiram o momento do Teste de Associação Livre de Palavras deste estudo como um dos ímpares momentos que levou para a reflexão sobre a sua cor e classificações, revelando como forma importante de incitar a conscientização sobre a questão racial, da cor, em nosso meio. Esta percepção faz pensar

como a introdução do quesito cor nos impressos de coleta de dados, nos prontuários, através da autoclassificação poderá fortalecer a percepção das relações raciais.

Como se pode notar, estas considerações respondem aos questionamentos e objetivos postos para este estudo. Entretanto os fatores colocados como pressupostos não são atendidos em sua totalidade. Como se pensava, o fato de pertencer a movimentos sociais e à categoria profissional não são influenciadores na valorização da implantação do quesito cor, enquanto características próprias às pessoas envolvidas nos serviços de saúde.

Entretanto, os resultados, no que se refere à não valorização do quesito cor, principalmente pelos sujeitos que se autodeclaravam brancos, corroboram com o pressuposto, inicialmente colocado para este estudo, de que a discriminação racial pode estar embutida implicitamente na consciência dos atores sociais no atendimento à gestante e, por isso de fato, ela acontece.

Apesar de achar que o racismo é difícil de ser visualizado no atendimento em saúde, posto a ausência concatenada do quesito cor, é possível visualizar de forma simples a existência deste, no atendimento através das falas dos sujeitos que explicitam um racismo operando em sua sutileza e baseado na aparência dos usuários dos serviços.

Retratar o quesito cor na área de saúde, onde o adoecer para pretos, pardos, brancos, amarelos e indígenas tem sua gênese em fatores mais complexos e demasiadamente conhecidos, como, por exemplo, a falta de alimentos, especificamente a fome, parece uma coisa por demais minuciosa; entretanto, as diferenças entre os grupos populacionais recortadas por cor/raça é algo que merece especial atenção para possível implementação de políticas equânimes e justas.

As abordagens trazidas pelos sujeitos, revelando o quesito cor como uma questão ainda complexa, sinaliza a importância de se iniciar um trabalho sólido e concreto para uma conscientização e sensibilização da população sobre as questões raciais, por uma educação

anti-racista efetiva, com caráter multidisciplinar, uma luta anti-racista nas escolas, nos centros de saúde e hospitais, nas academias e, mais efetivamente, nos movimentos sociais. Assim, significa uma luta contra a falta de indignação da população para com as formas sutis e bruscas de racismo que acontece, de fato, em nossa sociedade.

É preciso ver, refletindo mais uma vez nas colocações de Piza (2003), que:

A ausência do quesito cor confere neutralidade aos dados coletados, como se todos os brasileiros, brancos e pretos, experimentassem a educação, a saúde, o trabalho, os salários, a natalidade, a mortalidade e os direitos de cidadania da mesma forma. Já quando a cor é desagregada e estudada, podemos facilmente verificar quão diferentes são as trajetórias de cada grupo, inclusive cotejando-se outros itens instituídos como invariantes como sexo, escolaridade, trabalho, emprego/desemprego (PIZA, 2003, P. 64).

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C.A. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: *AB Editora*, 1998.

ALVES, D.B. **Construindo conhecimento**. Salvador: UNEB, 1999.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. Mulheres negras: um retrato da discriminação racial no Brasil. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001. 42 p. (Dados e informações).

AZEVEDO, E. **Raça: conceito e preconceito**. São Paulo: *Ática*, 1987.

BANTON, M. **A idéia de raça**. Lisboa: *Edições 70*, 1977.

BARBOSA, M.I. **Racismo e saúde**. São Paulo, 1988. 112 p. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: *Ed. 70*, 1991.

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros. Brasília: *IEC*, 1996.

BENTO, M.A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I; BENTO, M. A. S. (org.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2002.

BONADIO, I.C. Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v 32, n I, p.9-15, abril. 1998.

BONOMI, Albino. **Parto humanizado: gerando crianças felizes**. São Paulo: *Atheneu*, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: COMIM, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde / DataSUS. **Banco de dados**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/> . Acesso em: 28 jan de 2001.

_____. Ministério da Saúde / DataSUS. **Banco de dados**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/> . Acesso em: 28 fev de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/revista>. Acesso em 03 mar 2004.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. Rio de Janeiro: *Reichmann & Affonso/Editores*, 2000.

CARONE, I; BENTO, M.A.S. (org.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2002.

CIANCIARULLO, T.I; GUALDA, D.M.R; MELLEIRO, M.M. **C & Q: Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**, São Paulo: *Icone*, 1998.

CUNHA, E. M. G. P. Raça, aspecto esquecido da iniquidade em saúde. In: Barata, R. M. *et al*. **Eqüidade e saúde, contribuições da epidemiologia**. São Paulo: *Abrasco*, 1997.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCK, S. (orgs). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: *Vozes*, 1995.

GUIMARÃES, A.S.A. Cor, classes e status nos estudos de Pierson, Azevedo e Harris na Bahia: 1940 – 1960. In: **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: *Fiocruz*, 1996.

_____. **Preconceito e discriminação: queixas de ofensas e tratamento desigual dos negros no Brasil**. Salvador: *Novos Toques*, 1998.

HANCHARD, M. **Orfeu e o poder**: movimento negro no Rio de Janeiro e São Paulo, 1945 – 1988. Rio de Janeiro: *Eduerj*, 2001.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: MAIO, M. C. **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: *Fiocruz*, 1996.

KRONBERGER, N; WAGNER, W. Palavras – chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2002.

LOPES, F. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Boletim do Instituto de Saúde - Raça, etnia e saúde**, São Paulo, n. 31, p. 31, dez 2003.

MAGGIE, Y. “Aqueles a quem foi negada a cor do dia”: as categorias cor e raça na cultura brasileira. In: MAIO, M. C. **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: *Fiocruz*, 1996.

MANDÚ, Edir N.T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual –Brasil, século XX. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.10, n. 3, p. 358-71, junho 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 15 jul. 2003.

MANN, J.M. et al. Vulnerabilidade global. In: MANN, J. M; TARANTOLA, D. J. M. (org.). **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: IMS?UERJ, 1993.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas em pesquisa**. São Paulo: *Atlas*, 1988.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: *Vozes*, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: *Hucitec-Abrasco*, 1992.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCK, S. (orgs). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: *Vozes*, 1995.

_____. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: *Zahar*, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2003.

MUNANGA, K. Prefácio. In: CARONE, I; BENTO, M.A.S. (org.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2002.

NASCIMENTO, E.R; FERREIRA, S.L. Desigualdades raciais no acesso à assistência em saúde: um estudo comparativo entre mulheres. In: **Anais da II Jornada Australes Interdisciplinares Muyer y Desarolo: constuyendo el derecho a la igualdad**. Valdivia – Chile: Universidade Austral de Chile, 2001. p. 110.

NASSUNO, M. O controle social nas organizações sociais no Brasil. In: PEREIRA, L. C.B; GRAU, N.C. (org.). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: *Fundação Getúlio Vargas*, 1999.

NÓBREGA, S. M; COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. P.L.; LIMA, A. S; OLIVEIRA, F.B; FORTUNATO, M. L. (org.).

Representações Sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: editora universitária/UFPB,

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: práticas de saúde a serviço da vida.** São Paulo, *Hucitec*, 1994.

OLIVEIRA, F. Breve histórico da construção do campo saúde da população negra. **Geledes.** São Paulo, jul 2003. Seção Colunistas. Disponível em: <<http://www.geledes.com.br/areaColunas/templatecoluna.php?id=33>. Acesso em 15 ago. 2003.

_____. **Saúde da população negra:** Brasil ano 2001. Brasília: *OPAS*, 2003.

PAIVA, M.S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para AIDS.** Salvador – Bahia, 2000. p. 166. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PAIVA, M.S; AMÂNCIO, L. **Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida/aids entre jovens universitários:** estudo comparativo Brasil e Portugal. Disponível em: <http://www.aidscongress.net>. Acesso em 15 abril 2005.

PAIXÃO, M.J.P. **Desenvolvimento humano e relações raciais.** Rio de Janeiro: *DP&A Editora*, 2003.

PEREIRA, L.C.B; GRAU, N.C. (org.). **O público não estatal na reforma do Estado.** Rio de Janeiro: *Fundação Getúlio Vargas*, 1999.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da rede feminista de saúde.** São Paulo, n 22, nov, 2000. Disponível em: www.redesaude.org.br/jornal/htlm/jr22-enc-ignez.html. Acesso em: 15 set. 2003.

PIERSON, D. **Branços e pretos na Bahia: estudo de contacto racial.** 1.ed. São Paulo: *Nacional*, 1971.

PIZA, E. Porta de vidro: entrada para a branquitude. In: CARONE, I; BENTO, M.A.S. (org.). **Psicologia social do racismo:** estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2002.

Piza. E. O baile da cor – apontamentos sobre conceitos, métodos e procedimentos de classificação racial. In: JÚNIOR, H.S. (org.). **O papel da cor - raça/etnia nas políticas**

públicas de promoção da igualdade: anotações sobre a experiência do Município de Santo André. São Paulo: *Hélio Silva Jr editor*, 2003.

RAFAEL, A.S. Perguntar a cor e raça é racismo? O impacto da autoclassificação na rotina de um serviço de saúde pública em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde - Raça, etnia e saúde**, São Paulo, n. 31, p. 31, dez 2003.

ROSEMBERG, F; PIZA, E. A cor nos censos brasileiros. In: CARONE, I; BENTO, M. A.S. (org.). **Psicologia social do racismo:** estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: *Vozes*, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. A. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: *MEDSI*, 1999.

SCHWARCZ, L.M. **O espetáculo das raças:** cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870 – 1930. São Paulo: *Companhia das Letras*, 1993.

SILVA, M.S.A. **A trajetória da mulher negra na enfermagem em nível de terceiro grau:** um percurso pela história da enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: Ana Nery, 2002.

SILVA, N.V. Distância social e casamento inter-racial no Brasil. In: HASENBALG, C. A; SILVA, N. V. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: *Rio Fundo Editora/IUPERJ*, 1992.

SILVA JÚNIOR, H. Implementação do quesito cor: a experiência do Município de Santo André: SILVA JÚNIOR, H. (org.). **O papel da cor - raça/etnia nas políticas públicas de promoção da igualdade:** anotações sobre a experiência do Município de Santo André. São Paulo: *Hélio Silva Jr editor*, 2003.

TANAKA, A.C.A. **Maternidade – dilema entre nascimento e morte**. São Paulo, *Hucitec*, 1998.

APÊNDICE F

Banco de dados do teste de Associação Livre de palavras

121duvidal orgulh1 beleza1 precon1 discril normal2 curios2 precis2
 racism2 discril2*
 122mistul racism1 combat1 racism2 cornin2 iguald2*
 234normal1 imncor1 ninflu2*
 232precon1 discril injsocl machis1 nivsocl precon2 discril2 nivsocl
 caren2 injsocl2*
 122racism1 discril2 respei2 racism2 constr2*
 232vermel1 famili1 nascil pintul alegril duvida2 sbmoti2 cidgra2
 tpfich2*
 122origem1 identil racal sbmotil precon2 racism2 separa2 conhecl
 difere2*
 121conhec1 respei1 mistul aceita1 sdiscril esclar2 bom2 sbsent2 identi2
 aceita2*
 112discril racal direxp1 desigul human1 direit2 dever2 import2 contro2
 neces2*
 122forcal pesquis1 alegril saudad1 racal estran2 separa2 deslig2 medo2*
 132racism1 discril audinel desnec2*
 234racal racism1 cotas1 nivsocl discril raca2 invdoe2 nivsocl quavid2
 assaud2*
 115precon1 discril2 discril2 precon2*
 124racism1 precon1 desres1 desuml racism2 discril2 separa2 humild2*
 122origem1 precon1 enctra2*
 232mistul coloral racal caract1 duvida2 compli2*
 122origem1 duvidal discril mistul desnec2 discril2 separa2 sbmoti2
 desval2*
 125precon1 beleza1 racal nivsocl inteli1 enurac2 precon2 nivsocl
 corpre2*
 121preocul curios1 orgulh1 inteli1 preto2 strabe2 atenc2 dever2*
 112curios1 beleza1 racism1 nivsocl cultur1 racism2 preven2 combat2*
 122discril racal precon1 constr1 ndcont2 normal2 constr2 desinf2*
 122racism1 discril exclul ftopor1 discril2 nivsocl2 enurac2*
 122precon1 duvidal relacil conscil critic1 bom2 satisf2 melhor2*
 122mistul racal famili1 geneti1 separa2 sbcor2 precon2*
 121racism1 precon1 ruim2 constr2 racism2*
 121racal mistul nacaol religil inform2 quavid2 pesquis2 difere2*
 124sbcor1 separal pesquis1 respei1 anaser2 regist2 respon2*
 121nadal imncor1 ftopor1 difere1 discril import2 identi2 inform2
 relacil2*
 114precon1 discril2 import2*
 121normal1 mistul precon1 imscor1 curios2 inform2 segura2 conhecl
 normal2*
 122maispr1 discril2 educal geneti1 nivsocl certo2 nracis2 audine2
 claor2*
 124naosei1 naosei2*
 122racism1 proble1 precon1 discril2 ofensal sbmoti2 atendi2 desres2
 racism2*
 112pesqui1 racal racism1 nacaol famili1 compli2 ftvon2 malate2 filas2
 ftvaga2*
 122normal1 ndcont1 temoti1 sbmoti2 julgan2 ndcont2*
 134precon1 pesquis1 curios1 beleza1 cornin2 estatil2 pesquis2 difere2*
 121curios1 ofensal entrev1 sbmoti1 pesquis2 sbmoti2 qbenef2*
 111duvidal sbcor1 mistul precon1 racal import2 mistu2 compli2*
 121orgulh1 racism1 hipocri desigu2 difere2*

121discr11 racism1 racal respei1 sduvid1 cadast2 estati2 import2
 neces2 conhe2*
 122racism1 dominal bobagel medol sbmoti2 estati2 nivsoc2 ignora2
 racism2*
 124racism1 absurd1 normal2 detalh2 rotula2 pesqui2 ruim2*
 122pesquil temoti1 anefal1 identi2 import2 compli2 racism2 melhor2*
 122mistul nadal normal2*
 222mistul compli1 precon1 origem1 iguald1 cornin2 sbmoti2 estati2*
 121racism1 bestei2 racism2*
 222tematul cotas1 desnec1 imncor1 desnec2 racism2*
 122naosei1 naosei2*
 121nadal*
 113intere1 racism1 estran2 sbmoti2*
 121normall idracil bom2 normal2*
 122racism1 racism2 compli2*
 124tescon1 racism1 tescon2 nracis2 curios2*
 121racism1 precon1 discr11 precon2 sbmoti2*
 121normall nracis1 racism2*
 132racism1 idracil estati2 identi2*
 132discr11 precon1 racism1 nivsoc2 impot2 discr12*
 111normall precon1 racism1 tescon2 sbcor2*
 122normall precon1 esclar1 esclar2 idraci2 tescon2*
 132idracil temoti1 normal2*
 111normall normal2 import2 discr12 valori2*
 122imscor1 precon1 bom2 estran2 desinf2 sbmoti2*
 121normall nofend1 normal2 ofensa2*
 122racism1 discr11 aceital orgulh1 normal2 racism2 precon2*
 121idracil sbcor1 orgulh1 maispr1 ruim2 desnec2 ninflu2 enurac2*
 121valor1 racal aceital import2 valori2 respei2*
 122nofend1 intere2 invdoe2*
 122idracil ndcont1 import2 idraci2*
 121normall racism1 separal racism2 invdoe2*
 122naosei1 ninflu2*
 132discr11 normal1 imncor1 audine1 normal2*
 121discr11 bom2 melhor2*
 122normall racism1 normal2*
 121precon1 racism1 discr11 naosei2*
 122inform1 fesgen1 errado2 desinf2 fesgen2*
 234precon1 discr11 luta1 iguald1 import2 pesqui2 compli2*
 232duvidal compli1 pesquil identi2 iguald2 anefal2*
 122precon1 audine1 bom2 melhor2*
 121desinf1 discr11 compli1 mistul racism2 audine2*
 124normall bom2 combat2*
 122intere1 imscor1 compli1 bom2 audine2 orgulh2*
 122normall desnec2*
 122import1 pesqui1 combat1 combat2*
 122normall racism1 classil desnec2 racism2 ofensa2*
 121nadal normal1 bom2*
 122precon1 discr11 racism1 bom2 respei2 import2*
 122normall nracis1 bom2 entrev2*
 121normall melhor2 invdoe2*
 122normall ndcont2 identi2*
 111normall orgulh2 bom2*
 234midia1 mistul contral desnec1 audine1 discr12 invdoe2 rotula2*
 111normall normal2 valori2*
 112intere1 import1 imscor1 import2*
 121bom1 normal1 bom2 temoti2*
 111import1 bom2 import2*
 122racism1 sbmoti1 racism2*
 121difer1 sbmoti1 imscor1 normal2 sbmoti2 precon2*
 122discr11 normal2 regnas2*

232normal1 idraci1 classi1 imple2 valori2 objet2*
234racism1 precon1 sbmoti2 difer2 duvida2*
224normal1 sbcor1 racism1 racism2 precon2 ninflu2*
232normal1 precon1 sdiscr1 bom2 compli2 pesqui2*
234racal caract1 origem1 pesqui2 invdoe2*

APÊNDICE G

TRI-DEUX Version 2.2
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 39
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 10
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 39
 Le nombre de colonnes actives est de 10

M,moire disponible avant dimensionnement 470440
 M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 468516
 M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 466948

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.250870

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.095939
 Pourcentage du total = 38.2

Facteur 2

Valeur propre = 0.044977
 Pourcentage du total = 17.9

Facteur 3

Valeur propre = 0.037677
 Pourcentage du total = 15.0

Facteur 4

Valeur propre = 0.024810
 Pourcentage du total = 9.9

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
audi	-693	56	-247	15	-56	1	-198	18	audine1
bele	-174	4	653	106	409	50	319	46	beleza1
bom1	354	58	6	0	-55	4	62	7	bom1
com2	-225	6	-345	30	60	1	-173	13	compl1
com3	-466	44	89	3	-133	9	-425	143	compl2
curi	125	2	272	18	-298	26	81	3	curios1
des6	95	2	-324	39	229	23	-151	15	desnec2
dif3	144	2	-76	1	-191	11	328	49	difere2
disc	2	0	19	1	75	10	-21	1	discr1
dis1	-311	25	295	49	91	5	13	0	discr2
duvi	111	2	49	1	-48	1	-206	24	duvida1
esta	-239	8	-227	16	-32	0	-2	0	estati2
idel	11	0	-227	19	47	1	-88	5	identi2
idra	-135	3	-199	15	-12	0	-137	13	idrac1
imnc	-587	40	-240	14	-211	13	5	0	imncor1
imp2	237	21	480	186	-246	58	-212	66	import2
imsc	453	30	56	1	69	2	-115	7	imscor1
invd	-698	85	-143	8	-456	93	313	66	invdoe2
melh	468	32	-222	15	155	9	83	4	melhor2
mist	66	2	-102	8	-72	5	6	0	mistul
nada	601	42	-78	2	-104	3	320	46	nada1
ninf	-510	30	-220	12	-306	28	331	49	ninflu2
nivs	-660	63	314	31	401	60	-41	1	nivsoc1
niv1	-631	70	-6	0	422	79	50	2	nivsoc2
norm	144	15	57	5	-155	44	27	2	norma1
nor1	328	47	30	1	-48	3	24	1	normal2
orgu	620	56	-58	1	-141	7	354	70	orgulh1
orig	-306	14	-385	46	140	7	-110	7	origem1
pesq	-226	10	-97	4	46	1	-149	17	pesqui1
pes1	-760	118	-118	6	-482	121	343	93	pesqui2
pre1	-128	12	134	29	79	12	62	11	precon1
pre2	-135	5	290	47	530	187	258	67	precon2
raca	-98	4	195	33	66	5	-44	3	racal
rac2	78	6	-78	12	-26	2	-63	14	racism1
rac3	287	48	-189	44	111	18	51	6	racism2
sbmo	506	30	-181	8	81	2	151	10	sbmoti1
sbm1	18	0	-255	48	29	1	-247	83	sbmoti2
sepl	204	6	-335	35	304	34	14	0	separa2
val1	134	2	607	91	-464	64	-288	37	valori2

	*	*1000*		*1000*		*1000*		*1000*	

Modalit,s en colonne

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
0151	132	50	23	3	23	4	13	2
0152	-643	245	-110	15	-113	19	-63	9
0161	107	5	753	516	-175	33	-380	239
0162	178	73	-131	85	73	32	86	67
0163	-639	293	-23	1	-133	32	-54	8
0171	336	125	124	36	-265	197	132	74
0172	-15	0	-137	70	166	123	-188	239

```

0173  156  0 -784 25  9  0 -987 73
0174 -544 149  22  1 -261 88 288 162
0175 -775 58 1093 247 1382 472 581 127
*-----*
*  * *1000* *1000* *1000* *1000*
*-----*

```

Fin normale du programme

import1	imp1	3	import2	imp2	13	impot2	imp3	1	imscor1	imsc	5
inform1	info	1	inform2	infl	3	injsoc1	injs	1	injsoc2	injl	1
inteli1	inte	2	intere1	intl	3	intere2	int2	1	invdoe2	invd	6
julgan2	julg	1	luta1	luta	1	machis1	mach	1	maispr1	mais	2
malate2	mala	1	medo1	medo	1	medo2	med1	1	melhor2	melh	5
midia1	midi	1	mistu1	mist	12	mistu2	mis1	1	nacao1	naca	2
nada1	nada	4	naosei1	naos	3	naosei2	nao1	3	nasci1	nasc	1
ndcont1	ndco	2	ndcont2	ndcl	3	neces2	nece	2	ninflu2	ninf	4
nivsoc1	nivs	5	nivsoc2	niv1	6	nofend1	nofe	2	norma11	norm	25
normal2	nor1	15	nracis1	nrac	2	nracis2	nrar	2	objet2	obje	1
ofensa1	ofen	2	ofensa2	ofel	2	orgulh1	orgu	5	orgulh2	org1	2
origem1	orig	5	pesqui1	pesq	7	pesqui2	pes1	7	pintu1	pint	1
precis2	prec	1	precon1	prel	26	precon2	pre2	9	preocu1	pre3	1
preto2	pre4	1	preven2	pre5	1	proble1	prob	1	qbenef2	qben	1
quavid2	quav	2	racal	raca	14	raca2	rac1	1	racism1	rac2	31
racism2	rac3	20	regist2	regi	1	regnas2	reg1	1	relacil	rela	1
relaci2	rell	1	religi1	rel2	1	respei1	resp	3	respei2	res1	3
respon2	res2	1	rotula2	rotu	2	ruim2	ruim	3	satisf2	sati	1
saudad1	saud	1	sbcor1	sbcu	3	sbcor2	sbc1	2	sbcors1	sbc2	1
sbmoti1	sbmo	4	sbmoti2	sbml	12	sbsent2	sbse	1	sdiscri	sdis	2
sduvid1	sduv	1	segura2	segu	1	separa1	sepa	2	separa2	sepl	5
strabe2	stra	1	tematul	tema	1	temoti1	tem1	3	temoti2	tem2	1
tescon1	tesc	1	tescon2	tes1	3	tpfich2	tpfi	1	valoril	valo	1
valori2	vall	4	vermell	verm	1						

Nombre de mots entr,s 588
 Nombre de mots diff,rents 194

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 588 487 101
 100 82.8 17.2

Question 016 Position 16 Code-max. 3
 Tot. 1 2 3
 588 70 407 111
 100 11.9 69.2 18.9

Question 017 Position 17 Code-max. 5
 Tot. 1 2 3 4 5
 588 176 308 4 87 13
 100 29.9 52.4 0.7 14.8 2.2



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SESAB

Salvador, 21 de outubro de 2004.

Ofício nº 33/ 2004

ESTIMADA
SRA. AMÁLIA NASCIMENTO DO SACRAMENTO
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: “O Quesito Cor na Assistência Pré-Natal – Representações de Gestantes e de Profissionais”,

Pesquisadora Responsável: Amália Nascimento do Sacramento.

Orientadora: Dra. Enilda Rosendo do Nascimento.

Situação: Projeto Aprovado

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto está bem elaborado, metodologia fácil, com bastante propriedade nas informações, orçamento financeiro detalhado, cronograma de pesquisa organizado, termo de consentimento livre e esclarecido e questionário bem elaborado.

Nesse sentido, o projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Ana Maria Fernandes Pitta
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB

ESCOLA ESTADUAL SAÚDE PÚBLICA PROF. FRANCISCO PEIXOTO DE MAGALHÃES NETO
Rua Conselheiro Pedro Luis, 171 – RIO VERMELHO
Tel.: (71) 334-1888 / 1227 / 0428 ou FAX: (71) 334-2230 / 2773

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)