



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

RAQUEL ALVES DE SOUZA

**RACISMO INSTITUCIONAL: Profissionais de um Centro de
Saúde, Conhecimento e Percepção da Política Nacional de Saúde
Integral da População Negra**

Brasília

2016

RAQUEL ALVES DE SOUZA

RACISMO INSTITUCIONAL: Profissionais de um Centro de Saúde, Conhecimento e Percepção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional

Orientadora: Prof^ª. M^ª Josenaide Engracia do Santos

Co-orientador: Rosamaria Giatti Carneiro

Brasília

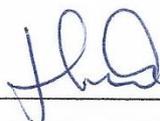
2016

RAQUEL ALVES DE SOUZA

**RACISMO INSTITUCIONAL: Profissionais de um Centro
de Saúde, Conhecimento e Percepção da Política Nacional de
Saúde Integral da População Negra**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms Josenaide Engrácia do Santos

Orientador(a)



Prof. Breitner Luiz Tavares

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 02 de Julho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu a vida e força para continuar.

A Cícera, minha mãe, que jamais mediu esforços para que hoje eu pudesse chegar ao topo dessa caminhada.

Aos meus queridos irmãos e irmãs, que sempre me incentivaram, apoiaram e acreditaram em mim.

Aos meus queridos amigos e companheiros de graduação, pelos momentos felizes e pelo aprendizado que socializaram. Em especial ao Gabriel Dantas, que me contagiou com seu amor pela profissão.

Ao grupo AFLORA, pela contribuição na construção de minha identidade de mulher negra, bem como a troca de experiências cruciais.

Aos membros do grupo TOTALIZAR, por me acompanharem nas lutas e batalhas do movimento estudantil.

A Karime, que esteve ao meu lado, me incentivando. Durante esse processo foi tão carinhosa e dedicada e paciente. Seu carinho e companhia foram essenciais para que eu concluísse essa etapa.

A Universidade de Brasília e seu corpo docente, pela oportunidade de crescer em cada aula. Em especial as professoras Flávia Mazitelli e Letícia Fangel, de Terapia Ocupacional pelos conselhos valiosos.

A minha orientadora, Professora Josenaide, pelo suporte e incentivo, por toda paciência, dedicação.

A minha co-orientadora, Professora Rosamaria, por ter me instigado a escrever sobre o tema, na qual faz parte da minha luta diária.

EPÍGRAFE

“Não há revelação mais aguçada do que o espírito de uma sociedade do que a forma pela qual ela trata seus filhos” (Nelson Mandela)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde- SUS tem como finalidade promover a equidade no atendimento e alterar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população. Há evidências que comprovam a existência de desigualdades importantes no tratamento e cuidado com a saúde de pessoas de diferentes raças, gênero e outros marcadores sociais. A população negra se encontra nas piores condições de vida, moradia, condições de trabalho, e renda do indivíduo, além de acesso em informação aos bens e serviços. Nesse sentido, em 2009, foi criada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da População Negra – PNSIPN, para efetivar o enfrentamento das iniquidades raciais na prestação de serviços de saúde pelo SUS. Essa pesquisa teve como foco entender a propagação da PNSIPN na Atenção Primária de Saúde por ser a porta de entrada preferencial do SUS e a importância do quesito cor/raça para os atendimentos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais no interior de um Centro de Saúde em Ceilândia, bem como observação participante de cunho etnográfico do serviço durante quase 1 ano. Os registros foram realizados em diário de campo, assim como as notas das entrevistas com profissionais. Percebeu-se que a discussão desta temática na Atenção Primária a Saúde não é comum. Os profissionais não conhecem a política com profundidade, entretanto consideram importante sua existência e sua propagação nos ambientes de saúde. Foi observado que o termo igualdade é mais citado que o de equidade, relacionando ao mito da democracia racial, o que explica o não reconhecimento de racismo institucional neste ambiente.

Palavras chave: Racismo institucional, Saúde da População Negra, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The Health Unic System – SUS has the purpose to promote fairness in the health care service and change the situation of inequality of the population in it. There is evidence to prove the existence of major inequalities in the treatment and care for the health of different races, gender and other social markers. In this sense, in 2009, was created the National Policy on Comprehensive Health Care Black Population – PNSIPN, to effect the confrontation of racial inequities in the provision of health care by SUS. This research focused on understanding the spread of PNSIPN in primary concern and the importance of color/ race in the health care service. Semi-structured interview with professionals were carried out within a Heath Center in Ceilândia in addition to participant observation of ethnographic nature of the service during nearly one year. The recordings were made in a field journal, as well as the notes of the interviews of the professionals. It was noticed that the discussion of this primary health is not common. The professionals do not know the policy in depth, however it considers it important to its existence and its spread in healthcare environments. It was observed that the term equality is most often cited as the equity, relating to the myth of racial democracy, which explains the lack of recognition of institutional racism in this environment.

Keywords: Institutional Racism, Black Population Health, Public Policy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Atenção Primária a Saúde.....	14
3.2 Saúde da População Negra.....	17
3.3 Movimento Negro e a Promoção da Igualdade Racial.....	19
3.4 Política Nacional Integral de Saúde da População Negra.....	21
4 OBJETIVOS.....	23
4.1 Objetivo Geral.....	23
4.2 Objetivos Específicos.....	23
5 METODOLOGIA.....	24
5.1 Teoria Conceitual Metodológica.....	24
5.2 Cenário de Estudo.....	25
5.3 Participantes da pesquisa.....	26
5.4 Instrumentos de pesquisa.....	27
5.5 Procedimento de coleta de dados.....	28
5.6 Análise de Dados.....	28
5.7 Aspectos Éticos.....	29
6 RESULTADOS.....	30
6.1 Propagação e Necessidade da PNSIPN.....	30
6.2 Percepção de Cor e Raça e Racismo Institucional.....	33
6.3 O Racismo dentro e fora da Atenção Primária a Saúde.....	34
7 DISCUSSÃO.....	38
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE.....	47
Apêndice 1 - TCLE.....	47

Apêndice 2 - ROTEIRO.....	48
ANEXO.....	49

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a população negra passou por um longo período escravocrata, onde a mesma não teve amparo de medidas sociais para equiparar política, econômica e socialmente os recém-libertados. Mesmo após a abolição, ainda funcionava a ideia de raça como um divisor hierárquico, produzida no começo da formação da América e do capitalismo durante os séculos XV e XVI e foi algo imposto para o restante da população como uma forma de dominação colonial da Europa, bem como um critério básico de classificação social, formando, assim, as novas identidades sociais. O racismo científico do século XIX é uma herança da escravidão que marca essa divisão da humanidade em raças. Aníbal Quijano define o termo raça, como:

...Raza, es una manera y un resultado de la dominación colonial moderna, pervadió todos los ámbitos del poder mundial capitalista. Em otros términos, la colonidad se contruyó em la piedra fundacional del patrón del poder mundial capitalista. (QUIJANO, 1992, p.1).

A miscigenação trouxe transformações no modo de se problematizar os resquícios escravocratas, trazendo à tona a expressão de democracia racial, deixando a desigualdade como sendo de classe e não de raça. Apenas mestiços eram integrados socialmente, com ilusão de ascensão, porém negros continuavam excluídos. A contestação do mito da democracia racial teve mais ênfase com trabalhos sociólogos de sociológicos de Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle Silva, observando dados alarmantes sobre as desigualdades raciais no Brasil e observações sobre as novas funções e formas do preconceito racial no contexto social. (HASENBALG, 1979)

Anani Dzidzienyo, em 1971, notou a democracia racial como um mito, pois se distorce a ideia de que o branco é o melhor e o preto é o pior, essa opinião está enraizada na sociedade brasileira e leva consigo a gama dos estereótipos, dos papéis sociais, das oportunidades de emprego, dos estilos de vida (Dzidzienyo, 1971, p. 3). Decorridos quase cinco (5) décadas, da concepção de democracia racial, ainda se observa diferenças raciais entre a população.

O fenótipo é objetivo e real e nutre o imaginário social carregado de simbologia negativa que acaba por promover o racismo, que segundo Werneck (2005), é uma ideologia que consiste na violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo interfere nas condições de vida, moradia, condições de trabalho, e renda do indivíduo,

além de acesso em informação aos bens e serviços. Interfere também no cuidado, e na assistência de saúde, nos sofrimentos e taxas de mortalidade na população adulta e materna.

Estratégias para reduzir essas desigualdades em várias instituições governamentais, de ensino e saúde, tiveram de ser pensadas em razão de raça/cor, por conta do olhar social e preconceituoso sobre a pessoa negra em várias esferas sociais, não sendo diferente no campo da saúde. A promoção da saúde para a população negra passou a ser entendidas em sua especificidade a partir, principalmente, da ação do Movimento Negro, que provou que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros às situações mais perversas que reverberam na sua saúde.

A redução das desigualdades sociais, considerando como causas determinantes e condições de saúde, modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros, podem estar associados a racismo e discriminação social (BRASIL, 2009)

São as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde doença, cuidado e morte, o que implica na necessidade de implementar políticas que combatam as iniquidades. Contudo, uma política de saúde específica para a população negra só foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008, e o Ministério da Saúde só publicou em maio de 2009 a portaria reconhecendo que o racismo existe na sociedade brasileira impacta a saúde (BATISTA, MONTEIRO E MEDEIROS, 2004)

A política Nacional de Saúde Integral da População Negra, identifica o racismo e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra. Entende-se por racismo institucional, a reprodução de comportamentos e práticas racistas, que acontecem cotidianamente em nossa sociedade e que acometem também as instituições. De acordo com o próprio texto da Política Nacional de Saúde da população negra, se configura como:

Normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultante de ignorância, falta de atenção, preconceito ou estereotipo racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas e grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições. (BRASIL, 2010)

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, conforme as Leis Orgânicas de saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), o Sistema Único de saúde – SUS tem como finalidade alterar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população, além de ter como meta promover a equidade no atendimento. Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da População Negra – (PNSIPN), que, além de buscar promover a equidade em saúde, tem por objetivo combater a discriminação étnica/racial no SUS, bem como agravos prevalentes na população negra. Porém só foi lançada a portaria pelo Ministério da Saúde em 2009.

O quesito raça/cor¹ torna-se indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e na promoção de saúde. A Atenção Primária à Saúde, se configura como a ponte principal para que a PNSIPN possa ser efetivada, haja vista a APS é porta de entrada para o sistema de saúde, ligada aos demais níveis de atenção à saúde para proteger, restaurar, reabilitar a saúde do indivíduo, família e comunidade. (LAGO & CRUZ, 2001).

Não esqueçamos que a PNSIPN acaba por se caracterizar como uma política pública de promoção de igualdade racial em saúde que tem por objetivo atender as desigualdades que acometem a população negra, por meio de garantias de maior grau de equidade que diz respeito a efetivação do direito humano à saúde, dando ênfase aqueles de maior prevalência entre essa população (SANTOS e SANTOS, 2013), o que torna o conhecimento da política entre os profissionais da atenção primária importante para um atendimento integral e equânime. Contudo, o que sabem os profissionais da APS sobre PNSIPN?

Exposto isto, questiona-se, neste estudo, como se configura o conhecimento dos profissionais de um Centro de Saúde de Ceilândia sobre PNSIPN, bem como o que pensam sobre ela. O estudo visa contribuir com a produção de conhecimento que subsidie adoção de medidas contra o racismo institucional, bem como promover sua divulgação.

¹ O termo raça por muito tempo foi referido ao conceito biológico de raças humanas. O termo etnia, traz uma noção de pertencimento racial, entretanto não altera a compreensão de racismo no Brasil. O termo aqui usado adora outro sentido e outro significado que não o biológico.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos comprovam que existe racismo institucional em âmbitos hospitalares, o referido documento do Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Integral à Mulher-princípios e diretrizes, de 2009, relata em seus resultados dados onde encontram-se diversas desigualdades, constatou-se que 11,1% das mulheres negras não recebem anestesia no parto normal, o dobro que o das mulheres brancas (5,1%).

A equidade juntamente com outros princípios do SUS, consistem em desafios para a Atenção Primária em Saúde, visto que por si só não consegue oferecer um serviço desprovido de qualquer tipo de discriminação. O SUS conta com a ação dos profissionais de saúde e seu modo de agir para que os princípios sejam efetivados. Entende-se que é importante fiscalizar a propagação de políticas públicas para que seja assegurado um sistema equânime. Essa pesquisa teve como foco compreender a percepção dos profissionais sobre a PNSIPN, que é mais vulnerável a várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária a Saúde

A formação histórica da Atenção Primária a Saúde (APS) é um processo que expande a experiência brasileira. Internacionalmente, a Atenção Primária apresenta-se como uma estratégia de organização da saúde voltada para responder de forma regionalizada e sistematizada as necessidades que mais acometem a população, de forma a integrar ações preventivas e curativas de indivíduos e comunidades.

Primeiramente foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, no Reino Unido, em 1920, para contrapor o sistema Americano de saúde de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e individualista, que funciona até hoje. (MATTA, 2009). Este relatório organizava o modelo de atenção, divididos em centros de saúde primários e secundários serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino.

Nos serviços de saúde primários e secundários esperava-se funcionar de forma regionalizada, a resolução da maioria dos problemas de saúde da população ficava em cargo das clínicas gerais, os não resolvidos seriam encaminhados para a atenção secundária.

A organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizaram em 1978 a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, antiga União soviética. Desta Conferência, saiu uma Política que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” que consistia em uma meta para atingir o maior índice de saúde até o ano proposto. A declaração de Alma-Ata contou com a assinatura de 134 países que defendiam a seguinte definição de APS:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

Dentre as ações mínimas propostas no documento, temos: educação em saúde com foco em prevenção e proteção; saúde materno-infantil, que conta também com planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de lesões e doenças comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Para isto é necessário cumprir a proposta de universalidade, um alto investimento em políticas sociais, protagonização da gestão em saúde e apoio internacional. (MATTA, 2005).

A APS tornou-se referência fundamental para reformas sanitárias em diversos países da década de 80 e 90. Van der Zee (1989), diz que a Atenção Primária é um cuidado ambulatorial que tem um cunho generalista, que tem seu foco no indivíduo em sua situação domiciliar em seu contexto social, situado na comunidade.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), afirmou em 2005, que os países que possuem um sistema de APS forte maximizam a equidade. Cada país deve desenvolver sua estratégia de acordo com a sua realidade econômica, social, histórica, para que seja se amplie e alcance o maior nível de saúde (MENDES 2012)

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária passou a questionar o modo em que se encontrava a saúde no País, o que culminou a proposição de princípios e diretrizes para a saúde

na 8ª Conferência Nacional De Saúde (CNS), realizada em 1986. Adota a designação Atenção Básica de Saúde (ABS) que enfatiza um sistema universal e integrado à saúde.

A estruturação do Sistema Único de Saúde foi definida com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a Lei nº 8.080/1990, na qual se contava com a participação da sociedade na implementação de direitos e cidadania, essa estruturação culminou a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1994, obteve uma avaliação positiva, foi então proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como Estratégia, assim mais próximo de alcançar a organização da APS.

Os princípios defendidos na resolução final da Conferência tiveram como lema “Saúde: Direito de todos e Dever do Estado” (STOTZ, 1992). No Capítulo da Seguridade Social da Constituição, o artigo 196 enfatiza:

A saúde é o direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas públicas e econômicas que visem a redução do risco de doença de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Foram estipuladas diretrizes para operacionalizar o SUS, a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Tais princípios e diretrizes são coalescentes com uma rede hierarquizada de serviços, classicamente denominadas de atenção primária, secundária e terciária, em forma de rede, propriamente, com níveis diferenciados de complexidade das ações e tecnologia agregada.

O Conselho Nacional de Secretaria de Saúde, então define a atenção primária como:

“Um conjunto de intervenções de saúde, onde por meio da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, utiliza tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade para resolver os problemas da população. É a porta de entrada dos usuários e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização, vínculo, equidade e participação social para considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio cultural. (CONASS, 2004, p.7).

A APS é vista como a porta de entrada preferencial do SUS, na qual ordena e coordena o cuidado através de um território delimitado, exercida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ ou Unidades de Saúde da Família (USF). A Atenção Básica Orienta-se pelos princípios da

universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e ganha a função de ordenadora e coordenadora do cuidado, com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RASs), regulamentada por meio da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

O modelo de saúde adotado busca objetivar a demanda traduzida como doença, tornando-a real. O que levaria o usuário ao serviço é a necessidade de curar ou evitar um agravo. Assim, passa-se a propor modelos de atenção à saúde que organizem os serviços no sentido de acolher essa doença ou o agravo estabelecido, ou a evitar que ele se instale.

Apesar de representar um grande avanço na promoção de saúde, a Atenção Primária a Saúde ainda enfrenta muitos desafios. Um e talvez o maior deles é preparar de fato o profissional de saúde para um atendimento igualitário a população em sua diversidade, e às desigualdades relacionadas com a questão étnico-racial.

3.2 Saúde da População Negra

Ser negro é estar estereotipado de toda carga social, política e econômica que o termo carrega, essa condição afeta a saúde da população negra, que vive em sua maioria nas piores condições de vida e conseqüentemente de saúde. O que acarreta maior parte da carga das doenças. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde” (CARVALHO, 2013), que geram as iniquidades em saúde, desigualdades entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. (WHITEHEAD, 2000)

O racismo condiciona de forma adversa os determinantes sociais de saúde da população negra, esses, reforçados através desses estereótipos que legitima a invisibilidade, a inferiorização e estigmatização dessa população. A não inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação, mascarou durante muito tempo os dados estatísticos pertinentes a saúde da população negra, fazendo com que nos índices ligados a cor/raça não tivesse muita relevância. Após a inclusão do quesito raça/cor nos dados estatísticos de saúde, as representações dos diferentes grupos étnico-raciais adquiriram legitimidade, e as pesquisas abordaram diferenciais em saúde de acordo com a raça/cor.

O Censo Demográfico de 2010, constata que 97 milhões de pessoas se auto declaram negras², são 51%, constituindo a maioria da população. No Distrito Federal, representamos 57,52% da população total segundo pesquisa pela PDAD/2011/2012. Os dados contribuem para conferir a invisibilidade das iniquidades que atingem essa população.

O relatório Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional.

A mortalidade materna das mulheres negras, ganham destaque nessa pesquisa. No Estado do Paraná, o risco relativo de morte dessa população foi 7,4 vezes maior nas pretas que nas brancas (MARTINS, 2001, p. 39). No Estado do RS, os dados do sistema de informação sobre Mortalidade do Rio Grande do Sul em 2011, revela uma disparidade entre mulheres e homens negros em relação a brancos, ao analisar óbitos decorrentes de “gravidez, parto e puerpério”, na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, observa-se que morrem 4,7 mulheres negras para 1 branca.

Batista et al., (2004) já haviam constatado padrões de mortalidade diferenciados por cor no estado de São Paulo. As mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, que as brancas; as crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição; e, nas faixas etárias mais jovens, os negros morrem mais que os brancos (BRASIL, 2005). Recentemente, Santos et al., (2007) constataram maior mortalidade de mulheres adultas em Recife.

Outro cenário que apresenta disparidades quando relacionado a cor/raça é a prematuridade e mortalidade infantil. A maior proporção de nascidos vivos prematuros (gestação < que 37 semanas) foi registrada nos recém-nascidos pretos com 7%. Dentre os menores percentuais de recém-nascidos prematuros, estavam os nascidos pardos, com 6% (BRASIL, 2005).

² Conforme o Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº12.288/2010, define a população negra são todos aqueles que se declaram pretos e pardos.

O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas ou parasitárias é 60% maior que uma criança branca. O mesmo em morte por desnutrição, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas (BRASIL, 2005).

O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco. Em relação ao sexo masculino, pelos óbitos por “agressões” na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, morrem 3,2 jovens negros. (SIM 2011-RS). No geral, o risco de morte por homicídios foi maior nas populações preta e parda, independentemente do sexo (BRASIL, 2005). Observadas as taxas de homicídios no Brasil, a ocorrência de vítimas negras segue padrão diferente das identificadas entre as brancas (SOARES FILHO, 2011). Entre negros, a tendência é de crescimento do risco de morte, enquanto diminui a taxa entre brancos, exacerbando as desigualdades na morte por homicídios.

Os principais indicadores de morbimortalidade, segundo a raça/cor, Brasil, 2010 são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais”, além da morbi-mortalidade por doença falciforme. Doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses, 10 gastroenterites, alcoolismo, etc. são mais incidentes na população negra. O acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil. (BRASIL, 2011)

Esta população do ponto de vista econômico e social, é considerada a mais pobre e menos instruída que o restante da população brasileira, apenas 2% recebem mais de dez salários mínimos mensais. Diante os dados, houve a necessidade da construção de uma política específica de saúde para a população negra, entrelaçadas, seja do ponto de vista do profissional de saúde, do programa, do serviço ou mesmo do sistema (LOPES, 2004).

3.3 Movimento Negro e Promoção da Igualdade Racial

A ideia de nação mestiça no Brasil nos anos 30 trouxe à tona a concepção de democracia racial. Nos estudos de Gilberto Freyre, já se conotava a mistura de raças como algo harmônico. Todavia, o mito da democracia racial não nasceu em 1933, com a publicação de Casa grande & Senzala, mas ganhou, através desta obra, sistematização e status científico. Tal mito tem o seu

nascimento quando se propõe uma ordem e o ponto de vista do direito livre e minimamente igualitário, entretanto não se cumpre com direitos que trabalhem essa igualdade. Assim, a Abolição e a proclamação da república, foram condições indispensáveis para que fosse consolidado, pois não há como denunciar desigualdades raciais em uma sociedade não mais escravocrata e senhorial. (FERNANDES, 1965)

O mito da democracia racial apoiava-se, e ainda se apoia, na generalização de casos de ascensão social do mulato³²; este, nas palavras de Carl Degler, encontrara uma “saída de emergência”, o que significa dizer que se desenvolveu um reconhecimento social do mestiço no Brasil. Contudo, a assimilação e reconhecimento social do mestiço ocorria à custa da depreciação dos negros. O que está por trás deste mecanismo brasileiro de ascensão social é a concordância da pessoa negra em negar sua ancestralidade africana, posto que está socialmente carregada de significados negativos (BERNADINO, 2002, p. 5)

Um brasileiro é designado preto, negro, moreno, mulato, crioulo, mestiço ou qualquer outro eufemismo, ao utilizar qualquer termo, o que se compreende é que se trata de um homem de cor, isto é, aquele assim chamado descende de escravos africanos. Trata-se, portanto, de um negro, não importa a gradação da cor da sua pele. (NASCIMENTO, 1978).

As ações afirmativas, vem por meio da concepção de equidade, reparar a situação de inferioridade da população negra, para que em um futuro, essa reparação esteja consolidada, esse em interesse contínuo do movimento negro, caracterizado como um movimento social que segundo Domingues (2007), pode ser definido como:

A luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural

³ O resultado da mistura entre os brancos europeus e negros africanos, na época do Brasil Colonial, inicialmente o termo era também aplicado para designar “mestiços”.

De acordo com Trad e Brasil (2012), essa a organização política pós abolição, envolve ações em defesa dos direitos de cidadania e participação competitiva da população negra no mercado de trabalho e propicia uma melhor interpretação das ações atuais no campo da saúde.

A formação do movimento negro tem início com materiais de jornais e revistas que compõem a imprensa negra, em 1920. Segundo Antônio Pires Liberac a primeira geração da imprensa negra foi desenvolvida, no fim do século XIX e início do XX, com conteúdo eventos das associações e para a preocupação com a inserção do negro na sociedade brasileira por meio dos bons costumes, da educação e da instrução.

Na década de 30, as organizações políticas começam a surgir, Associação dos Negros Brasileiros (ANB), a Frente Negra Brasileira (FNB) e o Teatro Experimental do Negro (TEN) e com essas organizações mais mobilizações e periódicos que reivindicavam o papel social do negro em um cunho político, visando a construção de sua identidade.

As décadas de 70 e 80 foram marcadas por uma rearticulação dos movimentos sociais, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco na luta por condições dignas de saúde para a população, com a inclusão mais efetiva do quesito raça/cor Censo de 1970 e com o florescimento do Movimento Negro Unificado no final dessa mesma década. A busca pela igualdade em direitos de para a população negra continua, o movimento negro ainda segue buscando romper as desigualdades impostas historicamente, denunciando a indignidade das condições de vida desta população.

3.4 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A partir da década de 1990, o Governo Federal passou a se ocupar do tema. Em atenção as reivindicações da marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do subgrupo saúde. Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a mesa redonda sobre SPN, o que culminou em propostas introduzidas no Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, entretanto até 2001 essas metas do PNDH não haviam sido cumpridas.

Em 2001, o debate se tornou mais amplo, a nível internacional por uma série de eventos que culminou na Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, em Durban, África do Sul pela ONU.

A 11ª e 12ª conferências nacionais de saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou a participação social nas instâncias do SUS, aprovando propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país.

A secretaria Especial de promoção da Igualdade Racial do Distrito Federal, SEPIR – DF, foi criada em Agosto de 2011, no governo Lula, por meio do decreto nº33.116/2011, com o objetivo desenvolver ações direta e indireta, coordenar formular, articular diretrizes e políticas para a promoção de igualdade racial, criar políticas públicas para comunidades ciganas, indígenas, quilombolas, matriz africanas e negras do DF. (DISTRITO FEDERAL, 2011)

A instalação do Comitê Técnico de Saúde a População Negra, se deu pelo decreto nº 34.23, de 14 de março de 2013, para articular programas, projetos e ações na área de saúde, desenvolvidas pelo MS e demais órgãos e setores relacionados, para contribuir com gestões de melhorias e investimentos, além de atividades preventivas e contínuas nas políticas de saúde voltadas à população negra. Sua formação é composta por membros do Governo do Distrito Federal, sociedade civil, militantes e pesquisadores.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população, reconhecendo que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País.

Esta política define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASÍLIA, 2013)

Além de incluir temas sobre políticas antirracistas e o fortalecimento do controle social para a ampliação e fortalecimento dessa participação do movimento social negro sob os

princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde, a PNSIPN ainda conta como incentivo à produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra, promoção e saberes de práticas populares de saúde e desenvolve ações para desconstrução de estigmas e preconceitos para a redução de vulnerabilidade, essas ações fazendo parte de suas diretrizes.

O objetivo geral da PNSIPN é promover saúde integral da população negra e contribuir para redução de desigualdades étnico-raciais e racismo institucional em saúde. Entre os objetivos específicos, temos: garantir e ampliar o acesso a serviços de saúde, tanto as que residem em áreas urbanas periféricas, quanto populações negras do campo e da floresta, em particular quilombolas; incluir a temática “combate às discriminações de Gênero e Orientação Sexual; identificar e prevenir situações de abuso, exploração e assédio moral, no ambiente de trabalho; através do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados, aprimorar a qualidade dos sistemas de informação; fomentar pesquisa e estudos sobre racismo e saúde da população negra. (BRASÍLIA, 2013)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma conquista, uma resposta as iniquidades sofridas por essa população, com a colaboração do movimento negro. As discussões foram fundamentais para estabelecer os princípios de equidade étnico-racial nas políticas de saúde, entretanto se faz necessário ampliar essa discussão na Atenção Primária a Saúde, fazendo com que esse discurso faça parte da rotina e cotidiano dos profissionais de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Compreender como se configura o conhecimento dos profissionais de um Centro de Saúde de Ceilândia sobre Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da População Negra – (PNSIPN), bem como o que pensam sobre ela.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Conhecer o conceito de raça/cor dos profissionais da Atenção primária a Saúde.

4.2.2 Descrever se a raça/cor dos usuários determina as práticas de saúde dos profissionais de um Centro de Saúde da Ceilândia.

5 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória qualitativa de cunho etnográfico, que consiste em uma observação sistemática do ambiente, na qual se aprende sobre algum fato social em sua totalidade pela observação em diferentes aspectos e a interpretação dos significados e para possibilitar a vivência e a aproximação dos pesquisadores com o campo, temática e pessoas analisadas, possibilitando assim, um olhar diferenciado.

Esta abordagem, permite a aproximação com as vivências e subjetividades dos profissionais da APS, proporcionando reflexões sobre as singularidades construídas a partir de contextos sociais. Segundo Minayo (1993), a fala cotidiana é o material primordial da investigação qualitativa, expresso tanto nas relações afetivas e técnicas, quanto nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos, o que atende melhor os objetivos desta pesquisa.

5.1 TEORIA CONCEITUAL METODOLÓGICA

A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa. A escolha por uma pesquisa qualitativa pode ser explicada, pois se configura a melhor a investigação de grupos, de histórias sociais sob uma ótica de atores nas relações e pela análise dos discursos e documentos através de um conhecimento empírico e processos sociais. Segundo Minayo (2004), esse método se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças e percepções, opiniões, produtos e interpretações que os humanos fazem sobre como vivem, sentem e pertencem.

A pesquisa social em saúde trata do fenômeno saúde/doença e o conhecimento da realidade, que verifica a atuação de instituições políticas, serviços e profissionais/usuários desse sistema. É uma pesquisa que precisa ser conceituada historicamente e levar em conta os conflitos e contradições em seu caminho para que a pesquisa funcione de forma global, captando sua totalidade.

Toda pesquisa deve ser uma atividade neutra e objetiva, tem o objetivo de descobrir regularidades em que o pesquisador não deve fazer julgamentos, nem “contaminar” a pesquisa com preconceitos e crenças, pois tudo vai depender da biografia do pesquisador, das opções teóricas, do contexto mais amplo e das imprevisíveis situações que ocorrem no dia-a-dia da pesquisa.

Para Goldenberg (1999), na abordagem qualitativa, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações

em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada.

Para a construção do texto e resultado da pesquisa, Cardoso de Oliveira (2000), propõe etapas para a análise dos fenômenos sociais, “o olhar”, “o ouvir” e “o escrever”, na qual essa percepção é essencial para refletir as questões epistemológicas que condicionam a investigação empírica. Para ele, o olhar sofre uma refração no momento anterior à pesquisa, em consultas bibliográficas e preparação de matérias básicas da universidade, por exemplo. O ouvir é outro fenômeno que passa por uma refração, pois já não se pode olhar da mesma forma conceitos baseados em “achismos” que após a pesquisa do objeto ganha uma forma mais familiar. O ouvir é o complemento do olhar, através dele pode-se eliminar ruídos que não façam sentido para a pesquisa. O escrever, seria a segunda parte da pesquisa previamente preparado para uma nova refração da prática teórica, agora com um olhar mais crítico, tende a estar mais completo.

O método etnográfico está associado a origem da ciência antropológica, na qual utilizam dois conceitos, “etnocentrismo” e “ cultura”. Se baseia no afastamento do etnocentrismo, que tem uma lógica onde se pensa o mundo através de um único viés, uma lógica de se pensar o mundo. A cultura, só pode então ser observada através dos fatos sociais, pelos valores, comportamentos e visões de seus sujeitos sociais e fundamentais à constituição da antropologia. (NAKAMURA, 2009). Assim, pode se compreender a totalidade da vida social e cultural de uma sociedade, a partir da observação de como se expressam os aspectos da vida social por meio de situações particulares, comportamentos, modos de vida e visões de mundo diferentes. A pesquisa etnográfica, seria a melhor forma de interpretar a vida “nativa”, por sua observação e descrição profunda de fenômenos. (LEVI- STRAUS, 1975)

5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde 10, escolhido por ser um espaço habitual de prática da Faculdade de Ceilândia – UnB. É localizado em Ceilândia – Distrito Federal (DF), uma região administrativa localizada a 26 km de Brasília. A cidade surgiu em 1971 através da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI), realizada pelo governo local em 27 de março de 1971, é a maior região administrativa do DF.

A rede de saúde de Ceilândia, conta com 1 Hospital Geral e Unidades de saúde vinculadas, sendo elas: 12 centros de saúde que possui cobertura de 4% de equipe de saúde da família, uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, 1 ambulatório de especialidades, 1 vila olímpica e 1 Centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas.

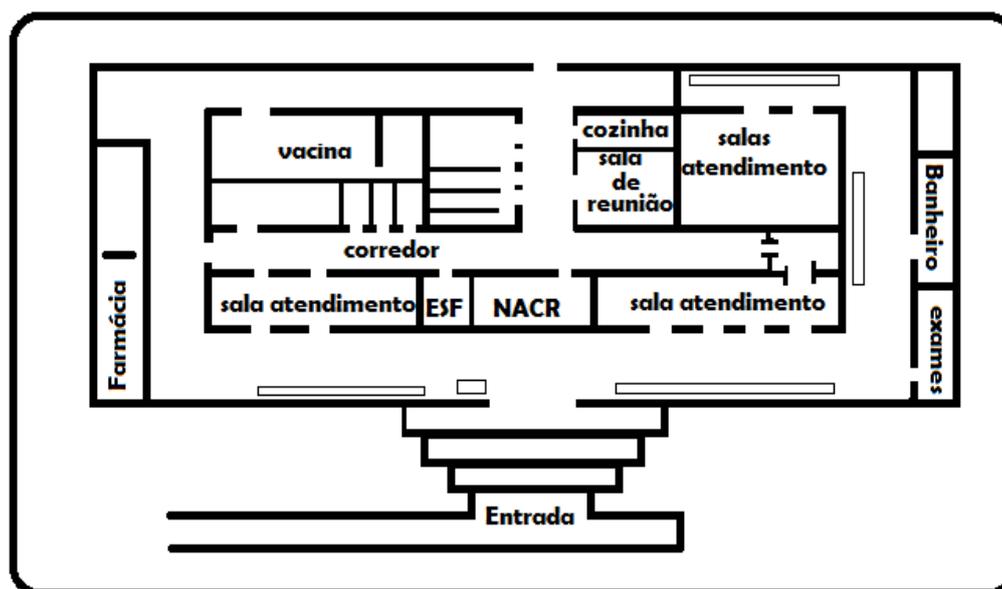


Figura representativa do Centro de Saúde

O Centro de Saúde se configura em sua estrutura física por três salas de ginecologia, uma sala da mulher, uma de nutrição, três de pediatria, uma sala da criança, uma clínica médica, uma sala de injeção e nebulização, uma sala do adulto na qual acontecem as marcações de consultas, atendimentos de ginecologia e pré-natal, além de consultas gerais e aferimento de pressão entre outros vários tipos de atendimento. No interior do Centro de Saúde há salas de administração, gerência, almoxarifado e sala de reunião, arquivo médico, uma sala de informações, uma de tira-dúvidas, odontologia, vacina e esterilização.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo contemplou 6 profissionais que trabalham na Atenção Primária de Saúde, dentre eles três mulheres e três homens. Das mulheres, uma se auto declarou branca, outra parda e outra afro descendente. Das profissões, duas eram enfermeiras e uma técnica de enfermagem e apenas uma revelou sua idade, 29 anos. Na minha concepção, as duas que não declararam idade, tinham entre 45 e 55 anos. Dos homens, dois se auto declaram negros e um se considera mulato.

Entre eles, um Gerente, um Agente de Saúde e outro trabalhava na Sala de Arquivos, com idades respectivas de 25, 32 e 57 anos.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional do centro de saúde, aceitar participar da pesquisa voluntariamente e assinar o termo livre esclarecido. Critérios de exclusão: indivíduos que não estejam dentro dos critérios de inclusão.

Foram abordadas quatorze (14) pessoas para verificar a disponibilidade de participar da pesquisa. Dentre elas, duas (2) se negaram a conversar, e seis (5) disseram não ter disponibilidade para participar e uma (1) não assinou o termo livre esclarecido.

5.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A coleta de dados constituiu-se de uma entrevista semi-estruturada e um diário de campo individual. Através de conversas informais, pôde-se colher as percepções dos profissionais, tornando a entrevista uma conversa aberta. As conversas ocorriam onde os profissionais se encontravam no momento, a maioria das conversas aconteceram no interior do Centro de Saúde, em suas salas, nos corredores, após os atendimentos ou em seus horários livres. A entrevista materializa através da linguagem a experiência do indivíduo. O termo experiência é utilizado historicamente por Heidegger e explicado por Minayo (2012):

“O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. Por ser constitutiva da existência humana, a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. Mas, a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação num movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos (irmãos numa mesma família, pessoas que presenciam um fato, por exemplo) a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história”.

A entrevista reconhece a importância da fala dos atores, segundo Dantas e Gondim (2004), na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. O diário de campo proporciona o registro tanto das perspectivas que o pesquisador tem ao iniciar a pesquisa, observações, sentidos e significados. Macedo (2010), quando aponta que:

O diário é um dispositivo na investigação, pelo seu caráter subjetivo, intimista. Além de ser utilizado como instrumento reflexivo para o pesquisador, o gênero diário é, em geral, utilizado como forma de conhecer o vivido dos atores pesquisados, quando a problemática da pesquisa aponta para a apreensão dos significados que os atores sociais dão à situação vivida. (MACEDO, 2010, p. 134)

5.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As entrevistas foram guiadas por um roteiro elaborado pela pesquisadora (Apêndice I), contou com perguntas pessoais, como: Nome, Idade, Profissão e perguntas referentes ao: Conhecimento sobre a PNSIPN; Auto-declaração de cor/raça; Conhecimento sobre racismo e racismo institucional; Se já presenciou algum episódio de racismo no Centro de Saúde; se o assunto teria sido discutido por meio de palestras e afins em sua formação e por último, Se percebia a cor/raça das pessoas que frequentavam o Centro de Saúde.

As perguntas procuraram embasar uma conversa sobre a percepção de cor e raça dos profissionais e o conhecimento da política. Ao serem abordados, os profissionais ficavam cientes do tema e do modo da entrevista. Mediante as conversas informais, as perguntas norteadoras iam surgindo de forma fluida, não ficando presas ao questionário, exatamente para que o profissional se sentisse a vontade de mostrar seu ponto de vista e sua experiência.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

O método da análise se deu a partir das falas e percepções coletadas na entrevista e no diário de campo dos profissionais da APS. Os dados qualitativos, expressam-se no detalhamento de situações, para que se possa compreender os indivíduos através de suas falas e vivências. O pesquisador com sua flexibilidade e criatividade, conseguem captar e analisar de forma mais ampla. Todo percurso contando com detalhes e dificuldades, se configuram como dado de pesquisa. (GOLDENBERG, 2004)

Os registros e notas das entrevistas foram arquivados em um caderno de campo individual, no qual foram descritos os relatos dos sujeitos, o espaço físico, as atividades e comportamentos do observador.

É na nota de campo, grafada no diário, que muitas questões se evidenciaram como, por exemplo, o conceito pessoal de cor/raça vinculado com assistência à saúde. Os detalhes contados eram acompanhados nos gestos das mãos, dos braços, dos olhos, tudo isto foi colocado como nota no diário. Este é um método etnográfico, inovado por Bronislaw, no século XX. Segundo Hess (1998), a escrita em um caderno de campo é também uma forma de analisar a articulação de dimensões interindividuais, grupais, organizacionais e institucional, o detalhamento do processo de inserção, observação e coleta de dados é fundamental, sendo uma parte expressiva do ofício do pesquisador. (WEBER, 2009, p. 157).

As notas de campo são divididas em dois tipos de materiais: descritivo, capaz de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas. O outro é reflexivo, contando a parte de vista do pesquisador, além das ideias e preocupações. (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 152)

Para a organização dos registros, foi criado um roteiro/tabela que teve como base os estudos e orientações de Bogdan e Biklen, 1994, utilizando os dados descritivos do material presentes no diário de campo. Esta análise resultou em três (3) eixos principais com temas relacionados as perguntas feitas a partir do questionário semiestruturado.

Aos participantes entrevistados foram dados nomes fictícios: Ana Nery, Florence, Maxwell, Juliano, Felipe e Melanie. Em ordem cronológica de entrevistas (Ana Nery - mulher, branca⁴, 29), (Florence - mulher, branca), (Maxwell - homem, negro, 25), (Juliano - homem, negro, 32), (Felipe - homem, mulato, 57) e (Melanie - mulher, afro descendente). Na minha concepção de pesquisadora negra, identifico os participantes Maxuell, Juliano, Felipe e Melanie como pessoas negras e Ana Nery e Florence como pessoas brancas.

5.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

As normas e diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, foram obedecidas e atendidas. Este trabalho, faz parte de uma pesquisa maior realizada na Universidade de Brasília – UnB, Faculdade da Ceilândia, intitulada: “E a cor do meu corpo importa no cuidado? Políticas e práticas de Saúde”, aprovada pelo CEP/FEPECS em outubro de 2014, sob o parecer

⁴ A classificação racial mostrada segue a auto declaração do profissional entrevistado, com o objetivo de salientar que as opiniões colhidas em entrevista, podem ser diferentes dependendo da vivência e suas relações sociais em diferentes etnias, denominando identidade.

de número 754.76, tem por objetivo problematizar a leitura dos profissionais sobre racismo institucional e as políticas públicas antirracistas, a partir de uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico que aborde as percepções dos usuários do SUS encontrados em uma unidade básica de saúde (UBS) específica.

As entrevistas realizadas asseguraram: a confidencialidade das informações geradas, a privacidade do sujeito da pesquisa preservada, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e das instituições, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos envolvidos. Todos os participantes assinaram o termo livre esclarecido, que continham o e-mail e número de contato da pesquisadora e garantia de confidencialidade das falas.

6 RESULTADOS

Neste estudo, foi possível compreender como se configura o conhecimento dos profissionais sobre a PNSIPN. Aspecto importante para a compreensão dos profissionais da APS sobre a PNSIPN. As análises foram agrupadas em temas referente as perguntas realizadas, referem-se a:

- Propagação e necessidade da PNSIPN
- Percepção de cor/raça e racismo institucional
- O racismo dentro e fora da APS

6.1 Propagação e necessidade da PNSIPN

Entre os relatos é possível identificar o desconhecimento da PNSIPN. Das 6 pessoas entrevistadas, 2 conheciam a política 1 ouviu falar e 3 desconheciam. As falas que apontaram o conhecimento, não se aprofundaram em como se deu esse contato ou a propagação da política. É possível notar que durante as entrevistas, os profissionais faziam uma pausa antes de responder, para uma reflexão e demonstravam surpresos quanto ao questionamento.

Conheço. (Juliano e Felipe)

Não conheço. Esse assunto é pouco tratado no posto, nem na ficha de atendimento onde tem uma questão sobre raça/cor e as mulheres não respondem, nem na triagem a opção é preenchida. (Ana Nery)

Não. (Florence e Melanie).

Já ouvi falar, ela é bem nova né? Já vi algo a respeito, mas não sei falar com propriedade sobre o que ela enfatiza. Sei que diz respeito a combater o racismo. Não é muito reforçado no ambiente de saúde. (Maxwell)

Mesmo sem ter muito contato com a política, percebe-se no relato de Ana Nery por exemplo, o questionamento sobre as estratégias dessa propagação, um meio seria o preenchimento do quesito raça/cor na triagem. O quesito raça-cor, faz parte de um dos objetivos específicos da política consistem em lançar nos sistemas de informação de saúde o quesito raça-cor para aprimorar os sistemas de coletas, desenvolver ações para ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta e, em particular, das populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde, além de fomentar à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. Como não acontece, isso reforça o desconhecimento da política. Maxwell, entende que é uma política antirracista, mas também relata que é um tema pouco abordado. Quando se questiona sobre a importância desta política, temos:

Não vejo muita importância, não existe preconceito aqui, eu pelo menos nunca vi. (Florence)

Não se discute a política aqui, eu acho que deveria. (Melanie)

Muito importante, e que os profissionais precisam conhecer devido a doenças mais prevalentes nessa população, como: anemia falciforme, diabetes e demais doenças...um profissional deve se preparar, pois existem várias políticas e cada uma tem sua individualidade, um exemplo é a da doença hemofílica que é prevalente na população branca e em mulheres. (Ana Nery)

Acho importante sim, o abuso sobre pessoas negras no ambiente de saúde é mais recorrente do que se imagina, as pessoas não denunciam muito, mas volta e meia se escuta sobre uma violência racial. (Maxwell)

O racismo acontece de várias formas, deve ser combatido em todos os locais, ainda mais órgãos públicos. (Juliano)

A primeira fala, entende a não importância da política com a ausência de racismo no ambiente de saúde. Cunha (2012) remete essa resistência à crença de racismo, se dá pela crença

de que no Brasil se viva a “democracia racial”, o que fomenta um racismo inexistente, não vê necessidade de ter uma política antirracista na qual não existe racismo.

Posteriormente, temos a relação da necessidade da política ligada ao fator biológico, esse foi primordial para a conscientização da sociedade e governo sobre a saúde da população negra, visto que os indicadores de doenças e problemas que incidem mais sobre a população negra eram alarmantes, como resposta foram elaborados o Programa de anemia falciforme do MS e o Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população Brasileira Afrodescendente, publicado em 2001.

Apesar do fator biológico ter dado o impulso de alarme sobre a importância da PNISP, outros dois fatores também englobam a política, os fatores sócio raciais, e os fatores programáticos. Os fatores sócio raciais, englobam: desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose, hanseníase e causas externas (violências e acidentes). Os fatores programáticos englobam a questão de acesso (qualidade de atenção), relações interpessoais e o preconceito no ambiente de saúde, afetadas pela questão da iniquidade racial, esse admite fatores internos (restrição de acesso, qualidade de serviços, oportunidade de acesso e segregação e discriminação) e externos (Nível de renda e tipo de ocupação, lugar de residência, estilos de vida e qualidade de acesso à educação). (TORRES, 2002)

Nas duas últimas falas, temos o reconhecimento da existência das iniquidades raciais, assim afirmam que a política seria importante para combater o racismo em suas diversas formas. Reconhecer que o racismo é recorrente em ambientes de saúde é tornar verídico os dados estatísticos e presentes na literatura. As duas falas que reconhecem o racismo em ambientes de saúde são de pessoas que se consideram negras, reconhecer ou não iniquidades pode estar intrinsicamente ligado a história de vida do profissional e suas vivências que tiram as vendas impostas pelo mito da democracia racial.

Outra vertente da PNSIPN, é tratar do assunto em todas as esferas sociais. Além dos profissionais de saúde, a população deve estar ciente que existe uma política que lhes assegura um atendimento sem práticas discriminatórias. A política deve ser propagada desde a graduação dos profissionais de saúde, bem como palestras ou cursos de reciclagem, o que não acontece como vemos abaixo:

Eu tive uma aula na faculdade sobre doenças prevalentes das populações, lembro das doenças na população negra. (Ana Nery)

Não. Acredito que se entrevistar pessoas negras pode ser que tenha uma opinião diferente. (Florence)

6.2 Percepção de cor/raça e racismo institucional

Ao serem questionados sobre conceitos de cor e raça, percebe-se que não se vê diferença dos termos na maioria das falas, exceto para uma (1) das seis (6) pessoas entrevistadas, na qual a raça é vista como algo biológico, da natureza do ser humano e a cor vista como a cor da pele. A reação a esse questionamento, demanda compreensão, leitura e construção de identidade étnico racial do sujeito que se é questionado, portanto para captar a percepção de racismo através de narrativas, busca-se também aprofundar na reflexão do tema antes de inseri-lo.

Mais ou menos, cor é cor da pele e raça é a origem... de onde viemos. (Florence)

A noção de cor aparece como “uma categoria racial, pois quando se classificam as pessoas como negros, mulatos ou pardos é a ideia de raça que orienta essa forma de classificação” (GUIMARÃES, 2003, p.103)

Quando se questiona sobre a cor/raça dos usuários que frequentam o Centro de Saúde, percebe-se que o assunto não faz parte do cotidiano, a reflexão não é instigada neste ambiente. As falas demonstram o conceito de miscigenação.

É muito misturado, pra mim vem mais pessoas pardas, brancas, não sei. (Ana Nery)

É tudo misturado, mas acho que vem mais brancos. (Florence)

Não tem como dizer, é interessante olhar as fichas, mas acredito que seja misturado. Eu visito as casas e é tudo misturado, mas não reparo muito nisso. (Juliano)

Aqui vem mais gente parda e negra, o mesmo entre os profissionais. (Felipe)

O conceito de raça vem de um histórico no qual o termo era utilizado para justificar o racismo, como afirmação de diferenças raças e por isso a existência de uma superior à outra ainda percorre nos tempos atuais. Porém outra vertente abrange esse termo e usa como ferramenta de luta antirracista, tanto pelos militantes do movimento negro e intelectuais, o que explica o porquê de ainda ser necessário seu uso. Guimarães (1999), diz que o termo raça não

faz parte do cotidiano da população, apenas entre as pessoas que são militantes dos movimentos sociais e poucos pesquisadores. Breitner Tavares (2008), faz uma discussão sobre essa categoria e a construção da identidade buscada pelos brasileiros, na qual foi utilizada por muito tempo como forma de segregação da população negra e depois a utilização do termo para reconstrução política. Garcia (2009), frisa que a questão racial no Brasil, ainda é bastante deturpada, pois o mito da democracia racial está enraizado em nossa sociedade, então é difícil refletir sobre o que não é cotidiano.

6.3 O racismo dentro e fora da APS

Edson Borges, Carlos Alberto Medeiros e Jacques d'Adesky (2002), afirmam que o racismo é um comportamento social, presente na história da humanidade e se expressa tanto individualmente, como institucionalmente, de formas interligadas. O racismo está presente em nossa sociedade em vários aspectos e é reconhecido na maioria das falas quando questionado seu significado, temos:

Acredito que sim, mas vem diminuindo. Hoje em dia as pessoas já estão mais conscientes de que racismo é crime e que podem pagar por isso, vejo os casos que passam na televisão. (Ana Nery)

Apartheid é racismo, quando uma população fica separada das outras e sofre o preconceito. Eu tenho uma filha negra, me casei com uma mulher branca e o pai dela era racista, foi com meu sogro racista que percebi a existência do racismo na pele. (Juliano)

Quando chamavam minha mãe diziam “Vou lá na casa da neguinha” ali senti o racismo na pele. Tenho Lúpus e não posso tomar sol. Cheguei a Brasília e senti as pessoas se “cutucando com minha presença” por usar roupas negras. Já fui encaminhado para psiquiatria, por causa das roupas e ao tirar as roupas, fiquei normal. Me chamavam de “maloqueiro” “morador de rua. (Felipe)

Eu morava no Vicente pires, você conhece? É um bairro considerado nobre, pouco tempo que a gente chegou, ainda nem conhecíamos a vizinhança, chegou um vizinho para conversar com o dono da casa, era para perguntar algo sobre as árvores de casa, não me lembro ao certo, e eu atendi ele né? E ele já foi explicando que queria conversar com alguém da casa, referindo que eu era a empregada. Eu me segurei muito para não fazer um barraco ali mesmo, falei que eu era a dona da casa, que meu marido era juiz e ele ficou todo sem graça, pedindo desculpa, pediu desculpa para o meu marido. Para você ver né? As pessoas não entendem que o negro pode crescer. (Melanie)

Sobre a existência do racismo em nosso País, acredita-se pela primeira fala, que está sendo superado e que está cada vez menos se ouvindo falar no assunto por uma certa conscientização da sociedade por ser considerado crime.

O racismo na forma individual, manifesta-se por meios de atos discriminatórios extremos de violência, como agressões que podem resultar a morte, quando nos reportamos ao Apartheid na África do Sul ou conflitos raciais nos EUA, que é pouco visto na mídia, mas ainda presente nos dados de mortalidade. Na forma institucional, ocorrem pelas práticas discriminatórias, isolamentos dos grupos em determinados bairros, escolas e empregos, na mídia retratando negros em estado de exclusão. Na saúde se configura como racismo institucional, quando a instituição falha em servir um atendimento sem discriminação, que se manifesta através de preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista.

Para muitas pessoas, ser negro se resume a cor da pele e não leva em consideração os fenótipos e cultura daquele indivíduo, que muitas vezes associado a uma classe social mais baixa. Na fala da Felipe, vemos que é nítida a separação de cultura negra e cultura branca quando ele cita a música branca, ao conhecer a cultura negra e identificou ao ponto de “tornar-se” negro. Ele relata o racismo sofrido ocorrido por estar usando “roupas negras”, ali foi visto como diferente e assim não faz parte do grupo, a usar roupas que não se adequam a sua etnia já era considerado parte de um grupo racial inferior.

Ao analisar as falas sobre o que se configura racismo institucional, temos a ideia de que é o preconceito racial que acontece em ambientes públicos, legitimados pelos discursos abaixo:

É o racismo em ambientes públicos. (Ana Nery)

É quando as pessoas sofrem preconceito de cor? (Florence)

Discriminação, não aceitação. (Felipe)

O racismo, segundo Lopes (2004) não é uma opinião individual, é uma programação social e ideológica à qual todos estão submetidos, no qual as pessoas reproduzem, consciente ou inconscientemente, atitudes racistas que, em certos casos são inteiramente opostas à sua opinião.

Ao serem questionados sobre práticas racistas dentro do ambiente da APS, na maioria das falas temos a negação destas dentro do ambiente do Centro de Saúde. Tratar todos de forma igualitária é um discurso presente e reiterado diversas vezes, como vemos nas falas abaixo:

Acredito que exista racismo fora sim, mas no posto não. (Florence)

Aqui é todo mundo igual, as pessoas estão preocupadas em receber atendimento que demoram muito para conseguir, ficam muito tempo nas filas de espera. (Ana Nery)

Trabalho aqui há muito tempo e nunca vi. Aqui não tem isso, a gente procura tratar as pessoas iguais, aprendemos isso como profissionais, o ambiente de saúde não pode ter racismo. (Florence)

Aqui eu nunca presenciei, mas também trabalho há pouco tempo, é bem claro nos hospitais em que trabalhou “vim do hospital da Ceilândia e lá é muito recorrente. Inclusive trabalhava como enfermeiro no hospital de base e já viu médico recusar a atender pacientes negros. Já vi enfermeiro não atender por que é negro, é mais recorrente do que parece. (Maxwell)

Sim, o racismo está em todo lugar, eu sei por que já sofri racismo, a verdade é que tudo que é diferente do padrão acaba levando martelada, prego que se destaca leva martelada né? O racismo está em todo lugar. (Felipe)

Pois é minha filha, ninguém discute isso aqui não. Aqui tem poucos profissionais negros, dá uma olhada, se tem é da limpeza. Eu estou aqui, mas não sinto uma diferença, mas eu também não deixo! Um dia o médico estava atendendo e pediu que eu pegasse café para ele, e eu não fui! Me nego mesmo, imagina se isso vira rotina! A gente tem que se impor! Eu não tenho empregada negra, faço questão de ter branca. (Melanie).

Teve racismo no posto, mas eu prefiro não falar, posso comprometer alguém. (Juliano)

Infelizmente, o racismo em nossa sociedade se afirma através de sua negação. GUIMARÃES, 1999, nos mostra que quando se nega a realidade social, o isso contribui para a sua discriminação. Durante muito tempo se negou que o racismo era algo intrínseco e que seria resultado das atuais iniquidades raciais e sociais que sofre a população negra.

A questão racial brasileira está inserida em um complexo campo da diversidade cultural, a construção social, histórica, política e cultural das diferenças ainda é vista como um tabu. Conversar sobre práticas racistas em um país que supostamente não é racista, nos coloca em uma situação complicada, como se o fato de falar sobre isso já nos tornasse racista, e não o contrário. Sair dessa zona de conforto se torna interessante apenas a pessoas que pertencem a um grupo étnico racial ou pesquisadores que estudam e reivindicam esses direitos. Para pessoas que não estão “inseridas” nesse contexto, ainda é o mito da democracia racial que emerge e dita que o fato é inexistente em certos ambientes em que o discurso de igualdade é superior ao de equidade.

Segundo a própria “regra da justiça” de Almeida (2007), somente se tratando diferentemente os desiguais poderemos alcançar uma maior igualdade entre os grupos. Assim se configura o conceito de equidade, a forma mais justa de tratar os indivíduos seria perceber as diferenças que agravam situações de vulnerabilidade e tratar de forma diferente para que todos cheguem no mesmo patamar.

As últimas falas concluem que o racismo também se encontra presente dentro do ambiente de saúde, o ato de um profissional de saúde se recusar a atender um paciente negro se configura como racismo institucional, pois o atendimento é negado por sua raça/cor. Por mais que o racismo, em sua maioria, apareça de forma velada, alguns atos sinalizam que o atendimento à população negra se diferencia, ou pode nem ocorrer, como na fala de Maxwell e isso é recorrente em ambientes de saúde.

O falar sobre racismo ainda é algo difícil, além de não ser habitual, as pessoas ficam desconfortáveis como se o simples fato de dialogar já fosse um julgamento. Juliano, relata ter presenciado o racismo institucional, mas em modo de defesa, não fala muito sobre o assunto.

Segundo Mendes (2012), “O discurso oficial da APS como estratégia está longe de consolidar-se na prática institucional porque não foram dadas as condições materiais e simbólicas para que isso acontecesse”. Nessa condição, qualquer iniciativa que foque na atenção básica sem provocar mudanças na estrutura de um sistema de saúde marcado pela interferência de classes hegemônicas, tornará sempre limitada em suas respostas sociais.

A terapia Ocupacional além de ser reconhecida pela atuação em uma prática assistencialista, cumpre demandas institucionais e populacionais que se transformam historicamente. São diversos os espaços de atuação, na educação, na saúde ou no campo social,

dentre esses campos, também é competência profissional compor a equipe de gestão (DE CARLO et al, 2009).

Existe uma grande necessidade do olhar singular a respeito das equidades em saúde tanto individual, quanto coletivamente. O Terapeuta Ocupacional quando faz parte da equipe de gestão, é responsável pelo planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações (ROCHA, 2012). Dentre essas ações, com a ampliação da atuação do Terapeuta Ocupacional está a possibilidade de ações com as políticas públicas sociais e de saúde vigentes (OLIVER, 2005).

7 DISCUSSÃO

As práticas do Racismo Institucional, se consolidam de diversas formas, inclusive ao negar discutir sobre esse assunto dentro de um ambiente de saúde. Os depoimentos deixam emergir que o profissional da APS desconhece a PNSIPN. Nas narrativas, entende-se que se trata de uma política antirracista e o enfrentamento do Racismo Institucional, entretanto seus objetivos específicos e necessidade não são discutidas neste ambiente.

Política pública se configura como um conjunto de estratégias que utilizam de programas, ações, essas desenvolvidas pelo Estado para que se assegurem os direitos da população. As políticas públicas são asseguradas tanto pelos entes públicos como privados, ambas devem fazer parte de sua implementação e fiscalização para uma mudança real na sociedade. O servidor é o agente de transformação do governo, por onde as políticas vão se firmar e onde ocorre de fato o cuidado proposto, percebeu-se que deve haver uma maior propagação desta política neste ambiente, já que se é percebido sua necessidade, bem como maior interesse de se discutir.

A PNSIPN é uma política transversal, abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. A utilização do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas é uma de suas estratégias, entretanto vemos que o Centro de Saúde não faz uso desse mecanismo, seu uso, poderia promover um maior debate no sentido de auto declaração e no cuidado específico dessa população que mais frequenta esse ambiente.

Os profissionais sinalizam que é justificável a PNSIPN além do cunho biomédico, na qual citam inclusive outras políticas públicas específicas, entendem o conceito de racismo institucional e a importância de uma política específica para combater desigualdades raciais nos ambientes de saúde.

Entender a importância de uma política pública é entender que os agravos acometidos nessa população são realmente preocupantes, visto que os dados cada vez mais presentes na mídia, que foi inclusive destacado em uma fala da pesquisa. Mesmo com alguns relatos que reconhecem o racismo institucional no ambiente de saúde, o Centro de Saúde ainda é visto como uma “bolha”, em que essas práticas não entram nesse cotidiano, o mito da democracia racial é mantido nos relatos.

Essa ideia de igualdade desconsidera os fatos que historicamente colocaram a população negra em situação de desprivilegio na sociedade. A percepção de que o enfrentamento da desigualdade passa pela adoção de políticas direcionadas ao campo racial ainda é algo a ser construído (PAULO, 2015). Desse modo, uma política que tenha como objetivo a equidade racial não deve ser tida como concessão, regalia ou intrusão, mas sim como um caminho rumo à efetivação do direito humano à saúde.

Os fundamentos para a persistente negação de uma questão racial determinante, sinaliza pistas, sobre como os arranjos institucionais e o modelo de gestão refletem, em grande parte, a ambiguidade com que a temática racial tem sido tratada, e tudo isso pode indicar os limites nos quais o debate e as ações de integração de uma política racial estão circunscritos (PAULO, 2015), principalmente no contexto da APS.

A atenção primária deve se caracterizar por um atendimento que considere o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, o que não foi contemplado no discurso dos profissionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, identificamos que a ideia de racismo e racismo institucional é reconhecida pelos profissionais da Atenção Primária de Saúde, remetendo muitas vezes à experiência individual dos profissionais que se declaram negros. Já entre os profissionais brancos, o assunto não é aprofundado, a reflexão gira em torno do fator biológico como primordial para a existência da política e o racismo dentro do ambiente não é percebido.

O mito da democracia racial se solidifica quando o diálogo sobre diferenças e necessidades de políticas específicas quanto a racialidade/etnicidade não envolvem profissionais da saúde em especial, os da APS. Pois, mesmo considerando a desigualdade existente entre negros e brancos, ainda assim os profissionais na sua maioria assumem uma

discricionarieidade capaz de negar o mais óbvio das diferenças sob a alegação da igualdade para todos.

Visto que o movimento negro foi crucial para a criação de medidas públicas de cuidado e ações afirmativas, é necessário um maior contato com a fiscalização e propagação dessas conquistas para que sejam de fato efetivadas. Entender o conceito de cor/raça dos profissionais e expandir essa reflexão ao se questionar se a cor/raça dos usuários importa para os atendimentos em saúde é colocar em prática os objetivos da PNSIPN, entre elas a promoção da igualdade racial.

O profissional de saúde, que está em contato direto com o paciente e suas demandas, é o responsável direto por entender o indivíduo como um todo e deve estar preparado para a diversidade da população e suas individualidades. O discurso de igualdade é reiterado em algumas falas, o que não contempla a realidade. Os serviços devem oferecer um serviço com tratamento diferenciado e específico para diferentes grupos populacionais, pelas suas demandas diferentes para que se reduza a desigualdade. O olhar equânime prevê que essa diferença poderia ser reparada nesse momento, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.

Percebeu-se nos resultados dessa e de outras pesquisas relacionadas, a necessidade da criação de uma Política Distrital de Saúde da População Negra, apenas prevista na gestão de governo do ex-governador Agnello Queiróz, visto que agravos de saúde dessa população são bem presentes na capital do País. Sendo a maioria da população do Distrito Federal, é necessário investir em uma política que garanta direitos básicos para a população negra, e ampliação ao acesso ao sistema de saúde.

Dar visibilidade às iniquidades é uma maneira de compreender as várias formas de discriminação e como elas atuam no sistema de saúde.

Faz-se necessário democratização de informação da política nacional da saúde da população negra, por meios de palestras ou cursos de reciclagem que embasem os profissionais do tema, pois a atenção básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. O que consiste em outro desafio, pois foi feita a tentativa da devolutiva do trabalho ao Centro de Saúde, entretanto notou-se que além da falta de diálogo do coordenador do Centro de Saúde, o desinteresse sobre o tema foi recorrente entre os profissionais, pois não se interessaram em assistir a devolutiva da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS. Florianópolis. 2007

ARAÚJO, S. M.; GUIMARÃES, M. J.; ARAUJO, T. V. B. **Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003**. Saúde Soc. São Paulo, 16(2): 87-102, 2007.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M.; PEREIRA, J. C. R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999-2001**, Rev. Saúde Pública, 38 (5): 630-6, 2004.

BATISTA, L. MONTEIRO, R. **Iniquidades Raciais e Saúde: o ciclo da política de saúde da população negra**. *Saúde debate*. 2013, vol.37, n.99 p.681-690 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042013000400016&lng=en&nrm=iso> Acesso em 14 de abril de 2016.

BERNARDINO, J. **Ação Afirmativa e a Rediscussão do Mito da Democracia Racial no Brasil**. *Estudos Afro-Asiáticos*, Ano 24, nº 2, 2002, p. 247-273.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Tradução Maria J. Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo M. Baptista. Portugal: Porto Editgora, LDA, 1994.

BORGES, E, MEDEIROS, C. A e D´ADESKY. **Racismo, preconceito e intolerância**. São Paulo: Atual, 2002.

BRASIL, 2010. **Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da População Negra**. Ministério da Saúde. Brasil, 2010.

BRASIL. **CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS: Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos**. Documenta, n. 2. Brasília, 2004.

BRASIL. **Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.**

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf>. Acesso em: 14 abril. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Artigo 196.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica – CGIAE.** Ministério da Saúde. 2011

BRASÍLIA. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Ministério da Saúde. 2013

CARVALHO, A. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. p. 19-38.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadores de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 14 de Abril de 2016.

CUNHA, E. M. G. P. **Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios.** In: BATISTA, L. E. et. al. **Saúde da População Negra.** 1º edição. Brasília, De Petrus et Alii, 2012. p. 37 – 48.

DANTAS, M et al. **Da Fala do Outro do Texto Negociado: Discussões Sobre a Entrevista na Pesquisa Qualitativa.** Paidéia, 2004, 14 (28), 139 -152

DE CARLO, M. M. R. P et al. **Planejamento e gerenciamento de serviços como conteúdos da formação profissional em Terapia Ocupacional: reflexões com base na percepção dos estudantes.** Interface Comun. Saúde educ; 13(29): 445-453, abr.-jun. 2009.

DITRITO FEDERAL. **Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social em saúde.** Brasília. 2011

DOMINGUES, P. **Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos.** Revista Tempo, 2007, v. 12, n.23, p. 100-122.

DZIDZIENYO, A. **The position of blacks in Brazilian society.** Londres, 1971.

FERNANDES, F. **A Integração do Negro na Sociedade de Classes.** Editora/Ed. USP. São Paulo. 1965

GARCIA, A.S. **Desigualdades Raciais e Segregação Urbana em Antigas Capitais: Salvador, Cidade d’ Oxum e Rio de Janeiro, Cidade de Ogum.** Rio de Janeiro. Garamound, 2009

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Record, 1999 p.107

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Record, 8ª ed. 2004 p.107

GUIMARÃES, A. S. A. **Como trabalhar com ‘raça’ em sociologia.** Educação e Pesquisa, vol. 29, n. 1, p. 93-107, 2003.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil.** São Paulo: Fundação de Apoio a Universidade de São Paulo; Editora 34, 1999.

HASENBALG, C. **Discriminação e desigualdade racial no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 72-86

- HESS, R. **Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional.** In: HESS, R.; SAVOYE, A. (coord.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle.** Paris: Méridiens Klincksieck, 1998. p. 2
- LAGO, E.R.L.; CRUZ, R.R. **Atención Primaria de Salud y medicina general integral.** In: SINTES, R.A. **Temas de medicina general integral.** La Habana: Ciências médicas, 2001. p.07-28.
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- LIBERAC, A. **As associações dos homens de cor e a imprensa negra paulista: movimentos negros, cultura e política no Brasil Republicano (1915-1945).** Belo Horizonte: Fundação Universidade Federal de Tocantins, 2006.
- LOPES, F.; **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil.** Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.
- MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação.** Brasília: LiberLivro.2010.
- MARTINS, A. L. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (11): 2473-2479, 2006.
- MATTA, G, MOROSINI, M. **A Atenção Primária a Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2009.
- MATTA, G. C. **A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia.** Trabalho Educação e Saúde, 3(2): 371-396, 2005.
- MENDES, E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciências da Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8º edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O.; **Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementariedade?** Caderno de Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

NAKAMURA, E. **O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica.** Saúde soc. 2011

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro processo de um racismo mascarado.** Ed. paz e terra. Rio de Janeiro. 1978.

OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo: Olhar, Ouvir e Escrever.** Unesp. 2. ed. 2000.

OLIVER, F. C.; BARROS, D. D.; LOPES, R. E. **Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 31-39, jan./abr., 2005.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.** Disponível em: Acesso em: 12 nov. 2004.

PAULO, C. **As respostas do estado às demandas sociais e étnicoraciais: particularidades no Brasil entre 2003 e 2013.** Tese de Doutorado Universidade de Brasília – UnB Instituto de Ciências Humanas – IH. Departamento de Serviço Social – SER. Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS. 2015

QUIJANO, A. **¡Qué tal Raza! América Latina en Movimiento,** 1992. No. 320.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A. ;OLIVEIRA, R. H. **Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

SANTOS, J. SANTOS, G. **Narrativas dos Profissionais da Atenção Primária Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez 2013.

SOARES FILHO, A. M. **Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil.** Rev. de Saúde Pública, 45 (4): 745-55, 2011.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuições das Ciências Sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TAVARES, B. **Raça e pensamento social brasileiro.** Latitude, Vol.2, nº1, pp.64-81, 2008.

TORRES, C. **Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad.** Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2001. 236p

TRAD, L. A. B; BRASIL, S. A. **O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro.** In: BATISTA, L. E. et. al. **Saúde da População Negra.** 1º edição. Brasília, De Petrus et Alii, 2012. p. 70 – 97.

VAN DER ZEE, J. **Over de grenzen van de eerste lijn: vergelijkend onderzoek in een Europese region.** [Over the borders of primary care. Comparative study in a European Region]. Utrecht/Maastricht, NIVEL/Rijks universiteit Limburg, 1989.

WEBER, F. **A Entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo?** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 157-170, 2009

WERNECK, J. **Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido.** In: BRASIL. **Fundação Nacional De Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.** Brasília: Funasa, 2005. p.315-386

WERNECK, J. **Racismo nos Serviços de Saúde:** Curso Saúde da População negra – IESC/UFRJ e Criola, Janeiro, 2011.

WHITEHEAD, M. **The Concepts and Principles of Equity and Health.** Geneva: WHO, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “E a cor do meu corpo me importa? Por uma etnografia das percepções sociais de raça/cor no campo da saúde”, de responsabilidade de **Raquel Alves de Souza**, aluna de graduação da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é mapear a importância que o corpo e raça têm para os profissionais do SUS, como compreendem e se existe diferença de percepção nesse sentido. Assim, gostaria de consultá-lo (a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionários semi-estruturados através de uma conversa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco, como financeiro, de saúde, psicológico entre outros. Espera-se com esta pesquisa promover o debate da saúde negra em âmbito da saúde e analisar o racismo institucional no ambiente da saúde.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através dos telefones: (61) 82239762 pelo e-mail: raquel.terapiaocupacional@gmail.com

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de devolutiva do projeto aos funcionários do posto, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ___ de _____ de _____

APÊNDICE 2 - ROTEIRO

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

PERGUNTAS PESSOAIS:

- Nome
- Idade
- Profissão

PERGUNTA CENTRAL:

- Você já ouviu falar da política nacional de saúde integral da população negra do ministério da saúde?

PERGUNTAS COMPLEMENTARES:

- Como você se auto declara?
- Aqui no centro de saúde, você acha que frequentam mais usuários de que cor/raça?
- Você sabe o que é racismo institucional?
- Você acha que existe racismo no Brasil?
- Já presenciou algum episódio de racismo institucional no Centro de Saúde?
- Já se discutiu sobre esse assunto em algum momento da vida profissional e/ou graduação, por meio de palestras e afins?

Fonte: elaborado pela pesquisadora



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: E a cor do corpo importa no cuidado? Políticas e práticas de saúde

Pesquisador: Rosamaria Carneiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 31539614.3.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 754.763

Data da Relatoria: 18/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa etnográfica, que visa analisar como e se a cor do corpo e a noção de raça importam para os atendidos e para os que trabalham na rede pública de saúde, avaliando a recepção de uma política diferencialista, que intenta compreender se, como e de que maneira, a questão racial ingressa nos anseios pelo cuidado por parte daqueles que se encontram nas pontas do sistema de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetiva compreender como a questão racial é percebida por usuários e profissionais do SUS, a fim de saber se a cor do corpo pesa e como pesa no momento do cuidado, bem como, em outro sentido, compreender e refletir sobre como o movimento negro local (DF), percebe a questão racial no campo da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Reporta riscos que poderão advir do desconforto diante das questões realizadas, no que tange às situações de racismo já vividas ou receio em publicizá-las, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários, assim a pesquisa se deterá a temática. Como benefício espera-se contribuir com o adensamento dos estudos das interface raça e saúde, algo ainda pobre no Brasil. O projeto poderá também servir para a reflexão e organização do serviço, bem como

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 754.763

diálogo entre as distintas esferas que pretende abordar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se desenvolverá mediante entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e ativistas do movimento negro, todos envolvidos com a questão da saúde. Espera-se entrevistar 8 profissionais, 2 ativistas e 20 usuários do posto 10.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto assinada pelo Chefe do núcleo de Enfermagem do HRC e Coordenação.

Apresentou TCLE, critérios de exclusão e inclusão, questionário instrumento de coleta de dados, currículo, cronograma, planilha orçamentária e bibliografia.

Recomendações:

Recomendou o CEP que fossem acrescentadas as seguintes informações no TCLE: Que o projeto será aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. As recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não restaram pendências. O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, bem como a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos deverão ser utilizados exclusivamente para a atividade proposta em seu protocolo, que somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final após a pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF**



Continuação do Parecer: 754.763

BRASILIA, 18 de Agosto de 2014

Assinado por:
LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 03 de 03