



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas

# Guia

para Implementação  
das Prioridades Transversais  
na OPAS/OMS do Brasil:  
direitos humanos, equidade,  
gênero e etnicidade e raça









Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

# Guia

para Implementação  
das Prioridades Transversais  
na OPAS/OMS do Brasil:  
direitos humanos, equidade,  
gênero e etnicidade e raça

Brasília, 2018

Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça

OPAS/BRA/18-053

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2018**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em ([www.paho.org](http://www.paho.org)). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações através de seu website ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Citação sugerida.** Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça* Brasília: OPAS; 2018

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.





Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

# Guia

para Implementação  
das Prioridades Transversais  
na OPAS/OMS do Brasil:  
direitos humanos, equidade,  
gênero e etnicidade e raça





**06** Apresentação

---

**08** Agradecimentos

---

**10** Preâmbulo

**su**



13

**Capítulo 1**

Para que serve este guia?

---

17

**Capítulo 2**

Quais são as prioridades transversais da OPAS/OMS e como se relacionam?

---

25

**Capítulo 3**

Direitos humanos e saúde

---

41

**Capítulo 4**

Equidade e saúde

45

**Capítulo 5**

Gênero e saúde

---

65

**Capítulo 6**

Etnicidade e raça e saúde

---

83

**Capítulo 7**

Como incorporar as prioridades transversais nas relações, no ambiente de trabalho e nos processos institucionais internos?

---

93

**Capítulo 8**

Como aplicar as prioridades transversais em Programas e Projetos?

máximo





# A pre sen taçã o

Trabalhar temas transversais é um desafio para qualquer organização. Mesmo que tradicionalmente exista uma tendência à organização do trabalho a partir de objetivos específicos e funções circunscritas a departamentos, há um conjunto de temas e atividades que devem perpassar todas as áreas da instituição, seja por sua natureza ampla, seja porque são estratégicos para o alcance de objetivos comuns. Os temas transversais da OPAS/OMS ampliam esse desafio, pois tratam de aspectos essenciais para o seu mandato, como a promoção dos direitos humanos, da equidade em saúde e da inclusão da perspectiva de gênero e de etnicidade e raça no conjunto de suas ações, tendo como propósito a promoção da justiça social, a redução de iniquidades e o combate a todas as formas de discriminação.

Para enfrentar esse desafio, a OPAS/OMS estabeleceu uma área programática específica no seu Plano Estratégico 2014-2019<sup>33</sup>. A implementação dessa área programática e de seus respectivos objetivos e indicadores pressupõe a definição de ações práticas e de compromisso de diversas pessoas na Organização.

Com o objetivo de tornar realidade a aplicação das prioridades transversais em todas as fases de planejamento, monitoramento e avaliação de programas e projetos da cooperação técnica, assim como nas relações e no cotidiano de trabalho, foi constituído, em 2017, o Grupo Técnico Assessor (GTA) para a implementação das prioridades transversais na OPAS/OMS do Brasil <sup>34</sup>. O GTA alinha-se à Secretaria e ao Grupo de Trabalho para os temas transversais (CCT <sup>35</sup>, sigla em inglês) na Sede da OPAS.

---

<sup>33</sup> Resolução CD50.R8.

<sup>34</sup> Diretiva n. 05/17 da PWR/BRA, de 25 de agosto de 2017, atualizada pela Diretiva n. 01/18 da PWR/BRA, de 30 de abril de 2018.

<sup>35</sup> Crosscutting Themes Working Group at PAHO Headquarters (GIB n. HQ-FO -15-380 of August 6, 2015).



Este Guia é fruto do trabalho do GTA e concretiza um primeiro passo que visa a dar concretude para trabalhar com esses temas no desenvolvimento da cooperação técnica. O documento torna disponível material de referência que apresenta conceitos, casos práticos de aplicação, além de propostas de implementação das prioridades transversais em programas, projetos e ações de comunicação.

Por fim, convido cada leitor e leitora a se envolverem efetivamente na construção coletiva de uma Organização que, internamente e no âmbito da Cooperação Técnica, é capaz de considerar os direitos e promover a equidade, além de identificar oportunidades concretas de redução de iniquidades a partir da inclusão da perspectiva de gênero e/ou raça/cor e etnia e dos determinantes sociais da saúde.

Espero que este Guia seja útil, que possa ajudar a construir modos de trabalho mais inclusivos e horizontais, e que mantenha vivos os valores que devem permear as ações e as populações as quais devemos servir.

**María Dolores Pérez-Rosales**

**Representante Adjunta da OPAS/OMS  
no Brasil e Coordenadora do GTA**

The background features a vibrant, abstract composition. On the left, a large, dark grey letter 'A' is partially visible, set against a white background. The right side of the image is dominated by a textured surface in shades of teal and turquoise, with streaks and splatters of bright orange and yellow, suggesting a liquid or paint-like application. The overall aesthetic is modern and artistic.

**gradeci  
mentos**



A elaboração do “Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça” só foi possível devido ao empenho e à contribuição do Grupo Técnico Assessor para a implementação das prioridades transversais na OPAS/OMS Brasil (GTA).

Sinceros agradecimentos a María Dolores Pérez-Rosales, Representante Adjunta da OPAS/OMS Brasil; a Haydeé Padilla, Coordenadora da Unidade Técnica de Família e Curso de Vida; a Luciana Chagas, Coordenadora da Unidade de Planejamento, Programas e Projetos; a Bernardino Vito, Oficial Nacional e ponto focal para o tema de etnicidade e saúde; a Regiane Rezende, Oficial Nacional e ponto focal para equidade; a Ana Gabriela Sena, consultora nacional de gênero e saúde; a Akemi Kamimura, consultora nacional em direitos humanos; a Tatiana Santos, consultora nacional para a cooperação descentralizada e ponto focal de ações interprogramáticas; e a Romina do Socorro Marques de Oliveira, consultora nacional em HIV/hepatites virais e ponto focal para populações vulnerabilizadas, componentes do GTA. O Grupo foi responsável pela elaboração do texto, a partir de uma reflexão profunda sobre as prioridades transversais e sua aplicação prática. Agradecimentos também a Santiago Varela e a Luciana Almeida, consultores nacionais que muito contribuíram para os temas de direitos humanos e de gênero enquanto estiveram na Organização. A Sra. Lia Maria dos Santos, por entregar como produto o embrião do Guia, que permitiu aprofundar as discussões e chegar ao conteúdo final.

Um agradecimento especial ao Grupo das Prioridades Transversais da Sede da OPAS, que compartilhou seu conhecimento e experiência, contribuindo para a elaboração do Guia, com especial referência a Alejandro Morlachetti, assessor de direitos humanos do Departamento Jurídico da Organização, que esteve presente nas discussões para a revisão do documento durante oficina do GTA realizada no Brasil.

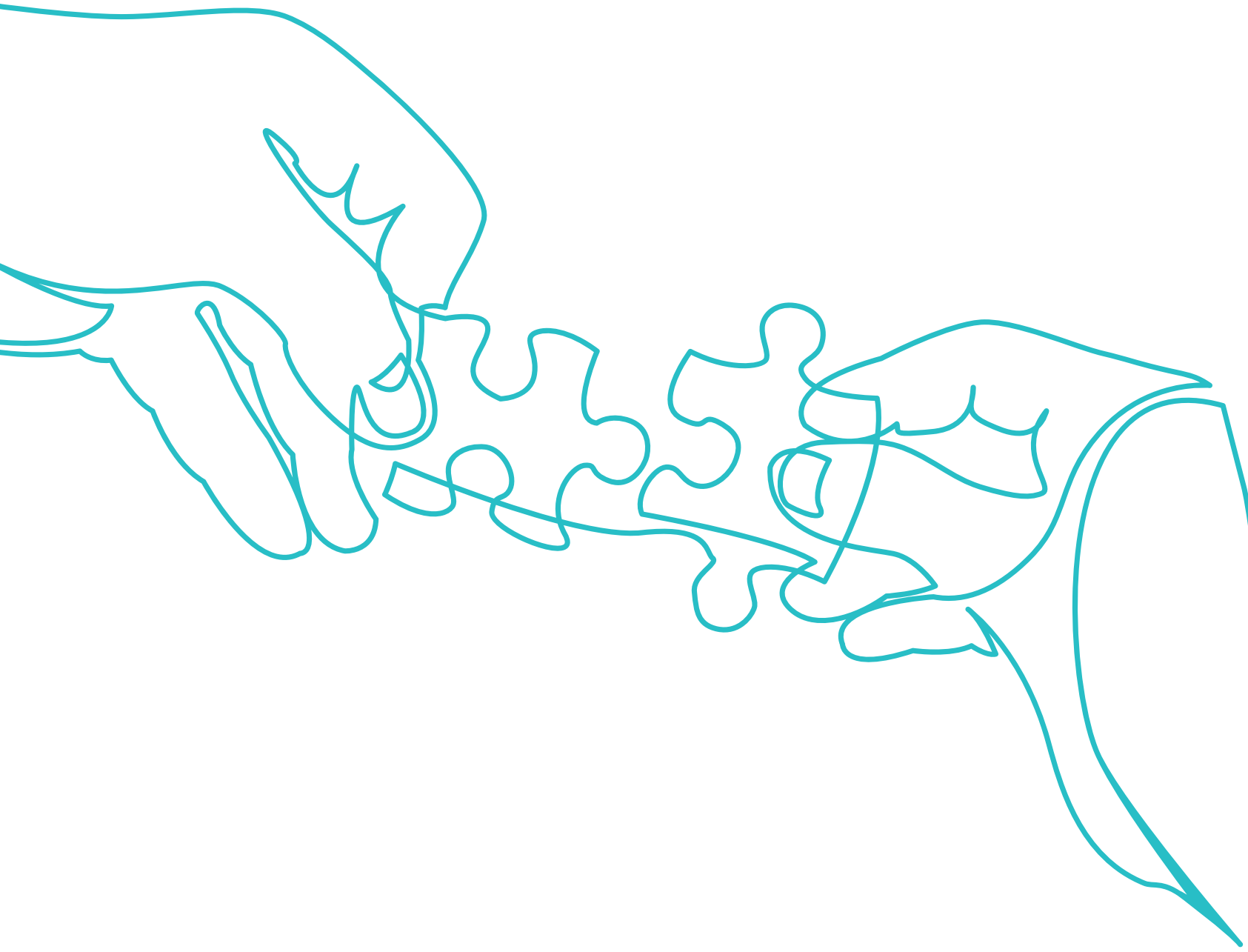
Reconhecimento aos importantes aportes dados por Mônica Padilla, Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde, e às contribuições de Larissa Domingues e Luís Cunha Sardenberg, consultores nacionais de comunicação. Ao apoio das equipes das unidades técnicas da OPAS/OMS no Brasil coordenadas por Katia de Pinho, Renato Tasca, Tomás Pippo, Henrique Vazquez e Gabriel Vivas, e de Patrícia Lim e de Pedro Cle, oficiais nacionais de Recursos Humanos e de Tecnologia da Informação, respectivamente, e de suas equipes.

A todas elas e a todos eles, o maior reconhecimento pelo trabalho feito.

**Joaquín Molina**

**Representante da OPAS/OMS no Brasil**





# Preâmbulo

## Eu sou um bom ou uma boa ouvinte?

Eu entendo o que significa me colocar no lugar do outro? Eu realmente consigo me colocar, por exemplo, no lugar de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social?

Eu respeito e considero a história de vida daquele grupo populacional, para o qual se destinam as ações, na elaboração ou análise de um projeto?

Será que eu escuto propostas apresentadas por pessoas do gênero masculino ou do gênero feminino da mesma maneira? E quando uma pessoa do gênero feminino fala, eu espero que a ideia seja concluída, ou costumo interromper?

Quando eu escuto o relato de uma discriminação racial ou de preconceito por orientação sexual e identidade de gênero, isso me afeta ou faço parte da turma do “deixa disso, era só brincadeira”?

E se a minha fala fosse caracterizada por um “sotaque” de uma região diferente da maioria do local de trabalho, será que eu gostaria de ver meus colegas “imitando” meu jeito de falar em tom jocoso e desrespeitoso?

E se a cor dos meus olhos e meus traços físicos e minha origem territorial e cultural estivessem associados a uma parte da população, de uma identidade étnico-social discriminada e considerada marginalizada, vulnerável, passível da naturalização de violências,

**como eu gostaria  
de ser tratado ou tratada?**







# Para que serve este guia?

A OPAS/OMS no Brasil desenvolveu esse guia para contribuir com a aplicação das prioridades transversais da Organização – direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça – nos programas e projetos desenvolvidos e implementados por meio da cooperação técnica.

Depois de ler esse guia, você será capaz de:

- ✓ Aprofundar o conhecimento sobre as prioridades transversais da OPAS/OMS no Brasil;
- ✓ Conhecer os conceitos e as respectivas resoluções, políticas e instrumentos da OPAS/OMS referentes aos temas de direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça, e as relações entre eles e com a saúde;
- ✓ Apropriar-se das habilidades e das atitudes requeridas para a prática e implementação das prioridades transversais nas relações de trabalho, no ambiente e nos processos institucionais internos e no âmbito da cooperação técnica;
- ✓ Aprender como aplicar os temas de direitos humanos, equidade, gênero, etnicidade e raça nas etapas do ciclo de projetos (desenho – análise de situação – e planejamento – execução, monitoramento e avaliação) para a elaboração de programas e projetos da OPAS/OMS no Brasil;
- ✓ Fortalecer a capacidade institucional na implementação das prioridades transversais nos processos administrativos, de comunicação, de seleção e de capacitação.



*O canal de  
comunicação  
com o GTA está  
sempre aberto!*

### A quem se destina esse guia?

Este Guia destina-se a todos os trabalhadores e todas as trabalhadoras da OPAS/OMS no Brasil e visa promover o conhecimento sobre a aplicação das prioridades transversais (direitos humanos, equidade, gênero, etnicidade e raça) nos processos de trabalho da Organização e no âmbito da cooperação técnica.

Adicionalmente, poderá ser uma referência para a própria OPAS e parceiros que tenham interesse no desenvolvimento de estratégias semelhantes.

### Como usar este guia:

Este guia faz parte de uma estratégia do GTA para estimular a reflexão e a prática sobre a incorporação das prioridades transversais. É uma ferramenta que pode ser utilizada individualmente ou em atividades coletivas como oficinas, rodas de conversa, exposições dialogadas, podendo, inclusive, ser adaptado para aplicação em distintos contextos.

Algumas dicas para melhor aproveitamento deste guia:

- ✓ leia e reflita sobre os conceitos, ampliando sua perspectiva sobre os temas abordados;
- ✓ valorize o diálogo, estabelecendo canais de comunicação, para utilização dos conceitos, intercâmbio de experiências, reflexões, exposição de ideias, indagações e aplicação prática do que foi aprendido;
- ✓ questione e compartilhe ideias entre as áreas da OPAS/OMS e com o Grupo Técnico Assessor para implementação das prioridades transversais sobre como realizar a aplicação prática das prioridades transversais.









# Quais são as prioridades transversais da OPAS/OMS e como se relacionam?

### Missão:

Orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados-membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas.

### Visão:

Ser o maior catalisador para assegurar que toda a população das Américas goze de uma ótima saúde e contribuir ao bem-estar de suas famílias e comunidades.

### Valores:

Equidade – lutar por igualdade e justiça mediante a eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis.

Excelência – chegar ao mais alto padrão de qualidade naquilo que fazemos.

Solidariedade – promover os interesses e responsabilidades comuns e os esforços coletivos para alcançar as metas comuns.

Respeito – acolher a dignidade e a diversidade de indivíduos, grupos e países.

Integridade – garantir um desempenho transparente, ético e confiável.

A OPAS/OMS<sup>33</sup> trabalha conjuntamente com os países da região das Américas para melhorar e proteger a saúde de sua população. A partir de uma **visão** comum, a Organização busca orientar seus esforços de cooperação técnica para alcançar resultados estratégicos que estejam alinhados a sua **missão**. Esse trabalho está permeado por **valores** e seu sucesso depende de uma integração entre áreas programáticas para lidar com realidades sociais diversas e complexas.

A definição de prioridades com o enfoque transversal na OPAS/OMS decorre do entendimento de que há temas que fazem parte da competência de toda a Organização, pela importância e por seu escopo para além de um departamento ou de uma área específica.

A transversalidade pressupõe a atuação intersetorial e a criação de espaços horizontais de diálogo e de tomada de decisão, nos

---

<sup>33</sup> O 12º Programa Geral de Trabalho (PGT) da OMS (2014-2019) estabeleceu o compromisso de tornar as prioridades transversais eixos principais de seu trabalho. O Plano Estratégico OPAS 2008-2012 incorporou direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade como prioridades transversais. O Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 estabeleceu-as como abordagens programáticas vinculadas a resultados em saúde, aplicando-as às seis categorias, inclusive aos serviços corporativos como administração, planejamento, finanças e recursos humanos.





quais conhecimentos, recursos e técnicas acumuladas em cada área possam atuar em cooperação<sup>34</sup>. Para tanto, foi criado o Grupo Técnico Assessor para a implementação das prioridades transversais na OPAS/OMS (GTA) com a função de aportar perspectivas comumente não contempladas ou integradas nas áreas especializadas. O reflexo deste trabalho é a maior integração entre as unidades técnicas, e seu maior preparo para lidar com a crescente diversidade e complexidade da realidade social.

Para a OPAS/OMS, direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade são considerados temas transversais e prioritários. A OPAS/OMS no Brasil agrega o tema raça, associado ao conceito de etnicidade, em reconhecimento e respeito à trajetória histórica nacional do país. A definição desses temas é parte importante das estratégias de cooperação técnica adotadas para o alcance de resultados em saúde nos níveis regional e global.

<sup>34</sup> NATALINO, Marco Antonio. **Avanços e Desafios da Transversalidade nas Políticas Públicas Federais voltadas para Minorias**. In: *Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: IPEA, 2009, p. 779 a 782.



**Todas as pessoas têm direitos humanos.** O direito ao mais alto padrão atingível de saúde é considerado um direito inclusivo por se estender para além dos cuidados de saúde oportunos e apropriados, incorporando os determinantes subjacentes da saúde. O direito à saúde está diretamente vinculado aos demais direitos humanos, uma vez que seu pleno exercício depende também do direito à vida, à liberdade, à educação, à participação política, à moradia adequada etc.



**Equidade** em saúde significa que todos e todas devem ter oportunidades para atingir seu pleno potencial de saúde e que ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Pode ser compreendida a partir de duas dimensões: no âmbito específico da saúde, referindo-se ao acesso aos serviços de saúde, à qualidade da atenção e aos resultados de saúde; no âmbito social, referindo-se às condições de vida, de trabalho, de lazer, entre outros fatores que compõem os determinantes sociais da saúde.



**Gênero** é um conceito que se refere às normas e aos papéis socialmente construídos, que determinam as relações nas famílias, nas comunidades e instituições, assim como determinam as expressões e as identidades de gênero, especialmente aquelas que não se encaixam necessariamente nas categorias binárias do masculino ou feminino.



**Etnicidade** é um conceito de significado social que diferencia os grupos sociais entre si a partir de características comuns que constituem uma etnia. Uma etnia corresponde a um conjunto de indivíduos que falam a mesma língua, compartilham as mesmas tradições ou origem ancestral, muitas vezes habitam o mesmo território e que, em via de regra, possuem a mesma religião, embora, na atualidade, em função dos movimentos religiosos e das incursões civilizatórias, esse critério se tornou um pouco mais flexível no conceito de etnicidade.

**Raça** é um conceito resultante de uma construção social, com conotação política e ideológica, como resultado especialmente da luta do movimento negro brasileiro, apesar da compreensão de que, cientificamente, não há distinções biológicas e/ou psicológicas que justifiquem uma classificação racial entre os diferentes grupos populacionais.





## Você sabia:

que por meio de seu mandato, a OPAS/OMS destaca o papel central das prioridades transversais em seu plano estratégico e em outras estratégias-chave de saúde, como resoluções e documentos conceituais de referência:

- ✓ Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030
- ✓ Resolução CD46.R16 – Política de Igualdade de Gênero da OPAS
- ✓ Resolução CD50.R8 - A saúde e os direitos humanos
- ✓ Resolução CD52.R11 – Proteção social em saúde
- ✓ Resolução CD53.R2 – Plano de ação sobre saúde em todas as políticas
- ✓ Resolução WHA60.25 – Estratégia para incorporar a análise e as ações de gênero nas atividades da OMS
- ✓ Resolução WHA62.14 – Reduzir as inequidades em saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde
- ✓ Resolução WHA65.8 – Resultados da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde

## Relação entre as prioridades transversais da OPAS/OMS no Brasil

Direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça são conceitos que se relacionam entre si. Ao se abordar o conceito de direitos humanos, busca-se garantir que os direitos fundamentais estejam ao alcance de todos e todas. No entanto, a garantia desses direitos não se dá de forma igualitária para todas as pessoas, o que pode produzir situações de iniquidades e violações de direitos. As diferenças de gênero, raça e etnia estão comumente associadas a essas situações.



Nesse contexto, a equidade é forma de reconhecer que existem desigualdades e relações de poder que influenciam e colocam em desvantagem populações em situação de vulnerabilidade. Isso implica atuar sobre esses fatores e considerar diferentes intervenções que atendam às especificidades de diferentes populações, a fim de garantir que todas as pessoas tenham oportunidades justas para alcançar o mesmo patamar em relação aos direitos fundamentais.

Assim, a OPAS/OMS do Brasil considera que ações que promovam equidade de gênero, raça e etnia são importantes estratégias para a redução das iniquidades na garantia do direito à saúde como direito humano fundamental.

*As prioridades transversais possuem importantes elementos que devem ser considerados no dia-a-dia da cooperação técnica. Além disso, é oportuno refletir sobre as interseções das prioridades transversais a fim de tornar rotineira e sistemática a identificação de sinergias que permitam aplicá-las nos campos de trabalho técnico e administrativo da Organização.*





## Referências

OPAS. Relatório Quinquenal 2008-2012 do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana 64ª Sessão do Comitê Regional. OD343, 2012.

WHO. 13th General Programme of Work. World Health Assembly. May 2018. GPW/2019-2023.

WHO. Country support package for Equity, Gender and Human Rights in leaving no one behind in the path to the universal health coverage. Gender, Equity and Human Rights (GER) Team, WHO HQ, 2017.

WHO. Roadmap for Action: integrating equity, gender and Human rights. 2015.

WHO. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva, 2014.

WHO. 12th General Programme of Work. World Health Assembly. May 2013. GPW/2014-2019.

WHO. Positioning health in the post-2015 development agenda. Geneva, 2012.

Zamora G, Koller TS, Thomas R, Manandhar M, Lustigova E, Diop A, Magar V. Tools and approaches to operationalize the commitment to equity, gender and human rights: towards leaving no one behind in the Sustainable Development Goals. Global Health Action, 2018; 11.







WE  
ND.

NE  
DE

THE  
FUTURE  
IS

H TIME  
WOMEN  
INDS UP  
OR HE  
SHE STAY  
UP FOR ALL  
WOMEN



# Direitos humanos e saúde

Os direitos humanos fazem parte dos princípios e valores inerentes ao mandato da OPAS. São eles que nos fazem pensar nas estratégias de **universalidade, acessibilidade, integralidade, qualidade e inclusão em saúde** de uma maneira coesa e integrada. Em termos práticos, são conceitos e normas que possibilitam, por exemplo, avaliar o alcance dos objetivos institucionais, pois dão sentido a uma série de aspectos que, muitas vezes, são vistos de maneira isolada ou desconectada do dia a dia da cooperação técnica. É por isso que os direitos humanos são definidos como uma prioridade transversal da instituição, junto à equidade, ao gênero e à etnicidade e raça.

Direitos humanos são **garantias legais universais** que protegem todas as pessoas contra ações e omissões que interferem negativamente na dignidade em suas vidas. São inerentes à nossa natureza<sup>33</sup> e permitem o nosso desenvolvimento, além de possibilitar que nós satisfaçamos nossas necessidades. Quando negados, nos prejudicam enquanto indivíduos e, também, à sociedade como um todo, que se desenvolverá menos e terá níveis de segurança e de bem-estar menores.

Além de **universais** e existirem desde quando nascemos, os direitos humanos são **indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes**. Isso significa que a melhoria de um direito facilita o avanço dos outros, assim como a privação de um direito afeta negativamente a garantia dos demais direitos. Essa característica se expressa de maneira bastante nítida quando pensamos no direito humano à saúde. Seria mesmo possível garantir o direito à saúde, sem garantir também outros direitos, como educação, alimentação e moradia adequadas? Não. Da mesma forma, o

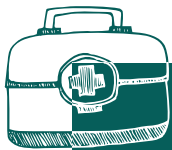
---

<sup>33</sup> Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.



direito à saúde também pode ser impactado pela limitação de liberdade de locomoção, acesso à informação ou à participação política. É impossível termos saúde sem termos todas essas outras dimensões! É impossível ser saudável sem dignidade, sem liberdade e em situações de discriminação e de sofrimento.

Portanto, se estamos trabalhando para que todo ser humano tenha o “mais alto padrão atingível de saúde”, temos que nos esforçar todos os dias para garantir acesso a serviços de qualidade para todas as pessoas, para que elas se beneficiem das condições necessárias a uma boa saúde. É o que chamamos de “determinantes sociais da saúde”. Isso significa que o nosso trabalho, por conta dos direitos humanos, deve contribuir para que tenhamos água segura e potável, saneamento, alimentos, habitação, informação, educação, participação política, liberdade, igualdade e dignidade. Assim, o pleno exercício do direito à saúde depende de outros direitos humanos, os quais não podem ser divididos e dependem e se relacionam entre si. Não há liberdade sem igualdade, nem igualdade sem solidariedade ou dignidade. Ademais, o direito ao mais alto padrão atingível de saúde não é estanque; sua construção é histórica e depende de lutas e tensões sociais e políticas: o que hoje compreendemos por saúde não é o mesmo de décadas atrás, e poderá não ser o mesmo daqui a alguns anos.



### *Elementos essenciais e inter-relacionados do direito humano à saúde<sup>7</sup>:*

**Disponibilidade:** quantidade suficiente, em funcionamento, de equipamentos, bens e serviços de atenção à saúde e de programas e políticas de saúde pública.

**Acessibilidade:** equipamentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis (fisicamente, financeiramente, com informação acessível) para qualquer pessoa, sem discriminação e de todos os setores da população, especialmente os grupos mais vulneráveis ou marginalizados, como minorias étnicas e população indígena, mulheres, população negra, população LGBTI, crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência e diferentes capacidades, dentre outras. A acessibilidade apresenta quatro dimensões sobrepostas:

<sup>7</sup> De acordo com Comentário Geral n. 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (EC. n. 12/2000/4).

- **não discriminação:** os equipamentos, bens e serviços devem ser acessíveis, de fato e de direito, aos setores mais vulnerabilizados e marginalizados da população, sem discriminação alguma por qualquer motivo;
- **acessibilidade física:** equipamentos, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico. Implica que serviços médicos e determinantes básicos de saúde (como acesso à água limpa e segura e serviços sanitários adequados) se encontrem a uma distância geográfica razoável, inclusive em zonas rurais; e acesso adequado aos estabelecimentos de saúde para pessoas com deficiência e diferentes capacidades, sem barreiras arquitetônicas, comunicacionais ou atitudinais;
- **acessibilidade econômica:** equipamentos, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todas as pessoas, inclusive financeiramente. Os pagamentos por serviços de atenção básica e serviços relacionados com fatores determinantes de saúde devem se basear no princípio da equidade, a fim de assegurar que esses serviços, sejam públicos ou privados, estejam ao alcance de todas as pessoas, inclusive grupos socialmente desfavorecidos; evitando-se a sobrecarga desproporcional aos setores mais desfavorecidos em relação aos setores mais ricos;
- **acesso à informação:** compreende o direito de solicitar, receber e difundir informação e ideias acerca de questões relacionadas à saúde. Contudo, o acesso à informação deve considerar também o direito de que os dados pessoais relativos à saúde sejam tratados com confidencialidade.

**Aceitabilidade ou Adequação social e cultural:** todos equipamentos, bens e serviços de saúde devem ser respeitosos à ética médica e culturalmente apropriado, considerando os cursos de vida e as perspectivas de gênero, de raça e de etnia, respeitando também a confidencialidade e melhoria da situação de saúde da pessoa em questão.

**Qualidade:** equipamentos, bens e serviços de saúde devem ser de boa qualidade, aprovados científica e tecnicamente. Isso requer, entre outras questões, a capacitação de profissionais de saúde, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e em bom estado, água limpa e potável e condições sanitárias adequadas.



Como direito humano, o direito à saúde pressupõe sujeitos titulares do direito e deveres correlatos para seu efetivo cumprimento. Tendo em vista os direitos humanos, geralmente os deveres correlatos são: **dever de respeitar** os direitos humanos (o Estado não deve violar direitos humanos); **dever de proteger** (o Estado deve impedir que os direitos humanos sejam violados por quem quer que seja); e **dever de implementar** os direitos humanos (o Estado deve adotar todas as medidas necessárias para que todas as pessoas possam exercer plenamente seus direitos humanos). Em geral, o Estado é o titular dos deveres, mas também empresas, organizações, indivíduos e grupos podem ser titulares de deveres.

Pode ser difícil concretizar tudo isso, mas temos que ter nossos objetivos claros para que todas e todos saibam onde precisamos chegar se quisermos um mundo mais justo. Mas, se existem tantas coisas por fazer e tantos direitos para serem assegurados, e considerando que tudo isso tem um custo para ser realizado, como podemos alcançar esse “alto padrão de saúde” para todos e todas?

Uma maneira de fazer isso é priorizando os que mais necessitam. Isso é uma importante perspectiva dos direitos humanos, recentemente muito bem ilustrada pela OPAS/OMS e por todas as instituições da ONU no lema da Agenda 2030: “não deixar ninguém para trás”. Isso significa que, não apenas os direitos humanos devem ser garantidos sem qualquer discriminação, como todos eles devem buscar a promoção da igualdade.

Buscar e promover a igualdade é colocar em cheque o modo como as relações entre as pessoas estão estruturadas. Ao fazer isso, indagamos e transformamos o modo desigual e injusto no qual as pessoas estão posicionadas na sociedade. Um elemento importante nesse processo é a participação de todas e todos para o exercício pleno de seus direitos. É fundamental que todas as pessoas que têm direitos possam ter voz para defendê-los, reclamá-los e contribuírem para fazê-los serem cumpridos.

Além de fomentar o exercício dos direitos, a participação social<sup>34</sup> é fundamental para ampliá-los, pois permite a identificação de lacunas de direitos, que muitas vezes não são reconhecidas. Muitas políticas e normativas que hoje asseguram o direito à saúde, entre outros direitos, são fruto de luta e construção social. Tomemos como exemplos as leis orgânicas da saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90).

### Participação social nas políticas públicas de saúde

A implementação de políticas públicas em matéria de direitos humanos deve considerar aspectos como a universalidade, igualdade e não discriminação, acesso a mecanismos de garantia, acesso e produção de informação e participação social.

Em relação à participação social nas políticas de saúde, vale destacar o relevante papel de Conselhos e Conferências de Saúde, dentre outros instrumentos de democracia participativa. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas instâncias correspondentes (nacional, estaduais e municipais).

Até aqui, vimos que o direito à saúde é amplo e tem características muito importantes para o dia a dia do trabalho da OPAS. O restante deste capítulo fará uma breve síntese do que significa o direito humano à saúde em termos mais práticos.

O direito à saúde compreende as dimensões de **promoção, prevenção, tratamento e controle** de doenças epidêmicas, endêmicas, ocupacionais e **outras**, o que engloba as doenças não transmissíveis<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> O Brasil é um exemplo reconhecido disso, pois estabelece mecanismos de participação social nas decisões em saúde, como nos conselhos e nas conferências de saúde.

<sup>35</sup> "O Comitê interpreta o direito à saúde (...) como um direito inclusivo que se estende não apenas a cuidados de saúde oportunos e apropriados, mas também aos determinantes subjacentes da saúde (...)" § 11 do Comentário Geral n. 14 (EC. n. 12/2000/4).



Quando se diz que a saúde deve estar disponível, isso quer dizer que deve ser acessível, ter níveis aceitáveis de qualidade, e deve ser apropriada às condições culturais e do território<sup>36</sup>. Significa também que as instalações, os produtos e os serviços de saúde devem estar disponíveis em quantidades suficientes. Da mesma forma a água segura e potável, as instalações de saneamento, assim como os hospitais, clínicas e outros edifícios relacionados à saúde. Também devem estar disponíveis profissionais de saúde treinados, com salários competitivos e medicamentos essenciais<sup>37</sup>.

### **Medidas de austeridade e proibição do retrocesso social em matéria de direitos humanos econômicos, sociais e culturais (DHESC)<sup>38</sup>**

O direito à saúde, enquanto direito humano, deve ser realizado de maneira **progressiva**, ou seja, o Estado deve adotar medidas apropriadas a fim de alcançar a plena efetividade do direito até o **máximo dos recursos disponíveis**. Isso não significa que a falta de recursos possa eventualmente justificar a inação ou o atraso indefinido na adoção de medidas para colocar em prática o direito em questão. A aplicação progressiva dos direitos humanos econômicos, sociais e culturais (DHESC) implica na **proibição de retrocesso social** e proibição de inação por parte do Estado.

36 Comentário Geral n. 14 ao direito ao mais alto patamar de saúde física e mental atingível (art. 12 do PIDESC, 11 de agosto de 2000, EC. n. 12/2000/4).

37 WHO. *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee. WHO technical report series*; 2017; (1006).

38 Para mais informações, consultar:

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR); Organización Mundial de la Salud (OMS). *Folleto Informativo n. 31. El derecho a la salud.*

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *Folleto Informativo n. 33. Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *Report on austerity measures and economic and social rights. (E/2013/82).*

O Estado deve demonstrar que tem tomado medidas adequadas para melhorar o exercício dos direitos, ainda que os recursos sejam escassos. Nesse sentido, não se deve permitir adoção de medidas que piorem o sistema existente de proteção dos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, a menos que haja justificativa adequada, com demonstração efetiva de prévio exame detido sobre todas as possibilidades, avaliação de possíveis efeitos e utilização plena dos recursos, até o máximo disponível. Ademais, eventual medida deve ser **temporária e razoável**, além de **adequada, necessária e proporcional** em relação ao fim almejado e o meio adotado. A regra é de **aplicação progressiva** do direito e proibição de retrocesso e inação.

Os direitos econômicos, sociais e culturais – como direito à saúde, à alimentação, à água, ao trabalho, à seguridade social e à educação – são diretamente afetados em cenários de adoção de medidas de austeridade fiscal. Medidas de austeridade geralmente impactam na fragilização de redes de proteção social e dificultam a realização de direitos econômicos, sociais e culturais, provocando situações de retrocesso que com frequência atingem de forma desproporcional as pessoas mais pobres e grupos mais vulneráveis na sociedade, os quais mais precisam e contam com medidas e benefícios sociais básicos. Entretanto, dificuldades econômicas NÃO eximem o Estado de sua obrigação de adotar medidas que garantam o pleno exercício do direito à saúde. Nenhum Estado pode justificar o descumprimento dessa obrigação por falta de recursos.

Em contexto de austeridade fiscal, a fim de assegurar o efetivo compromisso estatal e cumprimento dos deveres em matéria de direitos humanos, os Estados devem demonstrar: (1) existência de um interesse estatal imperioso; (2) necessidade, caráter razoável, temporalidade e proporcionalidade das medidas de austeridade; (3)





esgotamento de outras opções ou medidas menos restritivas; (4) caráter não discriminatório das medidas propostas; (5) proteção do conteúdo básico mínimo dos direitos; (6) participação efetiva dos grupos e indivíduos afetados no processo de adoção das decisões de austeridade.

Por isso, é fundamental avaliar e mensurar os impactos de medidas de austeridade na promoção dos direitos humanos (por exemplo, em relação aos determinantes sociais e econômicos de saúde, acesso e disponibilidade de serviços, etc), a fim de averiguar o caráter imperioso, necessidade, razoabilidade e proporcionalidade, dentre outros elementos mencionados, da adoção de medidas de austeridade.

Ao tratar a saúde na perspectiva de direitos humanos, é importante também considerar questões como a universalidade, igualdade de fato e não discriminação; acesso a mecanismos de garantia, prestação de contas e responsabilização; acesso e produção de informação e participação social. Em relação aos mecanismos de garantia, há que se considerar os instrumentos nacionais e internacionais de garantia e acesso à justiça, na esfera administrativa, judicial ou de outra natureza.

No âmbito internacional, há mecanismos do sistema global (ONU), regional (interamericano) e sub-regionais. O Brasil já recebeu diversas recomendações internacionais em matéria de direitos humanos, seja de comitês de tratados ratificados pelo Brasil, relatores especiais temáticos que realizaram visitas oficiais ao país, mecanismo de Revisão Periódica Universal, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Corte Interamericana de Direitos Humanos, entre outros. Ao incorporar uma normativa internacional em matéria de direitos humanos, o Estado brasileiro se compromete a respeitar, cumprir e implementar os direitos previstos. Assim, as recomendações internacionais recebidas pelo Estado podem colaborar para implementação de ações, programas e políticas específicas em saúde, pois expressam compromissos assumidos pelo Estado, nem sempre priorizados pela gestão governamental em questão.

### *Direito à saúde, sem discriminação*

O direito à saúde é direito de todos, mas alguns grupos ou pessoas, por suas peculiaridades, enfrentam determinados obstáculos para o pleno exercício desse direito, seja por fatores biológicos ou socioeconômicos, de discriminação e estigma social, ou, ainda, por combinação de diversos fatores. Assim, é preciso considerar situações específicas, em especial em relação às pessoas em situação de maior vulnerabilidade, por meio da adoção de medidas específicas para coibir discriminação, de fato e de direito. Políticas aparentemente neutras podem resultar em impacto desproporcional a determinados grupos em situação de maior vulnerabilidade, tais como mulheres, pessoas LGBTI, populações negra e indígena, pessoas com deficiência, migrantes e refugiados, entre outros.

#### *Pessoas com Deficiência*

Em 2011, cerca de 1 bilhão de pessoas viviam com alguma deficiência, segundo OMS. 80% das pessoas com deficiência vivem em países em desenvolvimento; 150 milhões de crianças tem alguma deficiência.<sup>39</sup> As pessoas com deficiência enfrentam diversos obstáculos para exercer plenamente seus direitos, inclusive o direito à saúde – barreiras relacionadas à discriminação ou outras questões relacionadas à autonomia individual, participação e inclusão na sociedade, respeito à diferença, acessibilidade, igualdade de oportunidades, avaliação e estímulos adequados das capacidades de crianças com deficiência, dentre outros fatores.

Por exemplo, pessoa com deficiência física pode ter dificuldade de acessar equipamentos de saúde, especialmente em regiões não metropolitanas; pessoas com deficiência psicológica podem

---

<sup>39</sup> De acordo com: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/>>.

ter acesso negado acesso a tratamento financeiramente acessível; mulheres com deficiência podem não receber serviços de saúde sexual e reprodutiva. Por vezes, pessoas com deficiência são ainda tratadas como objetos, e não como sujeitos de direitos, e nem sempre são consultados para obter o consentimento livre e informado ante o tratamento médico. Além disso, as pessoas com deficiência estão desproporcionalmente expostas a violência e maus tratos.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada no ordenamento jurídico brasileiro como norma constitucional, dispõe sobre os direitos das pessoas com deficiência e estabelece deveres aos Estados de promover, proteger e garantir o pleno exercício e em condição de igualdade de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais a todas as pessoas com deficiência, inclusive o direito à saúde e promover o respeito à dignidade inerente. A Convenção, em seu artigo 25, dispõe sobre o direito das pessoas com deficiência de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência; devendo o Estado adotar todas as medidas apropriadas para assegurar acesso a serviços de saúde, incluindo serviços de reabilitação, que levarão em conta especificidades de gênero. Além disso, ainda estabelece algumas medidas específicas para promoção da saúde das pessoas com deficiência.

Os princípios e normas de direitos humanos funcionam também como uma ótima fonte de parâmetros para mensurar e avaliar o alcance dos objetivos institucionais para prestação de contas e para a apuração de responsabilidades dos interessados diretos. Como decorrem de consensos de muitos países reunidos em assembleias





e comitês regionais, como no caso da OEA, e mundiais, como no caso da ONU, são uma fonte segura do que está acordado como objetivo para todos os envolvidos.

No caso da OPAS, os Estados-membros definiram que alguns temas deverão estar em destaque na busca pela concretização do direito à saúde na região. São eles: saúde mental; envelhecimento ativo e saudável; saúde de jovens e adolescentes; igualdade de gênero; redução da mortalidade e morbidade maternas; acesso e atenção para pessoas vivendo com HIV; saúde dos povos indígenas; e prevenção e reabilitação da deficiência. Como se vê, a relação abarca explicitamente muitos temas, mas, sobretudo, as demais prioridades transversais, que serão desenvolvidas nos próximos capítulos.

A seguir, sugerimos alguns casos para discussão.



## CASE # 1: Caso Alyne da Silva Pimentel v. Brasil

Aos seis meses de gestação, Alyne da Silva Pimentel – casada, mãe de uma menina de 5 anos, negra, moradora da cidade de Belford Roxo, no Rio de Janeiro – começou a sentir forte náusea e dores abdominais. No atendimento médico, em clínica de saúde, foi prescrito um remédio para náusea e vitaminas, e foi agendada outra consulta dali a dois dias para realização de exames. Mas sua condição de saúde piorou e, ao retornar à clínica, Alyne foi atendida por outro médico, que realizou exame de ultrassom e detectou que o feto estava morto. Submetida ao parto induzido e, muitas horas depois, a uma cirurgia para retirada dos restos da placenta, Alyne começou a ter hemorragia e vomitar sangue, sua pressão baixou e teve fraqueza e dificuldade para comer. No dia seguinte, com condição de saúde ainda pior, Alyne teve que aguardar 8 horas por uma ambulância para ser transferida a um hospital. Quando chegou ao hospital, sua pressão estava a zero e teve que ser ressuscitada. Alyne morreu no dia seguinte, uma morte materna evitável. Meses depois, a família de Alyne iniciou uma ação judicial para reparação de danos e após mais de cinco anos a ação ainda estava pendente de decisão judicial.

- ✓ **Como poderíamos lidar com essa situação?**
- ✓ **Quais possíveis ações e atores relevantes?**
- ✓ **Quais fatores devem ser levados em consideração?**



## Sugestões de temas para debate:

- ✓ Contexto de saúde reprodutiva: dificuldades de acesso a serviços de orientação quanto à saúde sexual e reprodutiva; oferta de acompanhamento regular pré-natal (mínimo de consultas preconizadas na atenção primária).
- ✓ Assistência integral (suporte psicológico aos pais e familiares, demandas socioeconômicas, considerando população de gestantes acometida em regiões de hipossuficiência financeira).
- ✓ Acesso aos serviços de saúde, tanto em relação à disponibilidade, quanto à acessibilidade nas dimensões de não discriminação, acessibilidade física, econômica e acesso à informação.
- ✓ Equidade e acesso à saúde, sem discriminação: atentar para situações específicas e particularidades que possam potencializar vulnerabilidades, tomar em consideração medidas adequadas para minorar efeitos de iniquidades.
- ✓ Outros direitos afetados, tais como: acesso à informação, acesso à justiça etc.

## Material de apoio complementar:

- ✓ OHCHR; OMS. Folheto Informativo n. 31. El derecho a la salud.
- ✓ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General n. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)
- ✓ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general Nº 24 (1999) Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud
- ✓ Decisão do Comitê CEDAW sobre Caso Alyne da Silva Pimentel v. Brasil
- ✓ OPAS/OMS, "A Saúde e os direitos humanos", documento conceitual (CD50/12, 2010)
- ✓ OPAS/OMS, Resolução "A Saúde e os direitos humanos" (CD50.R8, 2010)



**Você sabia:**

O Comitê sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra Mulheres (CEDAW) analisou o caso Alyne da Silva Pimentel e concluiu que o Estado brasileiro havia violado seus direitos humanos, considerando também o contexto brasileiro em que milhares de mortes evitáveis de mulheres ocorrem em decorrência de gestação e parto e que, não obstante uma redução significativa da taxa de mortalidade materna, as estatísticas apontavam grande disparidade no acesso a serviços básicos de saúde quando considerados critérios de raça, situação econômica, região e localização rural e urbana das mulheres. Assim, o Comitê condenou o Brasil pelo não cumprimento de suas obrigações de assegurar pleno exercício de direitos de acesso à saúde materna a todas as mulheres, sem discriminação, acesso à justiça e por não regular com a devida diligência atividades dos serviços privados de saúde, o que constituiu uma discriminação contra a mulher. Além disso, o Comitê reconheceu que Alyne sofreu múltiplas formas de discriminação: por ser mulher, por ser negra, por sua condição social e econômica.

Em sua decisão, o Comitê ainda recomendou ao Brasil o pagamento de indenização e a adoção de medidas de caráter geral para garantir os direitos humanos das mulheres em relação à saúde reprodutiva: assegurar às mulheres o direito à maternidade segura e acesso fácil e adequado aos cuidados obstétricos; fornecer capacitação e treinamento profissional adequado aos trabalhadores de saúde; assegurar acesso a recursos jurídicos efetivos nos casos em que haja violação dos direitos à saúde reprodutiva das mulheres; reduzir a mortalidade materna evitável; dentre outras medidas.





## CASE # Violações de DH em territórios de fronteiras

40

Capítulo 3

Determinado município de fronteira seca com dois países vizinhos vem recebendo fluxo inesperado de pessoas migrantes, solicitantes de asilo e/ou refúgio, o que resultou em aumento desproporcional da população nos estados de fronteira. No início, eram jovens do sexo masculino, mas, com o aumento do fluxo, o perfil tem se diversificado, e muitas mulheres e crianças, inclusive desacompanhadas, e alguns grupos indígenas têm atravessado a fronteira, caminhando dezenas de quilômetros para chegar a uma cidade com melhores condições.

Esse fluxo migratório vem impactando serviços de assistência social, educação e saúde. Ademais, vem sendo observados recorrentes discursos nacionalistas e propostas de “fechamento de fronteira” e limitação ao atendimento de migrantes.

Por considerarem a estrutura local (rede de serviços de saúde, assistência social, entre outras “portas de entrada” possíveis) insuficiente para aumento expressivo de “demanda” apresentada, foi sugerido apoio das instituições internacionais para acompanhamento e assessoria técnica e respaldo político. Outras medidas foram propostas no intuito de iniciarem processos de “redução de riscos” associados ao acréscimo populacional, naquele determinado território, por meio de iniciativas “legais” de restringir acesso à fronteira nacional: como a de exigência prévia à travessia entre os países de: documentos com validade vigente, como passaportes individuais (adultos/crianças), além de cartões de vacinação (adultos/crianças) para comprovação de imunização para agravos específicos transmissíveis (difteria, por exemplo).

Os abrigos receberam dezenas de pessoas, por vezes em condições precárias. A população local tem formado redes de solidariedade para ajuda humanitária das pessoas imigrantes, mas outra parcela tem acirrado discursos de xenofobia e ódio. Recentemente, ocorreram episódios de violência contra grupos de imigrantes na cidade de fronteira.

- ✓ **Em relação às medidas relativas à saúde, como lidar com essa situação?**
- ✓ **Seria possível adoção de procedimento simplificado para comprovação de imunização para agravos específicos transmissíveis? Como considerar grupos mais atingidos?**
- ✓ **Quem poderia atuar e quais ações poderiam ser tomadas?**



## Sugestões de temas para debate:

- ✓ Autonomia e DH de pessoas migrantes: populações com vulnerabilidades acrescidas (socioeconômica, de saúde individual e coletiva, entre outras), em contexto de manutenção de status de sujeitos de direitos, ainda que haja desconhecimento da própria população quanto a esses direitos.
- ✓ Legitimidade, nos países, de decretos governamentais de cunho xenófobo que sejam implementados com questões críticas de violações de DH (no contexto de conflitos federativos).
- ✓ Considerações referentes às populações (sociedade civil e Governos) dos locais com maior frequência de migrantes, quanto às menções de “ilegalidade” individual e coletiva, como também de crenças, como “disputa por mercado de trabalho”, e de “violência e aumento de crimes organizados”.
- ✓ Quais colocações técnicas (ou posicionamentos) seriam os mais adequados de membros/funcionários de agências das Nações Unidas, frente a esse debate mencionado?
- ✓ Equidade e acesso à saúde, sem discriminação: atentar para situações específicas e particularidades que possam potencializar vulnerabilidades, tomar em consideração medidas adequadas para minorar efeitos de iniquidade.
- ✓ Combate à violência e discriminação contra imigrantes e acesso universal à saúde.

## Material de apoio complementar:

- ✓ OHCHR; OMS. Folheto Informativo n. 31. El derecho a la salud.
- ✓ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General n. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- ✓ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general n. 24 (1999) Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – La mujer y la salud.
- ✓ Comité de los Derechos del Niño. Observación general n. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).
- ✓ Observación general conjunta núm. 3 (2017) del el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y n. 22 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional (CMW/C/GC/3–CRC/C/GC/22).
- ✓ Observación general conjunta núm. 4 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 23 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre las obligaciones de los Estados relativas a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional em los países de origen, tránsito, destino y retorno. (CMW/C/GC/4–CRC/C/GC/23).
- ✓ OPAS/OMS. A Saúde e os direitos humanos. Documento conceitual (CD50/12, 2010).
- ✓ OPAS/OMS. Resolução “A Saúde e os direitos humanos” (CD50.R8, 2010).
- ✓ OPAS/OMS. Saúde dos migrantes. (CD55/11, Rev.1/2016).
- ✓ OPAS/OMS. Resolução “Saúde dos migrantes” (CD55.R13/2016).







# Capítulo 4

## Equidade e saúde

Vimos anteriormente que “uma abordagem baseada em direitos para a saúde requer que suas políticas e programas priorizem ações que promovam maior equidade [...]”.

Neste capítulo, serão apresentadas algumas ideias e considerações com o objetivo de apoiar a construção de um entendimento relativamente consensuado que contribua para a implementação da equidade como uma prioridade transversal, intrinsecamente ligada aos direitos humanos, ao gênero e à etnicidade e raça.

Segundo Margareth Whitehead, iniquidades são desigualdades desnecessárias, evitáveis e injustas. Contudo, para que se possa dizer que uma situação específica corresponde a uma iniquidade, devem ser analisadas as causas para poder identificá-las como injustas, em relação ao que acontece no contexto da sociedade. A caracterização da injustiça implica uma valoração sobre se as desigualdades são ou não: potencialmente evitáveis, aceitáveis ou admissíveis do ponto de vista do direito, da ética e da justiça. **Desta maneira, toda iniquidade é uma desigualdade, porém nem toda desigualdade é uma iniquidade.**

A equidade também é reconhecida como um valor e um princípio que, junto a outros, dá sustentação ao direito à saúde e à justiça social. Assim, equidade em saúde significa que todos e todas devem ter oportunidades para alcançar o seu potencial de saúde e, de forma prática, que ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo, devendo ser compreendida desde uma perspectiva multidimensional, não vinculada apenas ao setor saúde.

A abordagem da equidade articulada ao princípio da justiça, alinha-se com a proposição feita por Aristóteles. O pensador afirma que é da natureza da equidade retificar a lei quando esta mostrar-se insuficiente para estabelecer a justiça em decorrência do seu caráter universal e da impossibilidade, por vezes, de ser aplicada a casos específicos. A equidade resgataria assim, o sentimento de justiça perante a lei, no sentido de que, se não for considerada em algumas situações, poderia originar uma injustiça.

A equidade em saúde pode ser visualizada e integrada a partir de dois campos distintos, que se articulam e se determinam mutuamente:

- ✓ o âmbito específico da saúde, cujas dimensões são mais facilmente observáveis e identificadas, tais como acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção e resultados de saúde; e
- ✓ o âmbito societário, onde se dão as condições de vida, trabalho, lazer, etc. Este campo é composto pelos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, onde se expressam as contradições de classe, gênero, raça e etnia que impactam a conformação do gradiente social e terminam por constituírem-se como determinantes da saúde.

Por sua relevância no campo da saúde, o tema da equidade está presente na visão, missão, valores e mandatos institucionais da OPAS/OMS.

Quando fazemos a abordagem dos efeitos das iniquidades, é importante compreender que existem profundos desequilíbrios gerados pelos sistemas de crenças e mecanismos de dominação que influenciam na forma como a sociedade se organiza que também se expressa nas relações de poder entre os diferentes grupos sociais. Portanto, devemos buscar evidenciar e agir sobre os processos intrínsecos que produzem e determinam essas iniquidades.

Adotar o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) pode contribuir para identificar e minimizar os principais obstáculos que repercutem negativamente na saúde.

Os determinantes sociais da saúde são definidos como “as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem. Inclui ainda outras forças e sistemas que impactam as condições de vida como os sistemas econômicos, programas, normas e políticas sociais e sistemas políticos, que se forem inequitativos, podem gerar diferenças importantes nos resultados em saúde e aprofundar as iniquidades. Fatores relacionados à economia, etnicidade, raça, normas culturais, renda, educação, ocupação são fatores estruturais e sociais que afetam as condições de vida das pessoas de maneira desproporcional e que se constituem como causas das iniquidades generalizadas e persistentes em saúde.

**Delinear eixos comuns incluindo classe social, situação socioeconômica, área geográfica, etnia, gênero entre outros determinantes, pode constituir-se como proposta efetiva para identificar, conceitualizar e medir as desigualdades, além de abordar as iniquidades em saúde.**

Dada a estreita relação entre a equidade em saúde e os determinantes da saúde, é essencial que seja adotado um enfoque integrador, sistêmico e participativo o que requer coordenação e governança refletindo o compromisso da comunidade internacional com a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ao observar os ODS é possível perceber claramente o compromisso com a erradicação da pobreza e da desigualdade.







# Capítulo 5

## Gênero e saúde

Como vimos anteriormente, para se promover a **equidade**, é preciso levar em consideração importantes **determinantes sociais da saúde**, tais como a situação socioeconômica, o nível de escolaridade, a localização geográfica, a raça/cor, a etnia e o **gênero**. Quando inter-relacionados, esses fatores podem agravar a discriminação, os riscos para a saúde e a falta de acesso aos recursos necessários para se alcançar resultados de saúde.



Segundo a OMS, **gênero** refere-se aos conceitos socialmente construídos sobre ser homem e ser mulher em cada sociedade. Nesse sentido, refere-se às **normas**, aos **papéis** e aos valores atribuídos a mulheres e homens e as relações que existem entre eles.

A maioria das pessoas nasce do sexo masculino ou feminino (sexo biológico) e aprende comportamentos apropriados para homens e mulheres (**normas de gênero**), especialmente, como elas devem interagir com outros membros do mesmo gênero ou do gênero oposto na família, nas comunidades e nos locais de trabalho (**relações de gênero**) e quais funções ou responsabilidades devem assumir na sociedade (**papéis de gênero**). O que se espera de um gênero para outro varia de uma cultura para outra e pode mudar com o tempo.




## Você sabia:

que o **feminicídio** significa o assassinato de uma mulher pela simples condição de ser mulher, motivado pelo ódio, o desprezo ou o sentimento de perda do controle e da propriedade sobre as mulheres? **Estima-se que uma mulher é morta de maneira violenta a cada hora e meia no país**<sup>14</sup>. A violência contra as mulheres é um grande problema de saúde pública e de violação de direitos humanos, e continua sendo um dos maiores desafios para o Brasil.

A **Lei n. 11.340**, de 7 de agosto de 2006, conhecida como **Lei Maria da Penha**, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Isso significa qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família, em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação e de orientação sexual.

A **Lei n. 13.104**, de 9 de março de 2015, conhecida como **Lei do Feminicídio**, prevê o feminicídio como circunstância qualificadora de crime de homicídio e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. O feminicídio é muito comum em sociedades marcadas pela associação de papéis discriminatórios ao feminino, como é o caso brasileiro.



Neste capítulo, serão apresentados os principais conceitos e ferramentas de gênero e como aplicá-los na busca pela promoção da igualdade de gênero, com vistas à promoção da equidade e dos direitos humanos, sempre considerando a perspectiva de etnicidade e raça, temas que serão apresentados no próximo capítulo.

<sup>14</sup> Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Rev Panam Salud Publica.* 2015; 37(4/5):251-7.





**Igualdade de gênero** refere-se à igualdade de oportunidades e acesso a recursos e serviços, para mulheres e homens de todas as idades, dentro das famílias, das comunidades e da sociedade de uma forma geral. Isso inclui benefícios iguais perante leis e políticas, bem como recursos, como poder decisório, educação, serviços sociais e assim por diante. Seu objetivo não é fazer com que mulheres e homens sejam iguais, mas garantir que mulheres e homens tenham as mesmas oportunidades de acesso e controle de bens, ferramentas e recursos socialmente valorizados – aos quais têm direito – e que se constituem como **direitos humanos fundamentais**.

A promoção da igualdade de gênero está nos mandatos do Sistema das Nações Unidas, da OMS e da OPAS, conforme normativas e marcos abaixo:

- ✓ *WHO Gender Policy - Integrating Gender Perspectives in the work of WHO (Política de Gênero da OMS) de 2002.*
- ✓ *Política de Igualdad de Género (CD46.R16/2005).*
- ✓ *Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (WHA 60.25/2007).*
- ✓ *UN-SWAP (Plano de Ação do Sistema das Nações Unidas sobre Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres), de 2012.<sup>15</sup>*

É muito importante entender que **gênero é um fator estruturante de iniquidades**, visto que as normas, os papéis e as relações de gênero são hierárquicos e, muitas vezes, privilegiam alguns grupos em detrimento de outros, resultando em relações de poder desiguais entre os gêneros. **Essas iniquidades de gênero impactam na saúde.**

A **equidade de gênero** em saúde significa a distribuição justa dos benefícios, do poder, dos recursos e das responsabilidades entre as mulheres e os homens. O conceito reconhece que entre homens e mulheres há diferenças sobre as necessidades em saúde, o acesso e o controle dos recursos, e que essas diferenças devem ser abordadas para corrigir os desequilíbrios entre os gêneros. Nesse sentido, a **iniquidade de gênero** em saúde se refere às desigualdades injustas, desnecessárias e preveníveis que existem entre as mulheres e os homens no estado de saúde, na atenção à saúde e na participação nos serviços de saúde.

<sup>15</sup> O UN-SWAP tem como objetivo implementar a política de igualdade de gênero da ONU por meio da atribuição de padrões comuns de desempenho para o trabalho relacionado a gênero de todas as organizações do Sistema ONU. Esse Plano de Ação visa garantir uma compreensão e responsabilização compartilhadas, uma autoavaliação sistemática, assim como maior coerência e prestação de contas sobre o tema. Diante desse marco, todas as organizações do sistema da ONU precisam adotar políticas sobre igualdade de gênero e empoderamento das mulheres.



## Você sabia:

que as tarefas domésticas e o cuidado de pessoas dependentes realizados de forma não remunerada recaem amplamente sobre as mulheres brasileiras? Em 2016, as mulheres de 14 anos ou mais despendiam nessas atividades em média 20,1 horas semanais – contra 11,1 horas semanais por parte dos homens<sup>16</sup>.

A **discriminação de gênero** diz respeito a qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em papéis e normas de gênero socialmente construídos, que impedem que uma pessoa goze ao máximo de seus direitos humanos.

Por isso, para compreender o tema de gênero em sua complexidade, é importante ampliar os conceitos para incluir outras **identidades de gênero**, uma vez que as normas, os relacionamentos e os papéis ligados ao gênero também influenciam os resultados de saúde de pessoas transexuais e travestis (transgêneros) ou intersexuais, que possuem uma identidade de gênero diferente da designada ao nascer (sexo biológico). Além disso, é importante reconhecer a existência de identidades que não se encaixam nas categorias binárias do gênero masculino ou feminino.

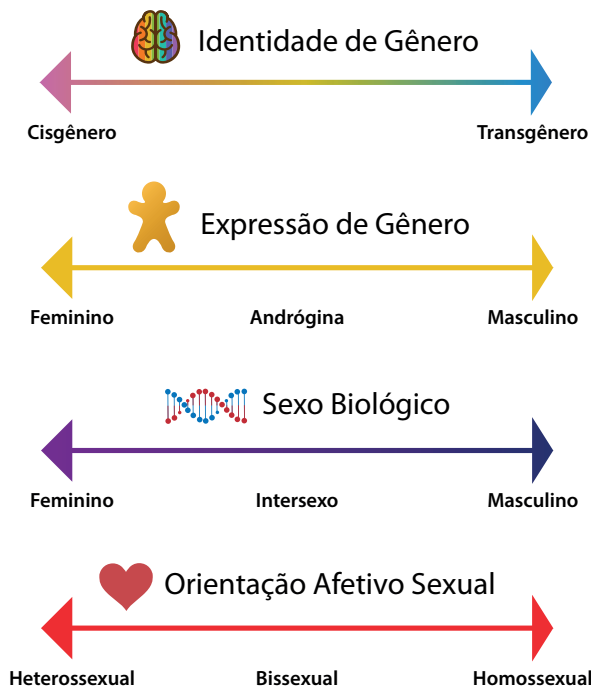
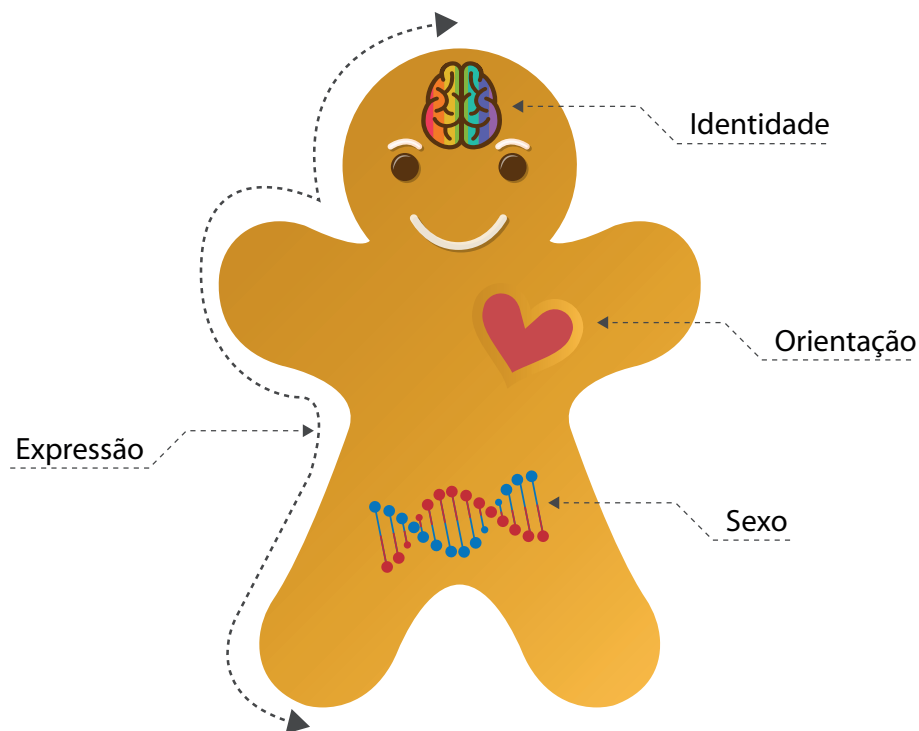
Para além das identidades de gênero, é importante compreender também a influência dessas normas, relacionamentos e papéis de gênero sobre as diferentes **orientações sexuais** (capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra pessoa independente de seu gênero), posto que os resultados de saúde também são diferentes para pessoas heterossexuais, homossexuais ou bissexuais.

Para entender sobre o tema identidades de gênero e orientação sexual, veja imagem e conceitos a seguir:

<sup>16</sup> IBGE. Estatísticas de Gênero – Indicadores sociais das mulheres no Brasil, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html?=&t=o-que-e>>.

## Biscoito de Gênero

Fonte: adaptado de The GenderBread Person v3.3, disponível em <http://itspronouncedmetrosexual.com>



### Identidade de gênero

é uma expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu sexo biológico.

### Mulheres transexuais

são mulheres que não se identificam com seu sexo biológico masculino nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos, podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero feminina de acordo com seu bem-estar biopsicossocial.



## Homens transexuais

são homens que não se identificam com seu sexo biológico feminino, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos, podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero masculina de acordo com seu bem-estar biopsicossocial. Podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais (ver orientação sexual).

## As travestis

se relacionam com o mundo no gênero feminino, no que diz respeito às aparências e formas assumidas por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações de silicone, tendo como característica marcante a mistura das características femininas e masculinas em um mesmo corpo. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino ou do feminino.

## Transgênero

é uma terminologia mais ampla utilizada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros. Inclui pessoas transexuais, travestis e outras cujas aparências e características são percebidas como atípicas e cujo senso de seu próprio gênero é diferente daquele que lhe foi designado no momento do seu nascimento. Cisgênero é um termo empregado para descrever as pessoas cujo senso de seu próprio gênero está alinhado com o sexo biológico, designado no momento do seu nascimento.

## Intersexuais

são pessoas que nascem com características sexuais físicas ou biológicas, como a anatomia sexual, os órgãos reprodutivos, os padrões hormonais e/ou cromossômicos, que não se encaixam nas definições típicas do gênero masculino ou feminino.



## Orientação sexual

é a capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra(s) pessoa(s). A orientação sexual pode ser **heterossexual** (pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do gênero oposto), **homossexual** (pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do mesmo gênero) ou **bissexual** (pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas de ambos os gêneros).

## Lésbicas

são mulheres (cisgêneras ou transgêneras) que se autointitulam (autorreconhecimento) com atração e/ou em relação emocional, afetiva ou sexual com pessoas do mesmo gênero.

## Gays

são homens (cisgêneros ou transgêneros) que se autointitulam (autorreconhecimento) com atração e/ou em relação emocional, afetiva ou sexual com pessoas do mesmo gênero.

## Expressão de gênero

modo pelo qual expressamos o gênero, que pode ser qualquer combinação do masculino, do feminino e do andrógino (apresenta características, traços ou comportamento imprecisos, entre masculino e feminino). O gênero de uma pessoa nem sempre está relacionado ao seu sexo biológico, à sua identidade de gênero ou à sua orientação sexual.



## Você sabia:

que o Brasil é o país onde mais ocorrem assassinatos de travestis e transexuais em todo o mundo? Segundo pesquisas, o assassinato é motivado pela identidade de gênero da vítima. A morte é ritualizada em vias públicas e os corpos são mutilados por inúmeras facadas e tiros<sup>17</sup>. A expectativa de vida desta população é de 35 anos de idade, enquanto a da população brasileira, em geral, é de 74,9 anos<sup>18</sup>.

A **LGBTifobia** é o medo, a aversão, ou ódio irracional a todas as pessoas que manifestem orientação sexual ou identidade/ expressão de gênero diferente dos padrões heteronormativos. Tem sido um conceito guarda-chuva, utilizado para descrever um variado leque de fenômenos sociais relacionados ao preconceito, à discriminação e à violência contra pessoas LGBTI, tais como a homofobia, a lesbofobia e a transfobia.

**Heteronormatividade** é a expressão utilizada para descrever ou identificar a norma social relacionada ao comportamento padronizado heterossexual. Reforça a ideia de que o padrão heterossexual de conduta é o único válido socialmente e é a base de argumentos discriminatórios contra a população LGBTI, principalmente os relacionados à formação de família e expressão pública.

A Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT**, ampliar seu acesso aos serviços de saúde, qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral a sua saúde, reconhecendo que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero e o preconceito institucional incidem na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado à população LGBT.

17 Brasil: País do Transfeminicídio. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio\\_Berenice\\_Bento.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf)>.

18 Mapa dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. Disponível em: <<https://antrabrazil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>>.



Todos esses conceitos e temas expostos acima expressam a importância da incorporação da perspectiva de gênero para se promover a igualdade de gênero em saúde.

Incorporar a perspectiva de gênero significa realizar ações que promovam a equidade de gênero, ou seja, que considerem as diferenças e desigualdades entre os gêneros, incidindo também sobre as vulnerabilidades em saúde a que estão expostas a população negra, indígena, quilombola, de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais (LGBTI), do campo e da cidade, de povos e comunidades tradicionais, em qualquer ação planejada para as políticas e programas, em qualquer setor e em todas as esferas de gestão. Isso inclui iniciativas afirmativas dirigidas à diversidade da população, na busca pela igualdade de condições para exercerem plenamente seus direitos e seu potencial para estarem saudáveis, contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde e poderem beneficiar-se de seus resultados:

*"Diversidade ... significa reconhecer que homens e mulheres não constituem grupos homogêneos ... para atender às necessidades de gênero e saúde, temos de ter em conta, idade, status socioeconômico, educação, raça, etnia e cultura, orientação sexual, capacidade e localização geográfica ...".*

**(Política de Igualdade de Gênero, 2005)**



**Igualdade de gênero em saúde** implica que mulheres e homens tenham as mesmas oportunidades e condições de realizar todos os seus direitos e potencial para serem saudáveis, de contribuir para o desenvolvimento da saúde e de serem beneficiados pelos seus resultados.



## Como aplicar a perspectiva de gênero?

A partir dessas considerações, é importante entender que a **análise de gênero** em saúde é o **primeiro passo** na direção da **transversalização** do tema com vistas **à incorporação da perspectiva de gênero**. Ela permite examinar como fatores biológicos e socioculturais interagem e influenciam o estado de saúde e o acesso às ações e aos serviços de saúde.

A **transversalização de gênero** é tanto um processo como uma estratégia, que avalia as implicações de gênero para qualquer ação planejada, tendo como objetivo final alcançar a igualdade de gênero.

A transversalização de gênero em um programa ou projeto se dá pelo uso de **ferramentas de análise de gênero da OMS**, tais como as seguintes.

**Perguntas para Análises de Gênero (GAQ – Gender Analysis Questions):** apresenta uma série de perguntas que devem ser feitas tanto para elaboração de um programa ou projeto como para a inclusão da perspectiva de gênero em um programa ou projeto em andamento (pergunta onde, como e por que os diferentes gêneros são afetados de maneiras diferentes). O objetivo das perguntas é questionar as causas de doenças e enfermidades e lançar luz sobre fatores de risco e vulnerabilidades que afetam os diferentes gêneros e identidades de gênero. Fazendo perguntas, pode-se examinar mais profundamente o que normalmente não é questionado, como pressupostos relacionados a papéis, normas e relações de gênero.

**Matriz de análise de gênero (GAM – Gender Analysis Matrix):** ferramenta que enfoca fatores inter-relacionados para realizar uma análise de gênero de diversos problemas de saúde. A matriz é uma estrutura útil para organizar informações adquiridas quando se utiliza as “Perguntas para Análises de Gênero” para examinar como considerações relacionadas ao gênero impactam considerações relacionadas à saúde. Ambas as ferramentas permitem que se aprofunde a análise para identificar respostas para questões de gênero e saúde.

**Escala de avaliação da responsividade de gênero (GRAS – Gender Responsive Assessment Scale):** permite avaliar os programas e políticas por meio de cinco classificações, ou tipos de abordagens, que formam um quadro para determinar onde e como as questões de gênero estão sendo abordadas: Nível V – Transformador de gênero (envolve ações destinadas a transformar normas, papéis e relações de gênero prejudiciais e promover a alteração de relações de poder existentes, com a participação ativa dos grupos diretamente afetados); Nível IV – Específico de gênero (baseia-se no reconhecimento das normas, papéis e relações de gênero para beneficiar um grupo específico com o objetivo de atingir determinados objetivos ou satisfazer necessidades específicas de forma mais eficaz); Nível III – Sensível ao gênero (leva em conta normas, papéis e relações de gênero, mas não necessariamente adota medidas para corrigir as possíveis desigualdades geradas por eles); Nível II – Insensível ao gênero (ignora normas, papéis e relações de gênero e pode reforçar a discriminação de gênero, se valendo do princípio de justiça para tratar todos e todas da mesma maneira); Nível I – Desigual em termos de gênero (perpetua desigualdades de gênero ao reforçar normas, papéis e relações desequilibradas entre os gêneros).

**Ferramenta de avaliação de gênero (GAT – Gender Assessment Tool):** utiliza-se da “Escala de avaliação da responsividade de gênero” para avaliar os programas e políticas e determinar até que ponto eles são responsivos às questões de gênero. Permite avaliar uma etapa específica da implementação do programa e indica onde é possível melhorar a responsividade do trabalho no que se refere às questões de gênero. Abaixo, apresenta-se um grupo de perguntas utilizadas para classificar os programas ou políticas.

1. A visão, os objetivos ou os princípios do programa ou da política estabelecem um compromisso explícito com a promoção e o alcance da igualdade de gênero?
2. A política, ou o programa, capta claramente a diferença entre sexo e gênero?



3. A política, ou o programa, inclui gênero como critério de seleção da população-alvo?
4. Foram adotadas medidas para garantir que ambos gêneros (incluindo suas diferentes identidades de gênero e orientações sexuais) participem das fases de desenho, implementação, monitoramento e avaliação do programa ou da política?
5. A política, ou o programa, considera as condições de vida e as oportunidades de ambos gêneros, considerando, inclusive, as diferentes identidades de gênero e orientações sexuais?
6. A política, ou o programa, considera e inclui as necessidades práticas e estratégicas do gênero feminino ou em situação de maior vulnerabilidade em saúde?

Todas essas ferramentas e estruturas da análise de gênero<sup>19</sup> foram concebidas para ajudar a compreender e tomar medidas concretas em relação às questões de gênero e saúde. Em última análise, permitirão que se desenvolvam respostas adequadas que satisfaçam às necessidades de saúde de diferentes grupos, em diferentes situações de vulnerabilidades, com vistas à promoção da igualdade de gênero.

Abaixo, sugerimos a leitura de dois estudos de casos baseados em relatos reais, que apresentam como se apropriar do tema de gênero pode fazer a diferença no ambiente de trabalho e na cooperação técnica.

<sup>19</sup> Todas as ferramentas de análise de gênero da OMS foram traduzidas ao português e podem ser acessadas na pasta compartilhada do GTA: Biblioteca de Gênero. Disponível (em inglês): <[http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health\\_managers\\_guide/en/](http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/)>.

## As manifestações rotineiras do machismo no ambiente de trabalho

Há dois meses, a Dra. J. F. L. estava participando de uma Mesa na Conferência Internacional de Aids, o maior e mais importante fórum global sobre a epidemia. O grupo de debatedores do Painel era formado por cinco doutores e pesquisadores muito conhecidos, dos quais quatro eram homens e uma mulher. O moderador do evento também era uma referência para o tema.

Além da Dra. J. F. L. não ter conseguido falar o mesmo tempo que os doutores presentes no Painel, nos últimos 20 a 30 minutos de uma discussão de 90 minutos, o moderador finalmente levou a conversa para o seu campo de expertise. Nesse momento, ele pediu que a Dra. J. F. L. descrevesse a pesquisa inovadora que ela vem desenvolvendo na universidade. A Dra. iniciou sua explicação, mas foi interrompida por ele, alguns minutos depois ao lhe dizer: “Dra., sei que você pode falar sobre isso melhor que ninguém, mas, neste caso, é muito importante dizer também que...”. Nesse momento, sem deixá-la continuar, procedeu a descrever suas teorias em detalhe. Ela tentava retomar sua explicação, mas era interrompida constantemente por ele e os demais doutores, que dominaram o debate por vários minutos. Em sua última pergunta, Dra. J. F. L. já iniciou sua resposta rindo, porque o moderador havia passado todo o tempo respondendo às suas próprias perguntas.

Fonte: “Deixe-a falar!”: O apelo ao moderador por interromper única mulher em painel de Física (adaptado). Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/06/08/ciencia/1496936040\\_826575.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/06/08/ciencia/1496936040_826575.html)

É muito comum, em reuniões de trabalho, que as pessoas do gênero masculino se dirijam as pessoas do gênero feminino com frases aproximadas as que se seguem: “Sim, Dra., sei que você pode falar sobre isso melhor que ninguém, mas é que o conceito correto sobre isso é” ou “Acho que essa pergunta tem bastante a ver com a área da Dra., mas eu queria trazer outra informação importante”<sup>20</sup>.

Você já passou ou viu alguma situação similar em reuniões das quais participou? Consegue admitir que já agiu assim com pessoas do gênero feminino? Talvez você não tenha percebido que sofreu (ou agiu assim) de forma tão explícita

<sup>20</sup> Fonte: <<https://thinkolga.com/2015/04/09/o-machismo-tambem-mora-nos-detalhes/>> (adaptado).



no seu cotidiano. Mas essa é uma prática muito comum, conhecida como *manterrupting*, que, em tradução livre, significa “homens que interrompem”. É um comportamento que acontece com muita frequência em reuniões de trabalho que têm a participação de ambos gêneros, quando as mulheres não conseguem concluir suas frases por serem constantemente interrompidas, de maneira desnecessária, pelos homens ao redor.

A consideração da perspectiva de gênero nos mostra que esses comportamentos são resultados do machismo (conjunto de crenças, atitudes e comportamentos que expressam a superioridade das características atribuídas ao gênero masculino em detrimento do gênero feminino) que se origina em uma sociedade patriarcal (regida pela dominação masculina que se apresenta sob a forma de estruturas de poder, como, por exemplo, a presença hegemônica de homens em posições de poder, autoridade moral, privilégio social e controle das propriedades).

Por isso, é preciso refletir sobre as sutilezas das atitudes que geram discriminação de gênero (ou seja, qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em normas, relações e papéis de gênero socialmente construídos) para contribuirmos, no âmbito privado, social ou profissional, para reconhecer e atuar para transformar essas normas, papéis e relações de gênero prejudiciais e promover a alteração de relações de poder. E, como exercício diário, ambos gêneros precisam estar atentos a este e outros comportamentos, principalmente no ambiente de trabalho (mas não só neste), de forma a contribuírem, conjuntamente, para evitá-los.



## A importância da apropriação de temas específicos de gênero para a qualificação da cooperação técnica

B. V. foi ao serviço de saúde no SUS em busca de atendimento ginecológico. Ele é um homem transexual que já fez algumas alterações corporais, tais como hormonização (por conta própria e de forma clandestina) e retirada da mama (realizada em consultório particular). Recentemente, ele havia conseguido a alteração do nome e do sexo nos documentos de registro civil, hoje realizada em cartórios por determinação do Conselho Nacional de Justiça (antes, homens trans, como ele, tinham que recorrer à justiça para alteração do nome e, principalmente, do sexo registrado no nascimento, quando já vivem socialmente há anos no gênero masculino).

Para ir ao ginecologista, B. V. pediu que uma amiga do gênero feminino lhe acompanhasse e marcasse consulta, para evitar constrangimentos na sala de espera do consultório. Entretanto, o médico que recebeu B. V. disse, categoricamente, que não poderia lhe atender, porque, além de não se considerar preparado para acolher um homem com órgãos sexuais femininos, o serviço não seria pago pelo procedimento. Ele pediu que B. V. saísse de seu consultório.

B. V. voltou para casa frustrado, com bastante incômodo causado pelos sintomas e com a sensação não ter lugar para ele nos serviços de saúde, que deveriam garantir atendimento integral a todos e todas de forma igualitária, equânime e universal.

Fonte: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2013/09/estabelecidas-novas-regras-de-controle-para-pagamento-de-internacoes-pelo-sus> (adaptado)

A situação fictícia acima é baseada em diversos relatos do sofrimento dos homens transexuais ao buscar acesso nos serviços de saúde do SUS. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (órtese, prótese e materiais), que trata especificamente dos procedimentos disponíveis para o sexo masculino e dos procedimentos disponíveis para o sexo feminino, não permite, por exemplo, a coleta de material para o exame citopatológico de colo uterino (conhecido como Papanicolau) de uma pessoa que possui em seu registro o sexo masculino. Essa é a realidade não só de homens transexuais, mas também de mulheres

transexuais, travestis e intersexuais. Nesse sentido, considerar as especificidades da perspectiva de gênero pode qualificar a cooperação técnica, permitindo aprofundar temas referentes a populações normalmente invisibilizadas nas políticas públicas, de forma a não deixar ninguém para trás na busca pela cobertura e o acesso à saúde universal.

## Referências:

WHO. Gender Policy - Integrating Gender Perspectives in the work of WHO. World Health Organization: 2002.

OPS/OMS. Política de Igualdad de Género. Organización Panamericana de la Salud: 2005.

WHO. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. World Health Organization: 2007.

OPAS/OMS. Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS no Brasil: 2009.

WHO. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. World Health Organization: 2011.

OPAS/OMS. Curso Virtual de Autoaprendizagem “Gênero e Saúde: Conhecimento, Análise e Ação”. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS no Brasil: 2017.

ONU Livres & Iguais. Escritório das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Disponível em: <<https://www.unfe.org/pt-pt/>>.







# Etnicidade e raça e saúde

Neste capítulo, de maneira similar aos anteriores, nos quais se discutiu abordagens com vistas a promover os direitos humanos, igualdade de gênero e maior equidade em saúde, vamos explorar um pouco como a etnicidade e a raça são fatores que determinam as condições de saúde em uma sociedade e quais são os compromissos da OPAS/OMS para enfrentar essas questões.

A Região das Américas se caracteriza por ser multiétnica e multicultural, onde coexistem povos indígenas, população negra, ciganos/romanis e membros de outros grupos étnicos. Isso implica reconhecer distintas realidades e necessidades em termos de saúde. Muitas vezes, esses grupos enfrentam múltiplas formas de discriminação e de exclusão, altos níveis de pobreza e violência e a negação de seus direitos individuais e coletivos.

Segundo dados da PNAD, em 2016<sup>33</sup>, a população negra correspondia a 54,9% (sendo 46,7% de pardos e 8,2% de pretos), a população branca (44,2%) e os indígenas representavam em torno de 0,5%, em um total estimado em 205,5 milhões de pessoas (IBGE, 2017).

No Brasil, embora a formação do povo brasileiro tenha como característica a pluralidade étnico-racial, por trás dessa idealização de um país miscigenado e de uma suposta democracia racial, se esconde uma realidade violenta e racista com a hegemonia da população branca, em um país predominante negro, no qual quanto mais perto um indivíduo estiver da “matriz branca”, maiores são suas chances de inclusão social<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Dados da PNAD-C publicada pelo IBGE em 24/11/2017.

<sup>34</sup> Sociólogo Ronaldo Sales, da Fundação Joaquim Nabuco: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2007/agosto-2007/miscigenacao-nao-leva-a-democracia-racial-diz-sociologo>>.

Essa afirmação encontra amparo em dados do IBGE e do IPEA, que demonstram que, no país, negras e negros enfrentam as piores condições de vida; menores níveis de acesso a serviços, políticas e recursos; menor participação e representação em espaços de decisão; e possuem os piores indicadores socioeconômicos, entre eles os relacionados a saúde. Situação semelhante à identificada entre os povos indígenas e ciganos/romanis.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é composto por três dimensões: longevidade, educação e renda. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) permite captar situação de desenvolvimento humano de estados e municípios, a partir de uma adaptação do IDH calculado para países.

Em 2010<sup>35</sup>, o IDHM do Brasil foi de 0,727, na faixa de alto desenvolvimento humano. Considerando a questão racial, o IDHM desagregado em relação aos brancos (0,777) ainda é superior em comparação aos negros (0,679), que somente em 2010 se equiparou ao IDHM dos brancos em 2000 (0,675 para brancos e 0,530 para negros).

De acordo com Relatório de Desenvolvimento Humano Brasil 2005<sup>36</sup>, em 2000, a população branca do Brasil representava um IDH alto, em 44<sup>a</sup> posição no ranking das nações; enquanto a população negra teria IDH médio, na 105<sup>a</sup> posição.

35 De acordo com: PNUD, IPEA, FJP. *Desenvolvimento Humano para além das médias*, 2017. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/desenvolvimento-alem-das-medias.pdf>>.

36 De acordo com: PNUD, *Relatório de Desenvolvimento Humano 2005: racismo, pobreza e violência*. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/rdhs-brasil/relatorio-do-desenvolvimento-humano-2000141.html>>.

## **Etnicidade e Raça: Compreendendo os conceitos**

A etnia e/ou etnicidade é um conceito inteiramente social, que diferencia os grupos entre si a partir de características comuns. Faz referência às práticas culturais, língua, história ou ascendência. De acordo com Bobbio (2000), falar a mesma língua, estar radicado no mesmo ambiente humano e no mesmo território, possuir as mesmas tradições são fatores que constituem a base fundamental das relações ordinárias da vida cotidiana. Essas relações sociais, que derivam do fato de pertencer a uma mesma etnia, criam interesses coletivos e vínculos de solidariedade caracteristicamente comunitários. As pessoas pertencentes a um determinado grupo étnico se veem como diferentes de outros grupos sociais, e são, igualmente, percebidas pelos demais. Não é a diferença cultural que está na origem da etnicidade, mas é a comunicação cultural que sugere a ideia de diferença.

No Brasil, o atributo raça/cor é utilizado na classificação étnico-racial dos grupos populacionais, sendo aplicado na realização dos censos nacionais, inquéritos, pesquisas por amostragem e nos sistemas nacionais de informação. Esse atributo, quando utilizado na análise de indicadores socioeconômicos e sanitários, evidencia que a questão étnico-racial está intrinsecamente relacionada às situações de violação de direitos, de discriminação, de produção de iniquidades e de vulnerabilidades sociais.

É importante ressaltar que a incorporação desse atributo aos mecanismos de coleta e análise de dados significou um importante passo para evidenciar a situação de saúde e os determinantes sociais dos povos indígenas e da população negra. No entanto, ainda não foi capaz de visibilizar a situação de outros grupos étnicos tais como os ciganos/romanis.



Dados desagregados e de qualidade são fundamentais para gerar evidências sobre desigualdades e iniquidades étnico-raciais em saúde para tomada de decisões políticas.

No Brasil, sete em cada dez pessoas assassinadas são negras. De 2005 a 2015, enquanto a taxa de homicídios por 100 mil habitantes teve uma redução de 12,2% para os não-negros, entre os negros houve aumento de 18,2%. As mulheres negras representam 65% das vítimas de homicídio do sexo feminino; entre 2005 e 2015, homicídios de mulheres negras cresceram 22%, ao passo que de mulheres não-negras reduziram 7,4%.<sup>25</sup>

O risco de um jovem negro ser vítima de homicídio no Brasil é 2,7 vezes maior que o de um jovem branco<sup>26</sup>. A discriminação no sistema público de saúde é mais sentida por negros do que brancos.<sup>27</sup>

As mulheres negras recebem analgesia no trabalho de parto com menor frequência do que as brancas; assim como procedimentos obrigatórios para consulta pré-natal são menos realizados para mulheres negras do que para brancas; mulheres negras recebem menos informações sobre gravidez e parto nos serviços de saúde do que as brancas; mulheres indígenas têm mais frequentemente a partos prematuros<sup>28 29</sup>. Além disso, mulheres negras, em geral, têm acesso a um menor número de consultas pré-natal do que as mulheres brancas, e são maioria entre aquelas que não têm acesso sequer a uma consulta deste tipo<sup>30</sup>.

25 De acordo com Fórum Brasileiro de Segurança Pública, *Um retrato da violência contra negros e Negras no Brasil*. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/11/infografico-consciencia-negra-FINAL.pdf>>.

26 Fonte: IPEA/FBSP. *Atlas da Violência*. 2018.

27 Fonte: Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2015*. Brancos: 9,5% saem da unidade hospitalar com o sentimento de discriminação. Negros: pretos (11,9%) e pardos (11,4%).

28 Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. *Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001*. *Revista de Saúde Pública*. 2005. 39(1): 100-107.

29 Rodrigues QP. *Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

30 Paixão M et al. (Orgs.). *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010*. Rio de Janeiro: Garamond; LAESER; IE/UFRJ, 2010.



## Você sabia:

Perfilamento racial (“racial profiling”) é uso da raça como critério na tomada de decisão oficial ou governamental. A aplicação mais comum desse conceito se dá nas abordagens policiais, quando a raça é utilizada inadequadamente como um critério na abordagem. Denota a prática de mirar ou abordar um indivíduo baseado principalmente em sua raça.

A raça é um sistema de classificação que distingue a humanidade em grupos populacionais a partir de características fenotípicas, tais como a cor da pele e dos olhos, formato da boca e nariz, tipo de cabelo, entre outros.

Ao longo da história, o conceito de raça buscou sustentação em diversas teorias sociais, as quais não só estabeleceram critérios de classificação dos grupos populacionais a partir de suas características físicas e biológicas, como legitimaram sistemas de hierarquização e dominação baseados na crença de superioridade de determinados grupos em relação a outros.

No Brasil, o processo de escravização dos indígenas e negros africanos é a melhor ilustração do funcionamento de um sistema de dominação baseado na categorização étnico-racial, tendo a cor da pele como principal critério de classificação e hierarquização. Pois, de acordo com o gradiente de concentração de melanina, foram atribuídos qualidades e valores morais, de modo que, quanto mais branca a pessoa fosse, mais qualidades positivas e virtudes possuiria, em oposição às pessoas de pele mais escura. Foi com base nesse sistema de crença de suposta superioridade dos brancos em relação aos indígenas e negros que se constituiu a sociedade brasileira, consolidando o que chamamos de **racismo**.

Atualmente, a palavra raça é compreendida como o resultado de uma construção social e utilizada como categoria de análise de mecanismos de dominação e



exclusão de grupos populacionais e como um importante determinante das iniquidades em saúde. Essa também é a compreensão adotada por este guia.

## Racismo

Diante do que foi exposto, considera-se que um dos pontos mais importantes para se compreender e agir para reduzir as iniquidades de origem étnico-raciais é enfrentar o racismo.

Racismo é uma ideologia que se estabelece nas relações entre pessoas e grupos, seja na construção de políticas públicas, nas estruturas de governo e até mesmo na forma de organização dos Estados e de suas instituições. Tem como pressuposto a existência de uma relação de hierarquia e/ou superioridade entre determinados grupos populacionais em função de suas características físicas hereditárias.

Como um fenômeno complexo, penetra e participa da cultura, da política e da ética, utilizando-se de uma série de instrumentos e mecanismos, muitas vezes sutis e sofisticados, com o objetivo de manter e perpetuar privilégios e hegemonias de grupos dominantes. Nesse sentido, Jones<sup>33</sup> analisa o racismo como um sistema que se operacionaliza e pode ser analisado a partir de três dimensões: a pessoal ou internalizada; a interpessoal; e a institucional.

**Dimensão pessoal ou internalizada:** se relaciona com a incorporação da ideologia, valores e padrões associados ao grupo hegemônico por parte de indivíduos ou grupos estigmatizados, influenciando em sentimentos e condutas relacionadas a si próprio ou ao outro. Se expressa na autopercepção negativa, na negação de aspectos culturais próprios, na valorização de características, símbolos e valores do grupo hegemônico, na naturalização e resignação diante de situações de iniquidades e de violação de direitos. Essa internalização do racismo é reforçada a partir de mecanismos institucionalizados de reprodução da ideologia hegemônica, a exemplo da mídia e do sistema educacional.

<sup>33</sup> Jones CP. *Confronting institutionalized racism*. *Phylon*. Atlanta, 2002; 50(1): 7-22.



● **Situações para reflexão:** pessoas negras que incorporam o ideal de beleza do fenótipo branco, buscando o clareamento da pele, o alisamento dos cabelos, cirurgia para modificação do nariz etc. Pessoas indígenas que atribuem nomes ocidentais visando inclusão/aceitação entre “os brancos”. Ciganos/romanis que evitam utilizar adereços e trajes tradicionais com medo de serem discriminados.

● **Como enfrentar:**

Nessa perspectiva, buscar ou munir as pessoas de informações sobre o racismo e formas de enfrentamento, participar ou incentivar a participação em grupos de apoio e coletivos de valorização de sua origem e cultura visando o enfrentamento do racismo são excelentes maneiras de promover o empoderamento pessoal, para o reconhecimento e desenvolvimento de atitudes não passivas diante de situações de discriminação ou racismo.

**Evite utilizar as seguintes expressões**

*“Cor de pele”*

Aprende-se desde criança que “cor de pele” é aquele lápis meio rosado, meio bege. Mas é evidente que o tom não representa a pele de todas as pessoas, principalmente em um país como o Brasil. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2014, realizada pelo IBGE, 53% dos brasileiros se declararam pardos ou negros.

*“Mulata”*

Na língua espanhola, referia-se ao filhote macho do cruzamento de cavalo com jumenta ou de jumento com égua. A enorme carga pejorativa é ainda maior quando se diz “mulata tipo exportação”, reiterando a visão do corpo da mulher negra como mercadoria. A palavra remete à ideia de sedução, sensualidade.

*“Cor do pecado”*

Utilizada como elogio, se associa ao imaginário da mulher negra sensualizada. A ideia de pecado também é ainda mais negativa em uma sociedade pautada na religião, como a brasileira.

*“Samba do crioulo doido”*

Título do samba que satirizava o ensino de História do Brasil nas escolas do país nos tempos da ditadura, composto por Sérgio Porto (ele assinava com o pseudônimo de Stanislaw Ponte Preta). No entanto, a expressão debochada, que significa confusão ou trapalhada, reafirma um estereótipo e a discriminação aos negros.

*“Ter um pé na cozinha”*

Forma racista de falar de uma pessoa com origem negra. Infeliz recordação do período da escravidão em que o único lugar permitido às mulheres negras era a cozinha da casa grande. Uma realidade ainda longe de mudar no Brasil.

*“Moreno(a)”*

Racistas acreditam que chamar alguém de negro é ofensivo. Falar de outra forma, como “morena” ou “mulata”, embranquecendo a pessoa, “amenizaria” o “incômodo”.

*“Negro(a) de traços finos”*

A mesma lógica do clareamento se aplica à “beleza exótica”, tratando o que está fora da estética branca e europeia como incomum.

*“Cabelo ruim”*

Fios “rebeldes”, “cabelo duro”, “carapinha”, “mafuá”, “piaçava”, e outros tantos derivados, depreciam o cabelo afro. Por vários séculos, causaram a negação do próprio corpo e a baixa autoestima entre as mulheres negras sem o “desejado” cabelo liso. Nem é preciso dizer o quanto as indústrias de cosméticos, muitas originárias de países europeus, se beneficiaram do padrão de beleza que excluía os negros.

*“Não sou tuas negas”*

A mulher negra como “qualquer uma” ou “de todo mundo” indica a forma como a sociedade a percebe: alguém com quem se pode fazer tudo. Escravas negras eram literalmente propriedade dos homens brancos e utilizadas para satisfazer desejos sexuais, em um tempo no qual assédios e estupros eram ainda mais recorrentes. Portanto, além de profundamente racista, o termo é carregado de machismo.



*“Denegrir”*

Sinônimo de difamar, possui na raiz o significado de “tornar negro”, como algo maldoso e ofensivo, “manchando” uma reputação antes “limpa”.

*“A coisa tá preta”*

A fala racista se reflete na associação entre “preto” e uma situação desconfortável, desagradável, difícil, perigosa.

*“Serviço de preto”*

Mais uma vez a palavra preto aparece como algo ruim. Dessa vez, representa uma tarefa malfeita, realizada de forma errada, em uma associação racista ao trabalho que seria realizado pelo negro.

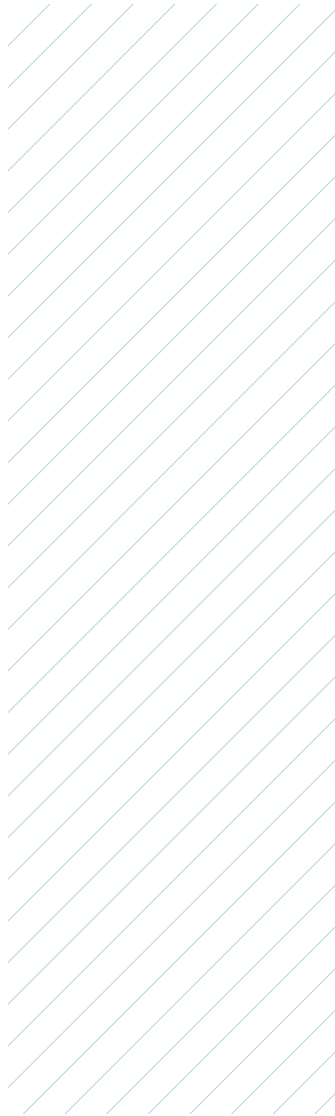
Existem ainda aquelas expressões que são utilizadas com tanta naturalidade que muita gente sequer percebe a conotação negativa que tem para o negro. Por exemplo: “Mercado negro”, “magia negra”, “lista negra” e “ovelha negra”.

Entre outras inúmeras expressões em que a palavra “negro” representa algo pejorativo, prejudicial, ilegal.

*“Inveja branca”*

A ideia do branco como algo positivo é impregnada na expressão que reforça, ao mesmo tempo, a associação entre preto e comportamentos negativos.

Fonte: <https://www.geledes.org.br/18-expressoes-racistas-que-voce-usa-sem-saber/>



● **DIMENSÃO INTERPESSOAL:** esta dimensão é permeada tanto por elementos da dimensão pessoal quanto institucional, pois a relação entre as pessoas geralmente é modulada tanto por suas experiências individuais quanto pelo ambiente com o qual interagem. O racismo se manifesta a partir do preconceito e da discriminação racial, compreendendo, nesse contexto, o preconceito como uma presunção ou opinião pré-formada sobre indivíduos ou grupos a partir de sua aparência ou origem étnico-racial. A discriminação é o preconceito em ação. É a atribuição (ou a omissão) de tratamento e de oportunidades diferenciadas com base na origem ou características étnicas, raciais e culturais. Ambos podem ocorrer de modo intencional ou não.

● **Situações para reflexão:** a exotização e infantilização de indígenas associada à presunção de incapacidade intelectual. A atitude de desconfiança com relação aos indivíduos pertencentes à população cigana/romani em função da associação com o estereótipo de pessoas excêntricas e pouco confiáveis, dentre outros. A perseguição e demonização de integrantes das religiões de matriz africana.

● **Como enfrentar:**

O **respeito mútuo** é uma premissa fundamental nas relações humanas, incluindo o respeito às diferenças sejam elas de raça, cor, etnia, origem, opinião, religião etc. Ele é a base para o desenvolvimento de uma **atitude empática** e de **abertura ao diálogo**, as quais são importantes ferramentas para eliminação de ideias preconcebidas nas relações interpessoais. Além disso, conviver com pessoas de diferentes culturas e origens pode ser uma experiência enriquecedora, tanto pessoal quanto profissional.

**Observar os conteúdos** de falas, comentários, brincadeiras e piadas é uma medida importante, pois, algumas vezes, intencionalmente ou não, podem estar carregadas de preconceitos e racismo. Diante de uma situação de desrespeito ou de discriminação, é importante **acolher e orientar a pessoa** que se sentiu ofendida



e **contextualizar** e informar a que promoveu a situação. E, em casos de racismo, **estimular a denúncia ou denunciar**. Vale lembrar que racismo é crime!

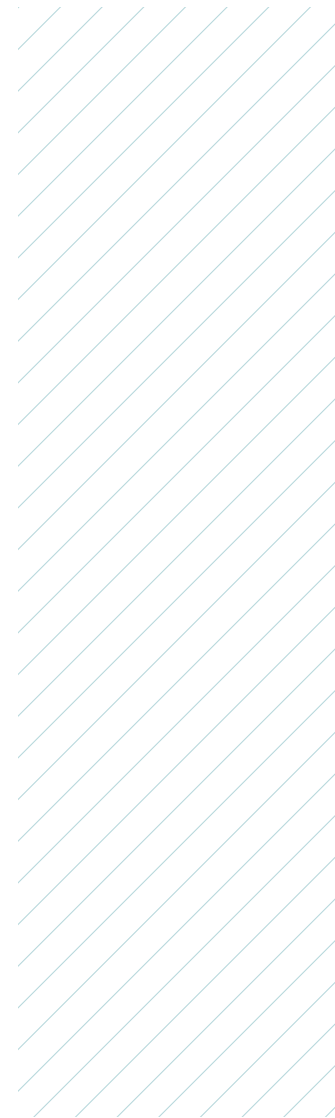


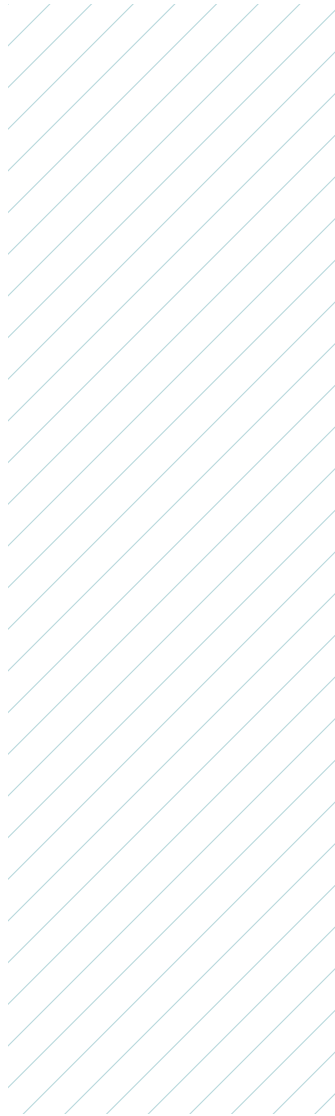
**Fica a dica:** rever (pré)conceitos e atitudes é um ótimo começo para assumir um posicionamento para o enfrentamento do racismo.

**DIMENSÃO INSTITUCIONAL:** o Racismo Institucional se manifesta a partir da diferenciação do tratamento dado para indivíduos ou grupos populacionais no acesso a bens, serviços e oportunidades, em função de suas características étnico-raciais. De caráter estrutural, o Racismo Institucional encontra sustentação em leis, normas, práticas e políticas públicas, que têm como objetivo ou efeito a exclusão seletiva e sistemática dos grupos não hegemônicos e a manutenção do sistema ideológico de hierarquização racial.

O racismo institucional é o fracasso das instituições e das organizações em promover serviço profissional e adequado às pessoas, em decorrência de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho (PNUD, 2006). **O racismo institucional produz muito mais que falta de acesso e acesso de menor qualidade aos serviços e direitos, mas sim a perpetuação de uma condição estruturante de desigualdade em nossa sociedade.**

**Situações para reflexão:** ocorrências de negligência e de violência obstétrica nos serviços de saúde são mais frequentes entre as mulheres negras. Em relação às mulheres brancas, elas são as que esperam por mais tempo para serem atendidas, têm menor tempo de consulta e são submetidas a procedimentos dolorosos sem anestesia, o que aumenta o risco de morte materna (60% das mortes maternas por causas evitáveis ocorrem entre as mulheres negras). Fatos semelhantes são encontrados entre mulheres indígenas que buscam os serviços de saúde, onde





o racismo se expressa na estigmatização e na negação e despreparo para lidar com as especificidades culturais, incluindo a língua e aspectos relacionados à sexualidade e ao parto.

#### ● Como enfrentar:

Considerando o caráter estrutural do Racismo Institucional, as ações desenvolvidas nessa dimensão são as que possuem maior potencial para produzir **mudanças profundas e permanentes** nas instituições e, conseqüentemente, na sociedade. De modo geral, essas ações devem **promover acesso** equânime a bens, serviços e oportunidades, assim como **assegurar maior participação e representação** nos espaços de poder. Assim, **o reconhecimento do Racismo Institucional como uma barreira ou fator de iniquidades** é o primeiro passo para o seu enfrentamento por organizações e instituições, sejam elas de caráter público ou privado.

Nesse sentido, é fundamental que sejam **definidas normas e políticas institucionais precisas que se comprometam com o combate a qualquer forma de discriminação racial** e promovam ações **que visem o acesso e a inclusão** de indivíduos pertencentes a grupos historicamente excluídos, tanto no que se refere à composição do quadro funcional quanto em relação aos serviços oferecidos pela empresa, organização ou instituição. Outro aspecto relevante é **viabilizar a participação e a representação desses indivíduos/grupos nos espaços de poder e de tomada de decisões**, para que possuam o seu próprio lugar de fala.

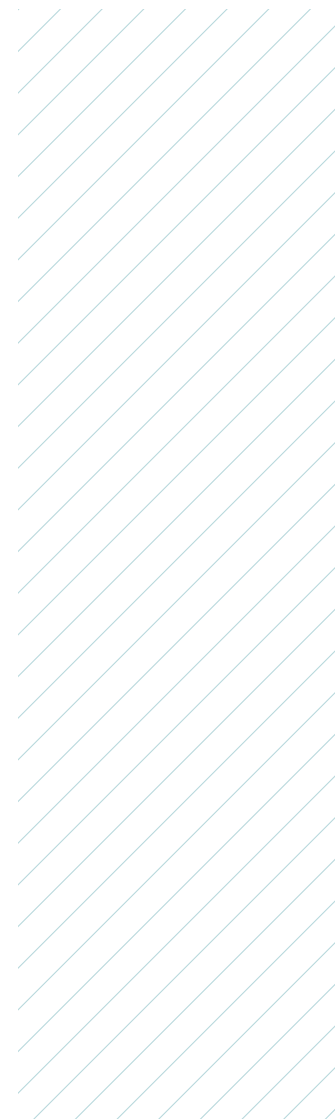
Para disseminação do posicionamento institucional de enfrentamento ao racismo e para a implementação de medidas com esse objetivo, também é preciso investir em uma **comunicação coerente e eficaz**, externa e internamente; **promover capacitações** sobre o tema para o quadro profissional, em especial para as novas contratações e **definir indicadores que possibilitem o monitoramento do progresso das ações**.

**A promoção de um ambiente institucional que valoriza a diversidade étnico-racial e cultural** apresenta vantagens que vão desde o aumento da produtividade, pois a diversidade aumenta o potencial criativo e de resolução de problemas, ao fortalecimento da imagem social da organização diante de seus trabalhadores e trabalhadoras, fornecedores e fornecedoras e sociedade em geral, ao comunicar e demonstrar o seu compromisso com o combate à discriminação racial e o racismo.

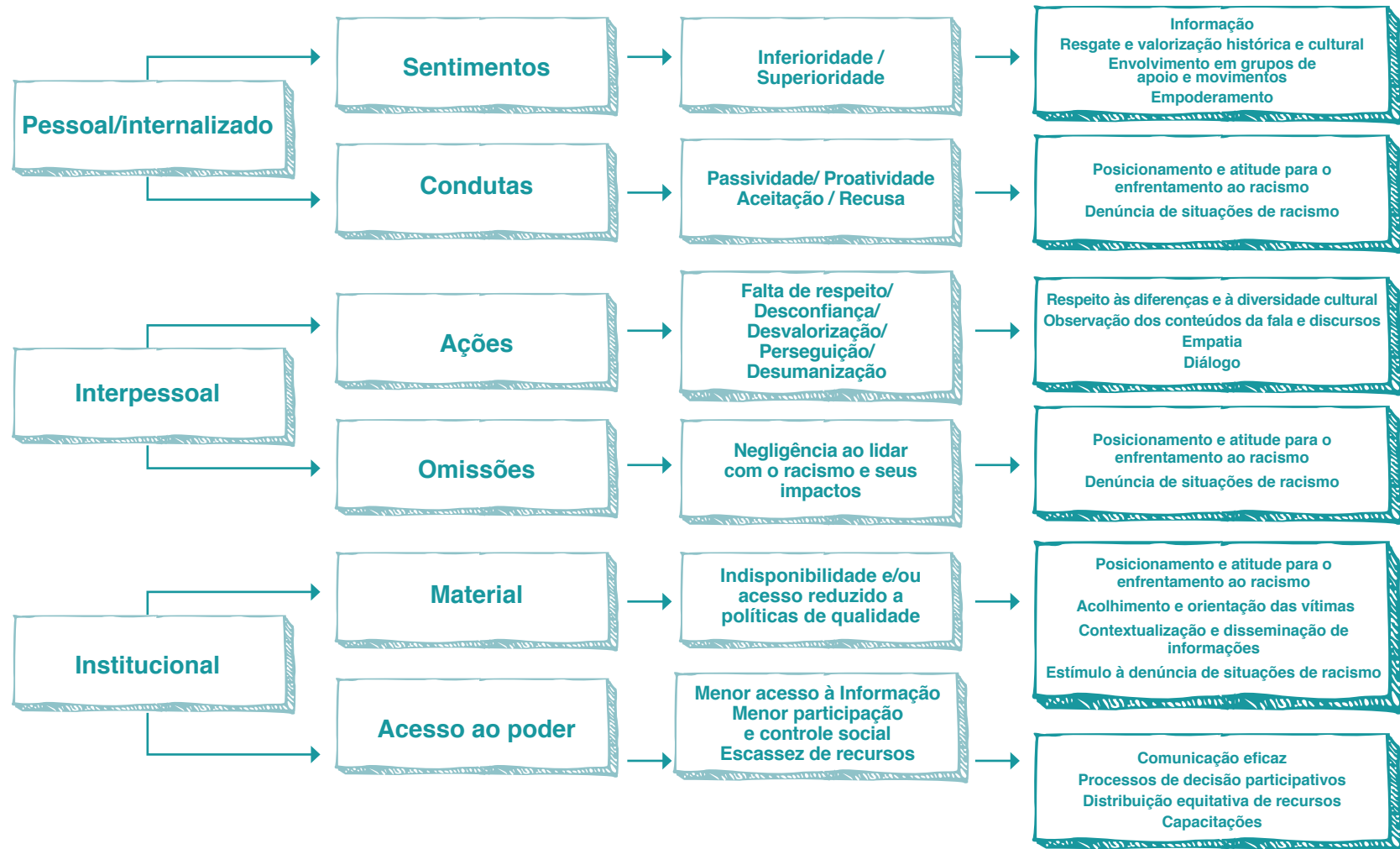
Evidentemente, as formas de manifestação do racismo, assim como as medidas propostas para o seu enfrentamento, não se esgotam no que acabou de ser apresentado. Mesmo porque essas dimensões estão intrinsecamente interligadas e, muitas vezes, operam de maneira simultânea e complementar com outros determinantes, tais como gênero (considerando orientação sexual e identidade de gênero), classe social, grau de instrução, entre outros, que podem ou não aprofundar iniquidades. Nesse sentido, o enfrentamento ao racismo exige uma abordagem sistêmica que perpasse por uma mudança cultural que alcance as dimensões pessoal, interpessoal e institucional, o que pode levar algum tempo, mas que, na perspectiva pessoal, pode ser iniciada a qualquer momento.

O quadro a seguir apresenta uma adaptação do diagrama elaborado por Jurema Werneck, baseada no modelo de Jones, que sistematiza as três dimensões do racismo, onde elas atuam e seus efeitos, às quais acrescentamos uma coluna com algumas sugestões de medidas para o seu enfrentamento<sup>33</sup>.

33 Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde soc. São Paulo*, 25(3): 535-549, Sept. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Aug. 2018.



# Racismo



Fonte: adaptado a partir da conceituação proposta por Camara P. Jones e programa Respeito no Local de Trabalho – OPAS/OMS.



Para conhecer mais sobre como enfrentar o racismo institucional, consulte:

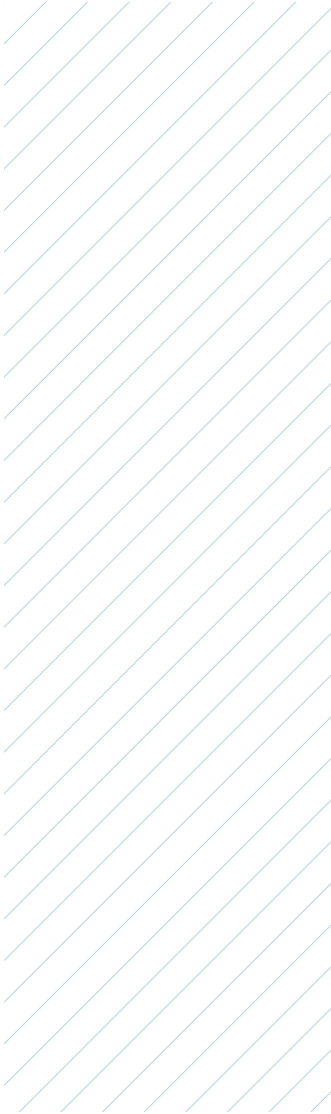
“Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional”. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>

“Guia de orientação das Nações Unidas no Brasil para denúncias de discriminação étnico-racial”  
Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2012/03/guia-onubrasil-para-denuncias-de-discriminacao-etnico-racial.pdf>

O enfrentamento ao racismo e a promoção da igualdade racial são um compromisso do Brasil manifesto em diversos tratados e acordos internacionais e reiterado internamente por meio dos planos Plurianuais, desde de 2012, e em programas específicos.

A Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 21 de dezembro de 1965, declara, em seu preâmbulo, que os países ali reunidos estão “resolvidos a adotar todas as medidas necessárias para eliminar rapidamente todas as formas e todas as manifestações de discriminação racial, e a prevenir e combater as doutrinas e práticas racistas com o objetivo de favorecer o bom entendimento entre as raças e conceber uma comunidade internacional livre de todas as formas de segregação e discriminação racial”.

Igualmente, os organismos internacionais que atuam no país, entre eles a OPAS/OMS, assumiram, no âmbito da Década Internacional dos Afrodescendentes (2015/2024), o compromisso de eliminar internamente toda e qualquer forma de racismo. Outro marco importante que sinaliza para a necessidade do enfrentamento das questões étnico-raciais é a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, na qual a comunidade internacional é convocada a não deixar ninguém para trás.



## Política de Etnicidade em Saúde

A **Política sobre Etnicidade e Saúde (CSP29/7)** se baseia no reconhecimento das diferenças entre os grupos étnico-raciais no que diz respeito a seus objetivos, necessidades e respectivos contextos históricos. Esse reconhecimento nos aponta a necessidade de uma abordagem diferenciada, ou seja, um enfoque intercultural da saúde, orientado pela igualdade, pelo respeito mútuo e pela participação dos grupos étnicos envolvidos, apontando cinco linhas estratégicas que devem orientar a atuação da OPAS/OMS:

### 01 Geração de evidências

Tem como propósito estimular a produção, gestão e análise de informações decompostas por origem étnico-racial, tendo em conta os direitos humanos e o enfoque de gênero para orientar a tomada de decisão sobre políticas públicas intersetoriais em temas relacionados a saúde, assim como de tornar visível alguns grupos étnicos.

### 02 Impulso a formulação de políticas

Estimular o desenvolvimento de intervenções nas quais se reconheça e implemente uma abordagem intercultural e intersetorial no contexto dos determinantes sociais da saúde. É necessário identificar vazios normativos frente a padrões internacionais, propor marcos políticos sobre base dos direitos ao gozo do mais alto grau de saúde a todos os homens e mulheres, que favoreça e promova a equidade, a interculturalidade e o acesso aos serviços de saúde com qualidade segundo as necessidades específicas ao longo do curso de vida, considerando o contexto nacional e local.

### **03 Participação, controle social e alianças estratégicas**

Fomentar a participação e o controle social, respeitando as formas organizativas dos povos indígenas, população negra, ciganos e de outros grupos étnicos. Estabelecer alianças estratégicas com esses grupos e com outros atores relevantes para o desenvolvimento de políticas e ações relacionadas com a saúde. Isso quer dizer, que se garanta a participação desses grupos no desenho, implementação, avaliação e reformulação de planos, programas, projetos e políticas de seu interesse.

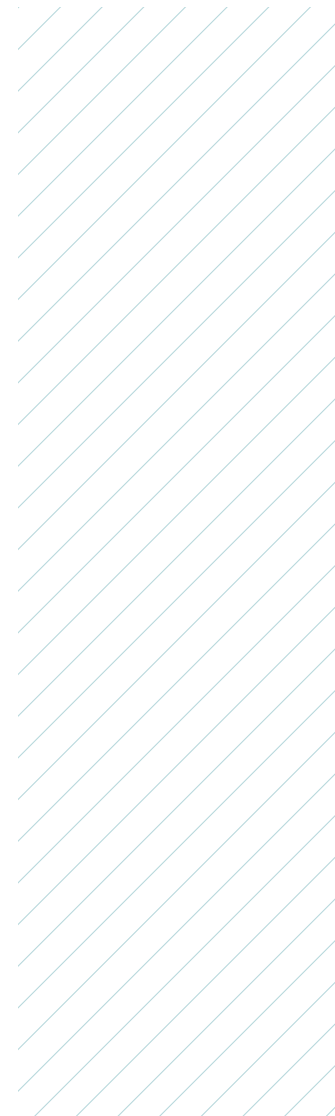
### **04 Reconhecimento dos conhecimentos ancestrais e da medicina tradicional e complementar**

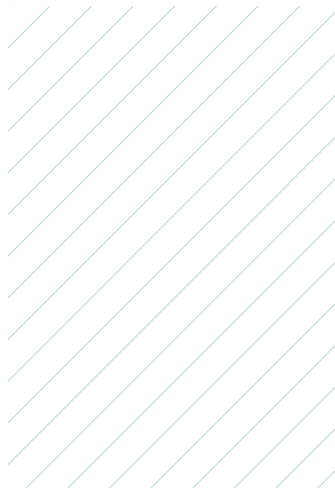
Potencializar o diálogo de saberes que facilite o desenvolvimento e fortalecimento de modelos interculturais de saúde como forma de alcançar a atenção centrada nas necessidades das pessoas nas comunidades.

Para isso, os marcos políticos, instrumentos, recursos e procedimentos devem considerar a cosmovisão dos povos indígenas, população negra, ciganos e de outros grupos étnicos, de acordo com o contexto nacional.

### **05 Desenvolvimento de capacidades em todos os níveis**

Promover a capacitação do pessoal de saúde institucional e comunitária para facilitar e promover a ação intercultural e as condições necessárias ao diálogo de saberes. De igual maneira, promover o fortalecimento de práticas e saberes dos agentes de medicina tradicional e impulsionar a inclusão da etnicidade e da raça no contexto da vinculação com outros determinantes sociais no desenho de currículos de formação de profissionais de saúde e na educação continuada.





Estimular, também, a representatividade de homens e mulheres indígenas, negros e negras, ciganos e de outros membros de grupos étnicos, nos sistemas de saúde e na academia, como um mecanismo eficaz de se assegurar que a atenção a saúde seja culturalmente pertinente e responda as necessidades específicas.

Busca criar as condições para se eliminar todas as formas de racismo e discriminação que muitas vezes sofrem os membros de grupos étnicos nos serviços de saúde.

Essas linhas estratégicas apresentadas acima têm como propósito eliminar as iniquidades e desigualdades étnicas e raciais em saúde nas Américas, adotando o exercício da interculturalidade no contexto dos determinantes sociais da saúde com a participação desses grupos como estratégia de implementação.

Conheça mais sobre a Política sobre Etnicidade e Saúde através do link: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41618&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41618&Itemid=270&lang=en)

Diante do que foi exposto, é importante considerar que os mecanismos sociais de hierarquização e de dominação de grupos populacionais não se restringem à perspectiva racial. As relações de poder, constituídas a partir de sistemas de crenças que estabelecem critérios de superioridade e inferioridade a partir de determinados atributos, são pano de fundo da maioria dos casos de preconceito e discriminação. Assim como no racismo, o machismo, a intolerância religiosa, a LGBTIfobia e a xenofobia partem de suposta relação de superioridade entre grupos, que produz sérias consequências para os indivíduos, coletivos e sociedade em geral.



## Referências Bibliográficas

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon*. Atlanta, 2002; 50(1): 7-22.

Munanga K (USP). Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ, em 05 de novembro de 2013.

Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde soc.*, São Paulo, Sept. 2016; 25(3): 535-549. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Aug. 2018.

OPS/OMS. Política de Etnicidad y Salud. Organización Panamericana de la Salud: 2017.

Cox T. *Cultural Diversity in Organizations: Theory, Research and Practice*. San Francisco: BerrettKoehler, 1993.







# Como incorporar as prioridades transversais nas relações, no ambiente de trabalho e nos processos institucionais internos?

A OPAS/OMS no Brasil tem uma atuação que integra diversas áreas temáticas que interagem entre si a partir de distintas abordagens, desenvolvidas por profissionais e equipes que possuem formações e experiências que se complementam e resultam em um conjunto de conhecimentos e habilidades, o que a torna singular. Aplicar esse conjunto de conhecimento e habilidades incorporando os temas transversais significa fortalecer perspectivas que vão além de abordagens tradicionais em saúde, em muitos casos, ineficazes para explicar as situações reais, em suas nuances e particularidades, visando transformá-las.

Nos capítulos anteriores, foram apresentados os conceitos e a perspectiva institucional das quatro prioridades transversais da OPAS/OMS. Para que possam ser aplicadas no dia a dia da cooperação técnica, é necessário que, além do conteúdo apresentado, profissionais e equipes desenvolvam habilidades e atitudes favoráveis à sua implementação.

Portanto, o objetivo deste capítulo é apresentar maneiras de ampliar o desenvolvimento dessas habilidades e atitudes. A seguir, serão apresentadas algumas sugestões.

## 7.1 Prioridades transversais nas relações e no ambiente de trabalho

### Informação para a ação

Significa obter informações qualificadas tanto para sua atuação quanto para compartilhá-las em seu ambiente de trabalho, contribuindo para implementação das prioridades transversais.

#### Como concretizar:

- ✓ buscar informações atualizadas sobre direitos humanos, equidade, gênero, etnicidade e raça;
- ✓ participar de atividades relacionadas aos temas transversais (rodas de conversa, oficinas, debates, cursos etc.);
- ✓ consultar pessoas de referência para os temas transversais, incluindo os/as colegas do GTA.





## **Escuta qualificada**

Significa uma escuta acolhedora, sem juízos de valor e com respeito ao lugar de fala do outro. A escuta requer mais do que o silêncio, é necessário observar e compreender que os diálogos são plurilaterais.

### **Como concretizar:**

- ✓ estimular diálogo e reflexão a partir de perspectivas inclusivas – como compartilhamento de experiências, perguntas, vivências, exemplos etc.;
- ✓ desenvolver atitudes acolhedoras e respeitosas diante das contribuições;
- ✓ estar atenta(o) a formas de comunicação não verbais, tais como gestos, posturas, expressões faciais, entonação e conexão visual etc.

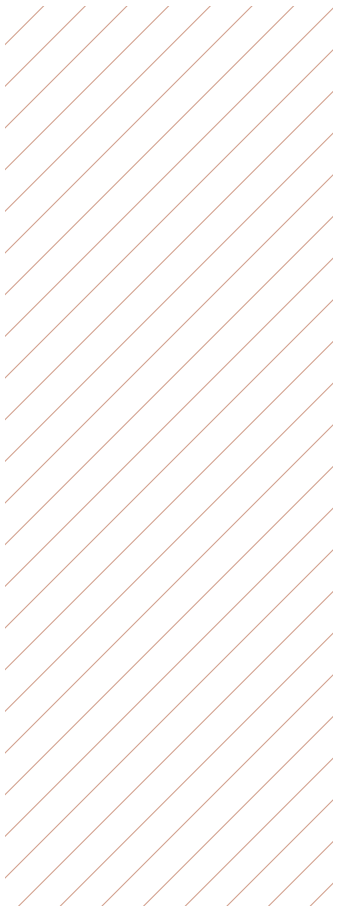


## Percepção ampliada

Significa reconhecer a importância das estruturas de poder e dos seus efeitos sobre grupos não hegemônicos. Para reconhecer situações de iniquidades, é preciso identificar as estruturas de poder que moldam as oportunidades de diferentes grupos populacionais.

### Como concretizar:

- ✓ reconhecer múltiplas verdades e a diversidade de perspectivas;
- ✓ reconhecer que cada indivíduo traz bagagens culturais e sociais únicas e tão importantes quanto as suas;
- ✓ refletir sobre temas e situações que te causem estranhamento ou discordância;
- ✓ dar espaço extra às vozes tipicamente excluídas das funções “especializadas” e dos discursos técnicos;
- ✓ manter diálogos contínuos para transformar comportamentos, ações e políticas;
- ✓ nutrir a autoconsciência crítica;
- ✓ compreender as estruturas de poder atuais e questionar privilégios, suposições e crenças que decorrem delas.



## Transformação

Significa gerar novas atitudes no ambiente de trabalho.

### Como concretizar:

- ✓ perguntar como as pessoas preferem ser denominadas (pronomes de gênero e nome social);
- ✓ estar atenta(o) à forma de comunicação, utilizando linguagem inclusiva oral e escrita;
- ✓ não fazer brincadeiras, piadas etc. de conotação discriminatória, nem ser conivente com elas, pois causam efeitos que somente quem sofre com isso é capaz de sentir;
- ✓ denunciar situações de violação de direitos, discriminações e preconceitos de todas as formas;
- ✓ evitar discursos e práticas que reforçam o racismo, machismo, sexismo, LGBTIfobia, xenofobia, preconceitos e discriminações culturais, religiosas, entre outros.



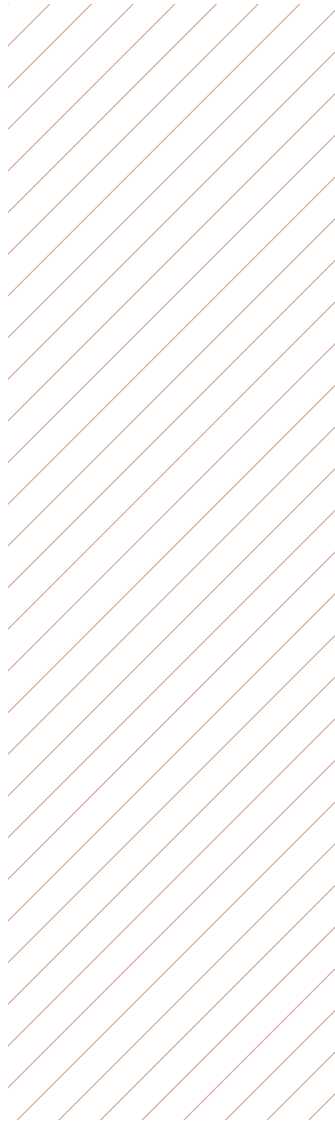
## 7.2 Prioridades transversais nos processos institucionais internos

### Valorizar a diversidade no contexto institucional

Estar atento à equipe na qual você está envolvida(o), para que, progressivamente, seja uma equipe mais diversa em sua composição de etnicidade e raça, de gênero, de identidade de gênero e orientação sexual, de diferentes capacidades e deficiências e de vivências pessoais e culturais.

#### Como concretizar:

- ✓ reconhecer que a diversidade traz perspectivas mais amplas para o desenvolvimento do trabalho, criatividade, olhar inclusivo, um ambiente mais acolhedor e representativo dos desafios que podem ser enfrentados na cooperação técnica;
- ✓ estimular a troca de experiências agregando distintos lugares de fala, para a identificação da diversidade de perspectivas presentes na equipe;
- ✓ promover maneiras de ampliar a diversidade de ideias, perfis profissionais e pessoais;
- ✓ inserir critérios de equidade na distribuição dos investimentos em capacitação e também na distribuição do trabalho.





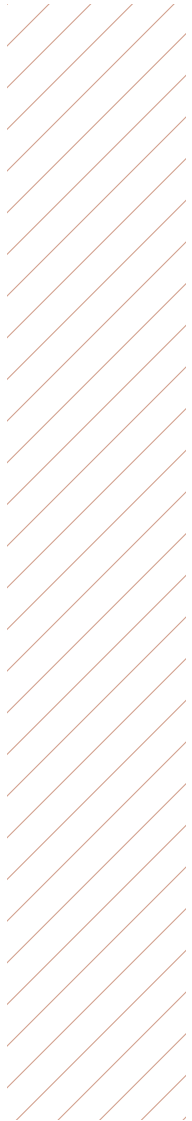
## Implementar as prioridades transversais nas decisões administrativas

Estabelecer protocolos e processos de atuação nas áreas administrativas da organização pautadas pelas prioridades transversais.

### Como concretizar:

- ✓ capacitar os/as trabalhadores/as e líderes das áreas de compras, recursos humanos, administração, finanças e serviços gerais nos temas transversais, com foco na promoção da diversidade e na relação com fornecedores;
- ✓ incluir critérios de relação com colaboradores eventuais e fornecedores que façam alusão às prioridades transversais, tais como:
  - ✓ *compliance* dos fornecedores com os princípios éticos (Missão, Visão e valores) e as prioridades transversais da OPAS;
  - ✓ inclusão dos valores da OPAS, incluindo os temas transversais, nos Termos de Referência para compras, contratação de pessoa física e de fornecedores de serviços;
  - ✓ incluir uma lista de restrição para fornecedores que descumprirem com pré-requisitos relacionados às prioridades transversais dispostas em Termos de Referências e contratos;
  - ✓ monitorar o *compliance* dos fornecedores para identificar eventuais descumprimentos e solicitar adequações;
  - ✓ considerar como critério na contratação de prestadores de serviço pessoa física, a postura ética em relação às prioridades transversais.





## Implementar as prioridades transversais em Recursos Humanos

Significa promover processos de qualificação e recrutamento de recursos humanos de modo a contribuir com a implementação das prioridades transversais.

### Como concretizar:

- ✓ promover qualificação sobre promoção da diversidade, com foco em recrutamento para a unidade do RH;
- ✓ promover qualificação sobre as prioridades transversais para o quadro de pessoal, abordando a sua implementação nos processos de trabalho internos e no âmbito dos projetos/programas e da cooperação técnica;
- ✓ realizar e divulgar periodicamente mapas da diversidade do perfil do quadro de pessoal;
- ✓ incluir temas relacionados às prioridades transversais nas pesquisas de clima organizacional;
- ✓ inserir, nos materiais de divulgação de vagas, recrutamento e termos de referência para contratação, mensagens que comuniquem o compromisso da organização com a promoção da diversidade e enfrentamento a toda forma de discriminação;
- ✓ inserir, nos formulários de cadastramento e recrutamento, os quesitos raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual e capacidades diferentes e deficiências;
- ✓ implementar ações afirmativas para viabilizar a inclusão de indivíduos pertencentes a grupos historicamente excluídos nas primeiras fases das seleções;
- ✓ implementar critérios de desempate visando à equidade de gênero (considerando orientação sexual e identidade de gênero), de raça/cor e de etnia;
- ✓ incluir nos processos de seleção, conteúdos que avaliem o conhecimento e postura ética diante dos temas transversais;
- ✓ divulgação das vagas para recrutamento direcionadas a coletivos representativos da diversidade populacional.

## **Implementar as prioridades transversais em Comunicação**

Incorporar nos processos de comunicação institucional a perspectiva das prioridades transversais, internamente e externamente.

### **Como concretizar:**

- ✓ elaborar estratégia de comunicação para implementação dos temas transversais;
- ✓ considerar a diversidade de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia etc., na produção de imagens e textos, com a utilização de linguagem inclusiva;
- ✓ promover atividades de capacitação em comunicação para abordagem dos temas transversais;
- ✓ aplicar os conteúdos das prioridades transversais nos materiais de divulgação da Cooperação Técnica;
- ✓ incluir os temas transversais nas ações de comunicação voltadas aos públicos interno e externo, visando sinergias com temas divulgados pelas unidades técnicas;
- ✓ produzir uma série de conteúdos e materiais de comunicação sobre as prioridades transversais para divulgação interna e externamente (vídeos, cartilhas, folderes, pôsteres, painéis, boletins informativos, artigos, posts, entre outros).









# Como aplicar as prioridades transversais em programas e projetos?

**As fases do ciclo de projetos precisam ter todas as perguntas relacionadas à incorporação das prioridades transversais respondidas com um “sim”?**

**Pode ser que não! Mas toda vez que a resposta for não, faça a pergunta: por quê? Uma vez analisado o porquê, se for oportuno, o que poderia ser feito para incluir a perspectiva das prioridades transversais?**

**O quadro a seguir é apenas uma forma de começar. Você pode agregar outras perguntas e reflexões.**

**Use sua criatividade!**

**Lembre-se de que não devemos deixar ninguém para trás!**

Este capítulo oferece uma orientação prática de como incorporar as prioridades transversais nos programas e projetos desenvolvidos pela cooperação técnica da OPAS/OMS no Brasil. Está organizado de acordo com as fases do ciclo de projetos<sup>33</sup>, a fim de facilitar a identificação de momentos oportunos de atuação junto às prioridades transversais.

Para cada fase de desenho, execução, monitoramento e avaliação, são destacados os objetivos, pontos relevantes a serem observados, *checklist* para ajudar na verificação da incorporação das prioridades transversais (quadro 01) e ferramentas existentes que podem contribuir para sua aplicação. Por meio dos pontos a serem observados e das perguntas do *checklist*, é possível desenvolver ações para trabalhar com a incorporação das prioridades transversais em todas as fases do ciclo de projetos, sejam novos ou aqueles que já estejam em andamento.

---

33 Manual de Planejamento da OPAS/OMS no Brasil – 3. ed., 2015.



Destaca-se a relevância de se considerar a participação de atores interessados e de populações envolvidas direta ou indiretamente com os programas e projetos. O envolvimento de todos e todas na identificação dos problemas, de suas causas e dos meios para resolver as consequências pode permitir maior sucesso na incorporação das prioridades transversais nas ações a serem desenvolvidas em cada etapa.

### Quadro 1: Orientação prática de como incorporar as prioridades transversais nas fases do ciclo de projetos

Etapa do programa/projeto	Objetivos
Desenho: Etapa composta da análise de situação e do planejamento.	<ul style="list-style-type: none"><li>· Realizar a análise de situação para identificar problemas prioritários a serem abordados, a fim de se alcançar a situação desejada no futuro.</li><li>· A partir da análise de situação, obter subsídios para desenhar o planejamento do projeto, que consiste em transformar os problemas em resultados.</li><li>· Definir qual população se beneficiará com o alcance dos resultados que o programa/projeto pretende alcançar.</li><li>· Identificar os atores externos que podem influenciar o andamento do programa/projeto.</li><li>· Definir a hierarquia de resultados esperados e indicadores que permitam acompanhar o andamento do programa/projeto, as fontes de verificação e todos os elementos que o influenciam.</li></ul>



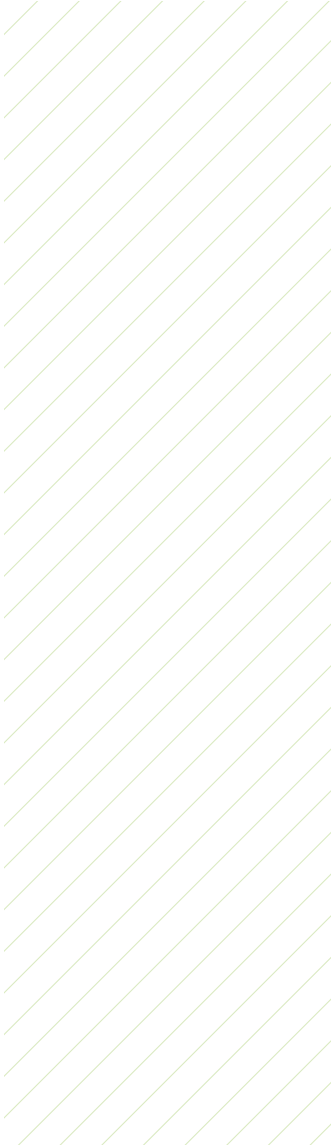
## Pontos relevantes a serem observados para incorporação das propriedades transversais

- Desenvolver reflexões preliminares sobre as potenciais questões de direitos humanos, equidade, gênero, etnicidade e raça que podem estar presentes na análise de situação.
- Identificar a existência de dados desagregados que permitam evidenciar diferenças entre grupos ou pessoas.
- Na identificação do problema, buscar aprofundar a discussão sobre as causas e descrever subgrupos populacionais e suas necessidades de saúde, referindo-se a dados qualitativos e quantitativos específicos, sempre que possível.
- Indicar quais subgrupos populacionais do programa devem ser priorizados para análises adicionais.
- Identificar as barreiras que dificultam o acesso e obtenção dos benefícios do programa/projeto por subgrupos populacionais prioritários.
- Identificar os fatores que facilitam o acesso e obtenção dos benefícios do programa/projeto pelas subgrupos populacionais prioritários.
- Estimular participação da sociedade civil, movimento social organizado e outras instituições que representem a população envolvida no desenvolvimento do programa/projeto.
- Considerar a intersetorialidade como uma diretriz no desenvolvimento do programa/projeto.

## Checklist

- A análise de situação considera questões de direitos humanos, equidade, gênero, etnicidade e raça?
- A análise de situação considera tratados, convenções ou normas internacionais de direitos humanos e normativas das demais prioridades transversais no tocante ao direito à saúde, inclusive com observações gerais ou recomendações internacionais?
- Há dados disponíveis para a identificação por raça/cor, gênero, considerando orientação sexual e identidade de gênero?
- Como os direitos humanos, inclusive o direito à saúde, a equidade, o gênero e a etnicidade e raça são refletidos nos resultados que o programa/projeto pretende alcançar?
- Na definição da população beneficiária do programa/projeto, houve alguma análise que tenha identificado algum subgrupo populacional (vinculado às prioridades transversais, como violações de direitos humanos, iniquidades de gênero e raça/cor)?
- O programa/projeto identifica as necessidades específicas de subgrupos populacionais?
- Existem indicadores de direitos humanos, equidade, gênero (considerando orientação sexual e identidade de gênero) ou raça/cor que possam ser utilizados para monitorar os avanços dos resultados do programa/projeto?
- O projeto/ programa incentiva mecanismos para a participação social?
- Como o programa inclui ações intersetoriais?

Continuação...



### Etapa do programa/projeto

### Objetivos

Execução: Etapa operacional que se desenvolve a partir das definições da etapa anterior.

- Executar ações e atividades, a partir dos cronogramas, da definição de custos e das prioridades programáticas, para o alcance de resultados.

M&A: Processo contínuo que deve ser realizado a fim de apontar necessidade de atualizações e ajustes ao programa/projeto.

- Tomar ações oportunas para manter o alinhamento entre o executado e o planejado.
- Permitir a revisão dos resultados, recursos e prazos do programa/projeto, quando necessário.
- Identificar e sistematizar experiências e lições aprendidas para manter o curso do programa/projeto e para subsidiar programas/projetos futuros.
- Considerar o processo de monitoramento como uma oportunidade de aprendizagem.
- Utilizar o M&A como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão.



## Pontos relevantes a serem observados para incorporação das propriedades transversais

- Manter o alinhamento da atenção às prioridades transversais na execução do programa/projeto, considerando o contexto e as especificidades.
- Assegurar que os recursos sejam distribuídos entre áreas de forma equitativa.
- Identificar fatores que facilitam ou dificultam a execução das ações.
- Estimular participação da sociedade civil, movimento social organizado e outras instituições que representem a população envolvida no desenvolvimento do programa/projeto.
- Considerar a intersetorialidade como uma diretriz no desenvolvimento do projeto.

- Verificar se o programa/projeto realmente alcança os subgrupos populacionais prioritários e alcança os resultados pretendidos.
- Identificar estratégias que permitam manter o programa/projeto em curso de acordo com o planejamento original, considerando eventuais necessidades de adequação do planejamento à conjuntura atual.
- Discutir e identificar maneiras factíveis de acompanhar os avanços e medir os produtos e impactos do programa/projeto, com ênfase nas prioridades transversais.

## Checklist

- As ações a serem executadas estão alinhadas às prioridades transversais e consideram o contexto e as especificidades dos subgrupos populacionais?
  - Quais são os principais fatores que facilitam ou que dificultam a execução das ações para o alcance dos resultados do programa/projeto, com relação aos temas prioritários?
  - Como as ações, os serviços e as atividades contemplam as especificidades dos subgrupos populacionais?
- 
- Os indicadores definidos para monitorar e avaliar o programa/projeto ajudam na análise de direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça?
  - A participação dos subgrupos populacionais priorizados está sendo assegurada nas etapas de monitoramento e avaliação do programa/projeto?
  - É possível verificar mudanças nos resultados que promovam avanços no exercício dos direitos humanos e da equidade em saúde, na busca da inclusão da perspectiva de gênero e étnico-racial?
  - Como o programa/projeto realmente consegue abordar as prioridades transversais em seu desenvolvimento?
  - Quais foram as lições aprendidas do programa/projeto em relação à implementação das prioridades transversais?

**Ferramentas que permitem aprofundar a análise para implementação das prioridades transversais:**

- ✓ GAM – *Gender Analysis Matrix* (Matriz de análise de gênero);
- ✓ GAQ – *Gender Analysis Questions* (Perguntas para Análises de Gênero);
- ✓ GRAS – *Gender Responsive Assessment Scale* (Escala de avaliação da responsividade de gênero);
- ✓ GAT – *Gender Assessment Tool* (Ferramenta de avaliação de gênero);
- ✓ Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional (ONU Mulheres);
- ✓ WHO. INNOV8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Living document, version 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/>>;
- ✓ UNFPA. A Human Rights-Based Approach to Programming. Practical Implementation Manual and Training Materials. Disponível em: <[https://hrbportal.org/wp-content/files/UNFPA\\_HRBAtto-Programming\\_2014.pdf](https://hrbportal.org/wp-content/files/UNFPA_HRBAtto-Programming_2014.pdf)>.



# Guia

para Implementação  
das Prioridades Transversais  
na OPAS/OMS do Brasil:

direitos humanos, equidade,  
gênero e etnicidade e raça



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS

Organização  
Mundial da Saúde  
Américas