



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

LUISA GABRIELA BARROS CARVALHO CUNHA

**Percepção da população negra sobre a atenção primária à saúde
de Ceilândia, Distrito Federal**

Brasília- DF

2018

LUISA GABRIELA BARROS CARVALHO CUNHA

**Percepção da população negra sobre a atenção primária à saúde
de Ceilândia, Distrito Federal**

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

Orientador (a): Dra. Josenaide Engracia dos
Santos

Brasília - DF

2018

LUISA GABRIELA BARROS CARVALHO CUNHA

**Percepção da população negra sobre a atenção primária à saúde
de Ceilândia, Distrito Federal**

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

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Josenaide Engracia dos Santos

Prof. Dr. Rafael Garcia Barreiro
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:
Brasília,.....de.....de.....

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que foi meu maior apoio nos momentos difíceis. Dedico também aos meus pais que não mediram esforços para me ajudar nessa etapa, me ajudando a tornar esse sonho possível. Quero também homenagear minha irmã e meus sobrinhos, por todo apoio e suporte que me deram e por sempre acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Deus, por sua infinita sabedoria não me deixando fraquejar nos momentos difíceis deste trabalho.

A minha família, por todo amor, carinho e compreensão dados à mim e por todo incentivo durante o percurso desse período.

As minhas amigas que fiz durante a graduação e se fizeram presentes na minha vida desde o início, por todo auxílio na escrita e nos momentos de ansiedade, além das trocas vivenciadas e por terem me proporcionado crescer junto de vocês. Muito obrigada Flávia, Gabriele, Pâmella e Manu.

Aos professores da universidade, por todo o conhecimento que me foi proporcionado fazendo minha paixão aumentar a cada dia pela Terapia Ocupacional.

A Universidade de Brasília, em especial a Faculdade de Ceilândia, por ter me propiciado dias de aprendizagem tão ricos, que levarei para toda minha vida.

A população negra da cidade de Ceilândia que contribuíram à realização da pesquisa, aceitando participar da mesma, sem vocês esse trabalho não seria possível.

A minha orientadora, primeiramente por me aceitar como sua orientanda e por todo conhecimento e aprendizado, tornando-me não somente uma profissional melhor mas uma pessoa melhor por seu exemplo de pessoa e profissional que quero seguir. E por fim, por ter me conduzido durante o percurso desse trabalho e a cada dia me encantar mais pela saúde da população negra.

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

Frederick Herzberg

RESUMO

CUNHA, L.G.B.C. **Percepção da população negra sobre a atenção primária à saúde de Ceilândia, Distrito Federal.** Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Introdução: O racismo é entendido como uma crença na superioridade sobre as outras raças, o que resulta na segregação, separação e na ideia de marginalização de uma raça sobre a outra. Sendo um importante constructo social, que determina identidades e a valorização dentro da sociedade. Assim, é sabido da existência do racismo dentro da sociedade e há a existência do racismo dentro das instituições e serviços públicos de saúde, que é chamado de racismo institucional. **Objetivos:** Entender a experiência da população negra em relação aos atendimentos na rede de atenção à saúde pública do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como técnica para análise de dados o Discurso do Sujeito Coletivo. A amostra foi composta por 9 sujeitos que se autodeclararam negros. A coleta de dados se deu por uma entrevista semiestruturada guiada por um total de 10 questões. **Resultados:** A população obteve um predomínio de mulheres (70%) e 20% dos participantes eram homens. A idade da população participante variou de 29 a 67 anos e 55% desses sujeitos se autodeclararam negros enquanto 45% se consideraram morenos. Assim, foi observado a dificuldade da população em se autodeclarar como negra, o não reconhecimento da identidade racial por essa população, a presença do racismo velado na saúde e as interferências causadas nos atendimentos por ele, além do desconhecimento da PNSIPN, mas a convicção de que há a necessidade de melhorar os atendimentos. **Discussão:** O primeiro ponto é a relação existente entre a atenção primária à saúde e a discriminação racial, visto que os resultados apresentaram o racismo de forma velada, como também a não percepção do mesmo, o que pode estar atrelado ao grau de instrução e sua forma de perceber sua cor/raça. Assim, o reconhecimento do racismo é um dos fatores centrais na produção de iniquidades em saúde, mas o seu reconhecimento não foi suficiente para ocupar o vazio deixado pela quebra da hegemonia das teorias eugênicas nas pesquisas do campo das ciências em saúde. **Considerações Finais:** É possível constatar que o estudo conseguiu atingir seus objetivos e, além disso, os resultados demonstraram uma grande dificuldade no reconhecimento de identidade, possivelmente por conta do sentido pejorativo do negro. E, diante dos relatos descritos, foi possível observar que a população negra ainda sofre como uma assistência inferior.

Palavras – chave: Atenção primária à Saúde; Racismo Institucional; População Negra.

ABSTRACT

CUNHA, L.G.B.C. **Perception of the black population on primary health care in Ceilandia, Federal District.** Monograph (Undergraduate Studies) - University of Brasilia, Undergraduate Occupational Therapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Introduction: Racism is understood as a belief in superiority over other races, which results in segregation, separation and the idea of marginalization of one race over another. Being an important social construct, which determines identities and valuation within society. Thus, it is known of the existence of racism within society and there is the existence of racism within the institutions and public health services, which is called institutional racism. **Objectives:** To understand the experience of the black population in relation to care in the public health care network of the Federal District. **Methodology:** This is a qualitative research, which used as a technique for data analysis the Discourse of the Collective Subject. The sample consisted of 9 subjects who declared themselves black. Data collection was done through a semi-structured interview guided by a total of 10 questions. **Results:** The population had a predominance of women (70%) and 20% of the participants were men. The age of the participating population ranged from 29 to 67 years and 55% of these individuals declared themselves black while 45% considered themselves brown. Thus, it was observed the difficulty of the population to self-declare as black, the non-recognition of racial identity by this population, the presence of veiled racism in health and the interferences caused in the attendance by him, besides the ignorance of the PNSIPN, but the conviction that there is a need to improve care. **Discussion:** The first point is the relation between primary health care and racial discrimination, since the results presented the racism in a veiled way, as well as the non-perception of it, which may be related to the level of education and its way of perceiving their color / race. Thus, recognition of racism is one of the central factors in the production of health inequities, but its recognition was not enough to fill the void left by the hegemony of eugenic theories in research in the health sciences field. **Final Thoughts:** It is possible to verify that the study achieved its objectives and, in addition, the results demonstrated a great difficulty in the recognition of identity, possibly because of the pejorative sense of the black. And, in view of the reports described, it was possible to observe that the black population still suffers as inferior assistance.

Key-words: Primary Health Care; Institutional Racism; Black population.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisas de 2012

DF - Distrito Federal

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GTI – Grupo de Trabalho Interinstitucional

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral a População Negra

SM – Salário Mínimo

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1. Atenção Primária à Saúde	17
3.2. Políticas Públicas de Saúde da População Negra - Histórico	18
3.3. Racismo Institucional na saúde	19
3.4. Dados epidemiológicos.....	21
4. JUSTIFICATIVA.....	23
5. OBJETIVOS.....	24
5.1. Objetivo Geral	24
5.2. Objetivos Específicos.....	24
6. METODOLOGIA.....	25
6.1. Campo da Pesquisa.....	25
6.2. Participantes da pesquisa	25
6.3. Instrumentos para coleta de dados	25
6.4. Análise de dados	26
6.5. Aspectos Éticos da pesquisa	26
7. RESULTADOS	28
8. DISCUSSÃO	35
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
APÊNDICES.....	45
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	46
ANEXOS	47
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	50

1. INTRODUÇÃO

O racismo para Bobbio, Pasquino e Matteucci (1983, p. 1059) é entendido “como uma crença na superioridade sobre as outras raças, e este uso visa a justificar e consentir atitudes de discriminação e perseguição contra as raças que são consideradas inferiores”, o que resulta na segregação, separação e na ideia de marginalização de uma raça sobre a outra.

E, Lopes (2005), afirma que:

“o racismo imputa características negativas que justificam o tratamento desigual, ao grupo com padrões “desviantes”. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião” (LOPES, 2005, p.62).

Afirma ainda que **"sua dinâmica é revitalizada e mantida com a evolução das sociedades, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos"** (grifo da autora) e que **"são esses predicados que fazem do racismo um “fabricante” e multiplicador de vulnerabilidades"** (grifo da autora) (LOPES, 2005, p. 62). E, Chor e Lima (2005, p. 1587 apud Rinehart, 2013, p. 35) afirmam que raça, “é um importante **constructo social** (grifo da pesquisadora)" e "que determina identidades" e "a valorização da sociedade". Portanto, vê-se quanto o racismo é um assunto pertinente ainda hoje em dia, e que vem perpetuando a muito tempo com o decorrer e evolução das sociedades.

Assim, é sabido da existência do racismo dentro da sociedade, e segundo López (2012), há a existência também desse racismo dentro das instituições e serviços públicos de saúde, e que é chamado de racismo institucional. Silva et al. (2009, apud López 2012, p. 127), afirma ainda que, o racismo institucional "não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação" e segundo López (2012, p. 127), "ele extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades".

Desse modo, destaca-se a importância de perguntar a população sua cor/raça-etnia, em que esse dado pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde identificando as doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade e assim poder

elaborar políticas públicas de acordo com a necessidade da população em específico. Além do mais, possibilita o cumprimento do princípio da equidade, previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) (DIAS; GIOVANETTI; SANTOS, 2009)

Portanto, em 2009, foi instituído pela Portaria nº 992/2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como objetivo geral "promover a saúde integral, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS". (BRASIL, 2013, p.19).

E, além disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como princípio a equidade (BRASIL, 2013, p.17) e destaca "coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor", assim, deve-se então:

“se desdobrar no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos da população.” (BRASIL, 2013, p.17-18).

Assim, é preciso ser cumprido o princípio de equidade, em que de acordo com a desigualdade social presente no território brasileiro, não há como dar a mesma assistência para todos, visto que as necessidades são desiguais. E, principalmente quando fala-se em saúde, “as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer”, de acordo com Carmen Teixeira (2011, p.5). Dessa maneira, é preciso fazer valer os princípios do SUS, que são universalidade, equidade e integralidade, para que não haja iniquidades de cunho preconceituoso.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é considerada mais como ausência de doença. Hoje em dia considera-se a presença dos determinantes sociais de saúde, ou seja, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população. Desta forma, considera-se que a saúde está diretamente relacionada com as condições sociais em que a pessoa vive e trabalha, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (BUSS; FILHO, 2007)

E, é inegável a influência dos determinantes sociais de saúde na vida da sociedade, em que de acordo com os indicadores de saúde e dados da população negra, geram uma prevalência na mortalidade materna (hipertensão, hemorragia, infecção puerperal), infantil (principais causas são malformações congênitas, prematuridade e infecções perinatais), além de ocorrer uma prevalência em homicídios contra essa população (BRASIL, 2012).

E, segundo a PNSIPN (BRASIL, 2013, p.5), “é fato que há um racismo silencioso e não declarado dentro da sociedade”. Logo, evidencia-se a necessidade do assunto ser discutido e debatido na sociedade como um todo, ou seja, dentro do meio acadêmico e no meio social, para que possam ser combatidas as iniquidades presentes rotineiramente na vida dessa população (BUSS; FILHO, 2007).

E, de acordo com o censo demográfico de 2010, 91 milhões de pessoas se autodeclararam brancos e 97 milhões de pessoas se autodeclararam pretos ou pardos. Nesse contexto, considerando que a maioria da população brasileira se autodeclara negra, sendo que a população negra sofre mais desigualdades, como sendo considerada a população mais pobre e de condições mais precárias, surgiu a pergunta desta pesquisa: Como a população negra percebe o atendimento na atenção primária à saúde de Ceilândia, Distrito Federal (DF)?

Portanto, é de demasiada importância o ato de ampliar as pesquisas científicas sobre o tema, a fim de entender como está sendo a experiência da própria população em relação ao atendimento que lhes estão sendo oferecidos e assim, identificar-se-á qual a percepção dessa população e, além disso, desencadeará uma análise sobre a assistência oferecida.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com os dados da Condeplan de 2014, a maioria da população residente do Distrito Federal (DF) é composta pela população negra, em que as regiões administrativas com maior número populacional de negros são a Estrutural, Fercal e São Sebastião, contendo 77,6%, 71,8% e 69,5% de população negra, respectivamente; e são locais relacionados à baixa renda. Além disso, todas as demais cidades do DF que são associadas a condições de baixa renda, possuem mais de 60% de população negra em sua população residente total (BRASIL, 2014).

Logo, demonstra-se que a realidade do Distrito Federal condiz com a do Brasil, sendo a população negra majoritária em relação a população total do país. Deste modo, já que a população negra é a maioria, deveria se ter a mesma proporção em termos de direitos sociais e acesso aos mesmos, igualmente os brancos, porém não é a realidade vivida atualmente, o que confirma que a desigualdade social tem cor (ZAMORA, 2012).

Por consequência disto, há uma baixa expectativa de vida, em que “as taxas de morte materna e infantil são maiores; a violência produz mais mortes e mortes mais precoces neste grupo” e tendo ainda “problemas no que se refere à área de informação, capacitação e formação em saúde” em relação a essa população (BATISTA; KALCKMANN, 2005, p. 185).

O que afirma que o Brasil é um país diverso, mas que, no entanto, suas diferenças são expressas nas relações étnico – raciais, segundo Batista e Kalckmann (2005). Em que, entre quatro mortes de jovens no Brasil, três tem a pele preta ou parda, além de que entre 2002 e 2011 houve uma queda de 40% nos homicídios de jovens brancos, quando houve um aumento de 24% dos negros, tendo então um jovem negro quase o dobro de chances de ser assassinado (OLIVEIRA, 2016). Além do aumento obtido no número de assassinato de mulheres negras, sendo este de 55%, segundo Ribeiro (2016).

E, além disso, os negros são mais pobres em que, “os dados relativos à renda informam que o PIB per capita das mulheres negras é de 0,76 salários mínimos (SM); os dos homens negros: 1,36 SM; mulheres brancas: 1,88 SM; e homens brancos, 4,74 SM” (OLIVEIRA, 2003 apud ZAMORA, 2012, p. 569). Ficando visível a disparidade entre as

populações, sendo a mulher negra a parcela mais pobre mesmo representando metade da população afrodescendente.

Portanto, fica explícito a discrepância na vida dos negros em relação a dos brancos, no entanto, há também diferenças no acesso a educação e a saúde, em que é inferior para os negros por conta de sua baixa renda e há menor qualidade de atendimento, respectivamente. Diante disso, afirma – se que,

“parte da população brasileira vivencia, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação sócio econômica, o que a coloca mais vulnerável aos agravos à saúde e a faz adoecer de doenças curáveis e morrer antes do tempo, de mortes evitáveis” (CHAGAS, 2010; CUNHA, 2001 apud ZAMORA, 2012, p. 570-571).

O SUS tem então o dever de minimizar a incidência dos fatores de risco relacionados á saúde da vida dessa população, cumprindo os seus princípios norteadores (universalidade, integralidade e equidade) em que se baseia e “assumir como desafio permanente, a inclusão social e a luta pela eliminação de todo e qualquer tipo de discriminação” (BATISTA; KALCKMANN, 2005, p. 185).

No entanto, por muito tempo houve a negligência da equidade, segundo Werneck (2016) e somado com isso, havia o mito da democracia racial o que levou a aceitação tardia da presença do racismo na sociedade brasileira, fazendo com que houvesse a perpetuação do mesmo (RIBEIRO, 2016). Mas, que segundo Zamora (2012), há ainda hoje uma persistência a ideia de que se vive uma democracia racial, “procurando desqualificar como um potencial racismo às avessas a iniciativa de equilibrar as notáveis inequidades sociais” (ZAMORA, 2012, p. 567).

Assim, com a admissão da presença do racismo dentro da sociedade, López (2012) afirma que há a existência desse racismo dentro das instituições e serviços públicos de saúde, que é chamado de racismo institucional. Silva et al. (2009, apud López 2012, p. 127), afirma ainda que, o racismo institucional "não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação" e segundo López (2012, p. 127), "ele extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades".

O que, de acordo com Werneck (2016), demonstra que mesmo com as reivindicações e lutas sociais por meio do movimento negro que colaboraram para a visão do sistema universal de saúde com a integralidade, equidade e participação social, “não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo” (WERNECK, 2016, p. 536).

Deste modo, há a necessidade da continuidade da participação social por meio da própria população, visto que é a população majoritária entre os usuários do SUS. E, fica explícita a importância da discussão sobre a saúde da população negra de forma diferente, por conta das disparidades vivenciadas por esse grupo em específico, já demonstradas no decorrer do presente trabalho.

Tornando assim a questão racial fundamental para a formulação de políticas específicas para essa população e ações para lidar com as desigualdades relacionadas aos mesmos. O que faz indispensável a “consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade” (WERNECK, 2016, p. 539), a exemplo da Atenção primária a Saúde, identificada como a porta de entrada para o sistema de saúde.

2.1. Atenção primária à saúde

Lago e Cruz (2001) afirmam que a atenção primária à saúde é reconhecida pela proximidade, em que é onde ocorre a relação inicial da população com o serviço de saúde e foi desenvolvida com o intuito da ocorrência de correlação com os outros níveis de complexidade, garantindo a integralidade.

O que vai de encontro com a definição de Lavras (2011, pg. 868), quando afirma que é um serviço de “atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema” que se caracteriza por ações que requerem um menor nível tecnológico, como também um espaço de contato inicial, em que teria a capacidade de solucionar a maioria das queixas em saúde da população (LAVRAS, 2011).

A atenção primária à saúde ganha força no Brasil concomitantemente ao movimento da reforma sanitária, na década de 1980 em que foram instituídas as Ações Integradas de

Saúde e sucessivamente instituiu-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), seguido do SUS (LAVRAS, 2011). Assim, essas novas propostas já obtinham um olhar mais abrangente sobre o conceito de saúde, mas como afirma Lavras (2011), só em 1990 é que ocorreu uma organização homogênea da APS no país em consequência da responsabilização dos municípios.

Logo, a atenção primária à saúde obtém grande importância dentro do sistema de saúde vigente em nosso país, já que é responsável pela promoção de um atendimento integral em que imputa-se pela população atendida (LAVRAS, 2011). Dessa forma, a fim de garantir tal assistência é de fundamental importância o processo de acolhimento dentro da APS, que deve ser direcionado, principalmente, à compreensão das queixas da população com o propósito de oferecer resolutividade (TEIXEIRA, 2005), no entanto, as práticas discriminatórias dentro dos serviços da APS impossibilitam essa resolutividade.

E, com o intuito de pôr fim à essas atitudes, surgem lutas do movimento negro em busca de avanços e progressos em nossa sociedade visando melhorias em vários setores, mas que no presente trabalho, será explanado com maior vigor o setor da saúde pública.

2.2. Políticas públicas de saúde da população negra - histórico

No Brasil, o racismo tem seu início junto à escravidão, em que os negros eram tidos como raça inferior e, logo, deveriam servir à classe superior, os brancos. No entanto, com o fim da escravidão não há o fim dessa crença, pelo contrário, ocorre o inverso em que esse conceito está incrustado na sociedade e é usado para sustentar essa subalternidade apenas pela cor entre as raças (JACCOUD, 2008). Dessa forma, tal crença perpetua ainda hoje, porém de forma oculta.

Assim, o direito à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 advindo das lutas do movimento da reforma sanitária na década de 70, é uma conquista da população em que possui uma concepção ampla e humanizada sobre saúde. Essas lutas garantiram a criação do SUS tendo sua maior manifestação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, e esta tinha como questão principal a saúde como um direito de todos. Assim, com o fim da conferência realizou-se um relatório em que nele estava explanado a estrutura do

sistema de saúde em vigor atualmente no país, amparada na nova constituinte que entra em vigor em 1988 (MONTEIRO, 2010).

O que foi considerado uma valorosa referência às transmutações que aconteceram em nossa sociedade (LIMA, 2010), além de gerar “um eixo estratégico para a superação do racismo e garantia da promoção da igualdade racial” (SILVA, et al 2015, pg.18). Além disso, há os direitos garantidos pelo SUS com a lei orgânica 8080 de 1990, que traz alguns princípios como a igualdade e a universalidade (BRASIL, 1990).

No entanto, tais garantias por lei muitas vezes não são suficientes para garantir de fato isso na prática. Assim, a luta do movimento negro é contínua e ininterrupta, o que lhes garantem mais algumas conquistas, como a utilização do quesito cor no sistema municipal de informações da cidade de São Paulo, sendo a pioneira em 1996 a introduzir essa questão tanto no sistema de mortalidade como também no sistema de nascidos vivos (BATISTA; BARROS, 2017).

Outra conquista foi à Marcha Zumbi dos Palmares, ocorrida em 1995, que contou com uma forte mobilização popular, havendo a presença de 30 mil pessoas proporcionando assim uma notoriedade para o assunto. O evento trouxe uma proposição de programa para superação do racismo e da desigualdade racial, que demonstrava dados da prática discriminatória e discrepância de desigualdade racial nessa população. E, além disso, houve a criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) no governo federal, que obtinham como encargo a realização de ações e políticas para a saúde da população negra (LIMA, 2010).

Assim, em 1996 houve à execução de uma mesa redonda sobre a saúde da população negra formada por esse grupo, GTI, em que houve a sugestão de várias deliberações. Algumas destas eram: a constituição do programa de anemia falciforme como também a identificação da doença previamente em meio intrauterino, além da criação de um manual referente a doenças geneticamente mais incidentes a essa população (WERNECK, 2016).

E, como afirmam Batista e Barros (2017) com o intuito de dar retorno à realidade vivida por essa população instituiu-se o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde (Portaria no 1.678/2004), em que uma das suas funções fundamentais era produzir um artigo abarcando saúde da população negra.

E, dando continuidade à luta para a superação de barreiras como o racismo e o crescente nível de disparidades com essa população, em 2006 o Conselho Nacional de Saúde aprova a criação de uma política específica à população negra, a PNSIPN que foi oficializada em 2009 pela portaria 992 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

E em 2010 ocorre a aprovação da lei 12.288, Estatuto da Igualdade Racial, que confere a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, assim dá a conjuntura de lei à política, já que antes era somente uma portaria (BRASIL, 2010).

E essas políticas públicas na área da saúde são formuladas para a ampliação da situação de saúde dessa população, considerando seus determinantes sociais, como trabalho e moradia. Assim, as ações das políticas se constituem em coordenar atividades que irão promover, proteger e recuperar a saúde dessa população, a fim de assegurar a assistência em saúde à eles (SILVA, 2007).

2.3. Racismo institucional na saúde

Portanto, como já dito anteriormente, o racismo perpassa todos os espaços da sociedade estando incrustado na população, reverberando assim também nas instituições de saúde. Logo, tais atitudes são chamadas de racismo institucional que para Werneck (2016, p. 543) correspondem a “a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo”.

E tais atitudes de cunho discriminatório acabam por inferiorizar mais ainda essa população e diminuir o acesso aos serviços de saúde, visto que “quando presente nos serviços, reforça, quando não agrava, a exclusão social”, segundo Kalckmann et al (2007, p. 148).

Alguns exemplos de racismo institucional dentro dos serviços de saúde podem ser vistos no estudo de Kalckmann et al (2007) como a crença de maior resiliência, em que essa população possui maior resistência a dor, como também agregar a raça com um nível socioeconômico inferior. Outro achado no estudo é uma pior qualidade do atendimento durante o pré-natal e parto que coaduna com o estudo de Leal, Gama e Cunha (2005, p. 106), quando demonstra que

“Quase um terço das pardas e negras não conseguiram atendimento no primeiro estabelecimento procurado e no parto vaginal receberam menos anestesia. A

perambulação pelas maternidades na hora do parto constitui-se numa das dimensões da falta de acolhimento das instituições de saúde” (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005, p. 106).

Assim, percebe-se como o racismo influencia na assistência prestada à população negra, já que traz como consequência o afastamento dessa população dos serviços em virtude do pior acesso e pior qualidade oferecida pelos serviços de saúde, como pode ser visto nos estudos de Kalckmann et al (2007) e das autoras Leal, Gama e Cunha (2005) que evidenciam esse pior acesso e desigualdades vivenciadas pela população negra.

Outros exemplos de racismo institucional citado por Silva (2007), são algumas maneiras utilizadas no dia a dia da instituição, como menor disposição e rispidez durante os atendimentos. Além de também ocorrer uma inferior aquisição a métodos contraceptivos e haver uma maior incidência de gravidez indesejada com mulheres negras (LOPES, 2005).

Volochko (2003 apud VOLOCHKO, 2010) traz algumas formas de expressão do racismo institucional, como:

“1. Diminuindo a auto-estima do paciente por meio de considerações ou alusões ao seu merecimento ou competência para o auto-cuidado influenciando sobre uma atitude otimista necessária à cura e/ou melhoria da doença; 2. Simplificando, reduzindo ou omitindo informações sobre o elenco de ações de promoção e prevenção na saúde e opções diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas existentes e/ou disponíveis; 3. Operando acessibilidade diferenciada à procedimentos diagnósticos, curativos e reabilitativos; 4. Crenças e estereótipos inconscientes do provedor são fortemente influenciados pela classe social e raça do cliente modulando seu comportamento na relação com o paciente por meio da atenção não verbal, empatia, cortesia e solicitude com forte impacto na adesão a tratamento e utilização dos serviços de saúde (VOLOCHKO, 2003 apud VOLOCHKO, 2010, p. 125).

Dessa forma, se faz importante a compreensão do racismo institucional como determinante social de saúde, em virtude das disparidades existentes entre a população negra por conta do racismo (BATISTA et al, 2010).

2.4. Dados epidemiológicos

A população brasileira é constituída majoritariamente pela população negra, no entanto, existem grandes disparidades que diferenciam o nascer e o morrer dessa população, em virtude das desigualdades sociais e raciais (BATISTA; BARROS, 2017). E, em decorrência dessa discrepância existente, essa população possui um nível elevado de mortalidade infantil, materna, mortes por causas externas e por causa evitável, além de obterem menor esperança de vida (SILVA, 2007).

Outro estudo que confirma essa diferença nas causas de morte, é o estudo de Batista, Escuder e Pereira (2004) que demonstra que as causas de óbito da população branca são relacionados a doenças como neoplasias, doenças do aparelho circulatório ou respiratório, entre outras. Já as causas encontradas da população negra foram mortes por causas externas, por transtornos mentais, por doenças infecciosas, e óbitos no período da gravidez, parto e perinatal, além dos óbitos por causas mal definidas.

Há também maior incidência de mortalidade infantil da população negra comparada com a população branca por razões de doenças infecciosas, em que essa maior chance se quantifica em 60% à criança negra. A desnutrição é também outra causa de óbito na população infantil negra, sendo essa chance 90% superior entre crianças negras do que em brancas. Além de também haver um maior risco de morte por causas externas de um homem adulto negro, em que possui 70% mais chances se comparado com um homem da população branca (MONTEIRO, 2010).

Além de haver também um pior acesso aos serviços de saúde, como achado no estudo de Ribeiro et al (2006), que demonstra que a população negra está entre a população que buscou o serviço de saúde, no entanto, não recebeu o atendimento. E, no mesmo estudo retrata que a maior parte dos usuários do serviço público de saúde, do SUS, é composto por pretos e pardos, e por pessoas de baixa escolaridade (RIBEIRO et al, 2006).

Assim, vê-se a importância de políticas afirmativas à essa população em vista à superação dessas iniquidades e desigualdades vivenciadas hodiernamente por esses indivíduos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Entender a experiência da população negra em relação aos atendimentos na atenção primária à saúde de Ceilândia, Distrito Federal (DF).

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever as experiências no primeiro contato com o profissional no atendimento na atenção primária à saúde de Ceilândia, DF;
- Explicar o processo de seu atendimento na atenção primária à saúde pública de Ceilândia, DF;
- Identificar se houve acesso a informações específicas para essa população, considerando o quesito cor/raça- etnia.
- Descrever o perfil sócio demográfico e econômico da população negra.

4. METODOLOGIA

Pesquisa Exploratória para proporcionar maior familiaridade com a questão (explicitá-lo), bem como revelar experiências subjetivas como uma forma metodológica de estudar a expressão do sujeito e, de produzir conhecimento científico.

O método, utilizado foi a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), estratégia metodológica em pesquisa qualitativa para a construção do DSC, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando, em um discurso-síntese, os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, contribui com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004).

Este procedimento metodológico implica uma definição, com base em uma perspectiva empírica, de que o caráter coletivo do pensamento social é a quantidade de escolhas de um determinado conjunto de indivíduos pertencentes a determinada comunidade; apesar de expresso de forma individualizada, é socialmente compartilhado, traduzindo a natureza do pensamento coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004).

O DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas que comporta depoimentos como matéria-prima sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa a expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFRÈVE, CRESTANA e CORNETTA, 2003). É o compartilhar de ideias e posicionamentos. Um espelho coletivo; a fala de um grupo social.

4.1. Campo da Pesquisa

O campo escolhido para a pesquisa à região do Sol Nascente de Ceilândia, Distrito Federal, visto que segundos dados de um estudo da PDAD de 2013 (CONDEPLAN, 2013), da população residente 60,61% se autodeclara como parda/mulata e 5,04% se consideram de cor preta. Assim, percebe-se que a população residente em sua maioria é negra, totalizando 65,65% da população total que habita essa região.

4.2. Participantes da pesquisa

A população foi composta por sujeitos que fazem uso da rede de atenção primária à saúde pública do DF e amostra de 9 participantes que se autodeclaram negros, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa.

4.3. Instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) guiada por um total de 10 questões e com duração média de 30 minutos, que teve intuito de obter informações da população negra participante voluntária da pesquisa sobre a sua percepção diante à assistência prestada no serviço público de saúde do DF.

Foram realizadas entrevistas individuais e gravadas, de acordo com o proposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos entrevistados (ANEXO A), para a verificação de informações, e posteriormente essas informações foram transcritas para realizar a análise dos dados obtidos com a pesquisa.

4.4. Análises de Dados

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraíndo-se de cada um destes depoimentos. A análise dos dados foi realizada com a utilização do discurso do sujeito coletivo (DSC), técnica desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre para organizar o material resultante do trabalho de campo, geralmente de falas oriundas de entrevistas. O resultado é um discurso-síntese, fruto dos fragmentos de discursos individuais reunidos por similaridade de sentido. O discurso individual revela a fala; o que há de coletivo (vozes sociais diversas, polifonia e heterogeneidade), o discurso coletivo (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2006), é a junção dos discursos individuais, respeitando os sentidos e o nível de compartilhamento.

Para a construção dos discursos foram utilizadas as figuras metodológicas: expressões-chaves (E-Ch); ideias centrais (Ics); o discurso do sujeito coletivo (DSC) propriamente dito:

- As E-Ch são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem o conteúdo;
- As ICs descrevem os sentidos, ou expressão linguística que revela e descreve, de maneira sintética e precisa, o sentido presente nos depoimentos, usando as palavras do entrevistado, não constituindo interpretação;
- O processo de ancoragem é a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença que os autores do discurso professam e acreditam que traz a ideia básica que sustenta o discurso (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005).

4.5. Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos legais e éticos desta pesquisa obedecerão a Resolução 466/12 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas de 2012), que considera o respeito pela dignidade humana e proteção devida aos participantes de pesquisas científicas que envolvem seres humanos. Será respeitada a vontade de contribuir e permanecer ou não, durante qualquer momento da realização da pesquisa e, além disso, será garantido o sigilo dos dados obtidos por meio do TCLE, que deverá ser assinado para ocorrer a pesquisa, que será realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/DF.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília sob o parecer 2.355.160 de 29/10/2017. (ANEXO B)

5. RESULTADOS

A população estudada caracterizou por um predomínio de mulheres com 77.77%, e 22.22% de homens. Desses, 30% obtinham ensino superior completo e em sua maioria compunham um grupo de mulheres com ensino fundamental incompleto, assim como a população masculina. E da população total, 55% dos entrevistados se autodeclararam negros, considerando o critério utilizado pelo IBGE, somatória dos que se autodeclararam pretos (45%) e dos que se autodeclararam pardos (10%). E 45% se consideraram morena, provavelmente por causa da miscigenação, e muitas vezes as pessoas tem dificuldade de se auto identificar como pretas, devido ao racismo.

A idade da população participante da entrevista variou de 29 a 67 anos, com média de 47,11 anos.

CARACTERÍSTICAS	N	%
SEXO		
Sexo Feminino	7	70
Sexo Masculino	2	20
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
30 ou menos	1	10
31 a 40	2	20
41 ou mais	6	70
ESCOLARIDADE		
Superior	2	20
Técnico	1	10
Fundamental	6	70

AUTODECLARAÇÃO

Negra	4	45
Morena	4	45
Parda	1	10

Os resultados acima trazem um elemento importante que é a discussão sobre autodeclaração, que é a forma mais utilizada para identificação racial em saúde, sendo também aquela que, em situação de entrevista, tem sido apontada como problemática, chegando a causar constrangimento. A representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando seus comportamentos e suas práticas (ABRIC, 1998). E durante a pesquisa foi percebido a dificuldade da população em se autodeclarar como negra.

Logo, percebe-se o imbróglio que permeia o se autodeclarar como negro, em que “a palavra “negro”, ao traduzir o humano, existencializa-o, demonstra que os indivíduos e grupos se fazem na prática social” (CUTI, 2010, p, 49). Assim, ao se afirmar negro se exterioriza a discriminação racial vigente em virtude dos significados que a palavra carrega consigo, trazendo à tona um “passado de humilhação e subordinação” (KALCKMANN et al, 2007, p. 151).

Construção do discurso coletivo no presente estudo com usuários da atenção primária do Distrito Federal.

Discurso do Sujeito Coletivo
IC. O racismo interferindo nas experiências de atendimento
Dsc A. Pela grosseria não só comigo, mas com toda a população. Mas aí eu percebi que com os negros, é pior. E se a pessoa for negro e pobre, que a pessoa vê nítido, aí que ele é

escorraçado. Aí as vezes a pessoa tá falando e o outro nem está nem ouvindo, não está nem prestando atenção, e as vezes a pessoa tem uma dificuldade por conta da educação de explicar “olha estou com tal coisa” e a pessoa “não, não, não, depois você vem tal dia “, nem dá atenção. É, tem muito. Tem muita diferença. É, porque a gente vê muita coisa aí né, coisa racista. Eu acho que no atendimento muitas coisas né, é... até na maneira deles tratar a gente né, que poderia ser mais né, uma forma melhor.

As experiências no atendimento da população negra dentro da APS coadunam com o estudo de Kalckmann et al (2007) quando afirma que os profissionais de saúde são inclinados a menosprezar as queixas dessa população, tornando inferior a assistência prestada já que o ingresso nos serviços de saúde e aproveitamento do mesmo por essa população também é algo dificultoso (WERNECK, 2016).

E, fora a discrepância existente nas relações de adoecer e morrer que há na população negra comparada com a população branca, demonstrado num estudo realizado no Estado de São Paulo que deixou aparente os recorrentes episódios que levam ao óbito que são considerados indignos (BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004), que são frutos da discriminação racial vigente dentro das instituições de saúde gerando disparidades dentro da saúde, como afirma Lacerda et al (2012).

E, esses cenários que são vivenciados pela grande parcela da população brasileira são geradores de intensa perturbação “que vão do medo e desconfiança à raiva e frustração, comprometendo, portanto, não somente a qualidade e a credibilidade dos serviços prestados, mas a própria saúde do indivíduo”. (SILVA et al, 2015, p. 24)

Desse modo, a assídua ocorrência de episódios de discriminação racial na área assistencial, em saúde, é apenas um reflexo da sociedade racista. Portanto, essas condutas perpassam todos os espaços.

Discurso do Sujeito Coletivo

IC. Não reconhecimento da identidade racial no atendimento na saúde.

Dsc B. Sempre faltou, sempre faltou. Não, nunca me perguntaram não. Que eu lembro, não, não, nunca ninguém me fez essa pergunta, nunca ninguém perguntou que cor eu sou não. É

importante perguntar isso. Tenho 36 anos e nunca me perguntaram. Nem para mim e nem para os meus filhos.

Na busca de informações fidedignas sobre atendimento na APS negras e negros, uma questão de extrema inquietação evidencia, no que diz respeito à identificação da raça/cor no atendimento, a pergunta por parte dos profissionais aos usuários é indicação do reconhecimento da identidade social da população negra.

No Dsc, a informação sobre raça não foi realizada pelos profissionais da APS, entendo o conceito de raça como uma construção social, que se opera por meio da racialização. A racialização é aqui entendida como ação política e ideológica que constrói uma suposta unidade biológica (CASHMORE, 2000) e insere a categoria “raça” em um contexto de discriminação. Talvez, esse seja um dos motivos para os profissionais não perguntarem sobre as questões étnicas e raciais.

Muitos profissionais relatam que sentem medo de ofender ou vergonha de causar embaraço aos usuários (as) quando perguntados sobre a sua de cor, pois no passado, muitas vezes, este termo foi utilizado de maneira pejorativa. Por isso, há usuários (as) de cor preta que têm receio de ser discriminados ou prejudicados (BRASIL, 2009, p. 15). Para Figueroa (2004), o uso da denominação “raça negra” possibilita a passagem de um atributo de prognóstico reservado – por conter em si um traço indicativo de uma marca histórica de opressão e discriminação – para um nível de racialização positiva.

Essas recomendações referem que o quesito raça/cor é uma informação essencial, e, sugere que sejam aplicados investimentos na formação continuada de recursos humanos para coleta de informação autodeclarada de raça/cor, segundo as categorias estabelecidas pelo IBGE (ARAÚJO et al, 2010). Revelou-se a dificuldade dos profissionais em abordar esta temática e a falta de conhecimento quanto à determinação da autodeclaração da cor/raça.

Discurso do Sujeito Coletivo

IC. Racismo velado na saúde.

Dsc C. Mas eu dentro do SUS, eu entendi como ele é cruel, como ele é não humanizado e pra mulher negra muito mais” [...] Tipo, se eu chorasse a menina falava... você tá com dengo, e ela falou várias vezes, ela me expôs [...].Eu saí sem resposta, sem medicação, que ela me passou só um filtro solar e isso eu já usava e assim eu não gostei do atendimento, da forma com que ela me atendeu, sabe, o tratamento que ela me deu, que eu percebi que era em relação a minha cor. Eu ouço relatos assim fora né, mas eu sei que existem muitos médicos que são racistas e existe muitos profissionais racistas, na enfermagem mesmo existe muito racismo, mas não vejo.

No Dsc aparece que a discriminação na sua maioria é velada e geralmente, as pessoas pardas ou pretas podem ter algum tipo de dificuldade para acessar o serviço de saúde, acesso ruim a pré-natal, ou uma interação ruim com os profissionais de saúde. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011), as mulheres pretas, as pardas e aquelas de menor escolaridade, tiveram menor acesso e pior atenção no pré-natal. Ademais, no momento do parto, foram mais penalizadas, por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram, e receberam menos anestesia.

No Dsc a discriminação geralmente é sutil e de difícil detecção. Ela pode emergir no momento da relação com o profissional, quando o paciente requer alguma técnica específica, ou na motivação do profissional de saúde para realizar ou não algum exame diagnóstico ou procedimento. Geralmente, o racismo não é identificado imediatamente para a usuária que está sendo atendida. O paciente fica um pouco confuso e fica a pensar se fosse um branco? Percebemos então uma iniquidade no tratamento de pretos e pardos.

No Dsc a comumente há a ocorrência da não percepção do racismo dentro das instituições de saúde sendo confundido com características próprias do Sistema Único de Saúde ou pela inocência do não racismo, configurado pelo silêncio do surdo, de quem não ouve porque não quer. As narrativas dos usuários da APS relatam não vivenciar situações de racismo, mas ao mesmo tempo afirmam a existência de situação de racismo e percebem que melhorias devem ser realizadas dentro dos atendimentos.

É importante ressaltar que se a sociedade estruturalmente é racista, os casos de racismo que acontecem na saúde, na medida em que, a mesma também irá reproduzir o

comportamento racista. Mesmo sem querer acreditar. O racismo institui um mecanismo de sublimação, de maneira aos usuários da APS não perceber ou não dar relevância para a aversão racial, justamente para suportá-la sem sucumbir.

Discurso do Sujeito Coletivo
IC. Morenice. Mito da democracia racial Dsc D. Eu acho que é parda né. Morena, ne? Moreno, né? É morena. O povo me chama de neguinha, mas é morena. Moreno, né.

Aparece no Dsc uma fuga da negritude, que de certa maneira, ameaça a consciência de identidade étnica e impede de certa forma a rejeição social. O alto grau de miscigenação fez com que o processo de categorização racial se torne mais complexo, fazendo com que a escolha de uma raça não seja um processo fácil e com que muitos sujeitos se identifiquem. Entretanto, esse constrangimento só se manifesta quando a pessoa entrevistada é negra ou preta (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011). O alto grau de miscigenação no Brasil contribui para criar o mito de que haveria uma grande mobilidade social no contexto, em que se você é moreno gera a possibilidade de não se ser branco nem negro, mas moreno para ter sua aceitação garantida.

Discurso do Sujeito Coletivo
IC. Desconhecimento da PNSIPN. Dsc E. Pouco, muito pouco. Mais do que eu fui lendo por fora do que contato assim, muito pouco assim [...] Mesmo sendo da saúde, eu sei muito pouco”. Olhe quase nada, eu já ouvi, mas nunca assim diretamente. Nunca comentaram comigo sobre a política.

O Dsc revelam a desinformação sobre a política no setor. Há um desconhecimento da população de como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção.

A PNSIPN tem como objetivo melhorar os serviços oferecidos pelo SUS tornando-os isentos de racismo institucional, promotores de resultados terapêuticos com alto grau de sucesso e equânimes, assim como integradores das práticas de cura tradicionais afro-brasileiras ao cuidado de saúde, bem como visa corrigir o que é vivenciado pela população negra em contextos de falta de respeito cultural. Infelizmente os usuários dos serviços de saúde de atenção primária desconhecem essa política.

Discurso do Sujeito Coletivo
<p>IC. Convicção de que há a necessidade de melhorar os atendimentos</p> <p>Dsc F. Tratar as pessoas bem também. [...] até na maneira deles tratar a gente né, que poderia ser mais né, uma forma melhor. Eu acho isso aí poderia ser melhorado [...] mais delicada né, ter mais atenção. Acho que eles são frios [...] é mais atenção, né, Delicadeza, né. Eu acho que isso aí, né. São coisas que podem melhorar, né, pois muitos são indiferentes, frios. Eu gostaria que mudasse esse comportamento né, que houvesse aí mais um tratamento de humanização. Humanização pessoal. Espero que melhore né, que tenha melhora.</p>

O SUS necessita de profissionais comprometidos, que busquem melhorar a qualidade dos serviços, a resolutividade e a satisfação do usuário atendido para que possa se fortalecer. E para tanto faz-se necessário um atendimento mais afetivo, acolhedor e solidário. O que nas narrativas não ocorre.

O Dsc demonstram a insatisfação com os profissionais da APS, coadunando com a literatura. A insatisfação dos usuários com os serviços da atenção primária também foi demonstrada em um estudo avaliativo realizado por meio do *PrimaryCareAssessment Tool (PCATool)*. Esse instrumento foi adaptado e validado para a realidade brasileira, denominando-se *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010)

6. DISCUSSÃO

O primeiro ponto a ser debatido é a relação existente entre a atenção primária à saúde e a discriminação racial, visto que os resultados da pesquisa apresentaram o racismo de forma velada. Assim, um fator a ser ponderado em relação aos resultados obtidos na presente pesquisa é o número de relatos referentes a não coleta de dados étnicos raciais, discriminação racial em saúde e o racismo velado. Situação geradora de isolamento e afastamento, promovendo mais desigualdades a esta população, tornando-a mais vulnerável (KALCKMANN et al, 2007).

Para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para elaborar políticas públicas e identificar as doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade, é importante a informação “cor ou raça/etnia”, pois possibilita ao SUS cumprir um de seus princípios fundamentais segundo Brasil (2009) que é a EQUIDADE, ou seja, o compromisso de oferecer a todos cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação requer, principalmente na população negra.

Além disso salienta-se que as narrativas das histórias sobre racismo vêm acompanhadas com a não percepção do mesmo, o que coaduna com o estudo de Macinko et al (2012, p. 9) que afirma que “os indivíduos podem deixar de reconhecer atos de discriminação, a fim de evitar sentir que não têm controle sobre as situações, ou podem preferir não lembrar ou relatar tais situações”.

O que pode estar atrelado ao grau de instrução e a sua forma de perceber sua cor/raça, visto que alguns estudos confirmam que a ampliação do reconhecimento da identidade racial pode diminuir a discriminação reduzindo os preconceitos, dando lugar a discursos benéficos ao se utilizar do termo como identidade, mas pode aumentá-los já que há uma alta proporção de discriminação com indivíduos que se autodeclaram negros (MACINKO et al, 2012).

Citando Brasil (2004), o reconhecimento do racismo é um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, em todas as fases de sua vida. Esse reconhecimento, conquistado no plano político, ainda não foi suficiente para ocupar o vazio deixado pela quebra da hegemonia das

teorias eugênicas nas pesquisas do campo das ciências da saúde. Muita coisa ainda precisa ser feita para superar essas iniquidades existentes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados é possível considerar que o mesmo conseguiu atingir os objetivos trazendo a experiência da população negra dentro das instituições de saúde e suas percepções quanto a atendimento. Além disso, os resultados demonstram uma grande dificuldade na dificuldade do reconhecimento de identidade, possivelmente por conta do sentido pejorativo do negro na sociedade.

Diante das experiências e dos relatos descritos, foi possível perceber que há a presença de um racismo ainda velado, que muitas vezes passa despercebido e é julgado como algo normal do sistema de saúde, como se fosse natural o tratamento grosseiro recebido. Mas, sabe-se que mesmo que com as dificuldades enfrentadas no SUS, a população negra sofre mais com uma assistência inferior.

Algumas limitações do estudo que foi identificado ao longo das entrevistas, como: alguns entrevistados apresentaram inadequada compreensão do significado das perguntas, mesmo sendo explicado inúmeras vezes, no transcorrer da pesquisa.

E, nesse cenário é importante ressaltar a relevância da temática na prática clínica da Terapia Ocupacional visando a não reverberação de ações discriminatórias, considerando o sujeito com suas singularidades, respeitando sua cultura, cor/raça-etnia, dedicando atenção ao contexto social desses indivíduos.

Como também a relevância para a atuação da Terapia Ocupacional no campo social, objetivando a prática da democracia e dos direitos dessa população, além da promoção da autonomia e empoderamento para diminuição da exclusão social e disparidades existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**, v. 2, n. 1998, p. 27-38, 1998.

ARAÚJO, Carla Luzia França et al. O quesito cor/raça em formulários de saúde: a visão dos profissionais de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, p. 241-246, 2010.

BATISTA, Luis Eduardo et al. Projeto humanização do parto e nascimento: questões étnico-raciais e de gênero. In: KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; CASTRO, C. M.; LAGO, T. G.; SOUZA, S. R. (Orgs.). *Nascer com equidade*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. (Temas em saúde coletiva, 11).

BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). *Seminário saúde da população negra estado de São Paulo*, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de saúde publica**, v. 33, p. e00090516, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001300302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06/06/2018.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630-636, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000500003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15/05/2018

BOBBIO, Norberto; PASQUINO, Gianfranco; MATTEUCCI, Nicola. **Dicionário de Política**, 11. ed., Brasília: UnB, 1983.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Lei nº. 12.288 de 20 de julho de 2010: Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, 2010.

BRASIL. A população negra no Distrito Federal - Analisando as Regiões Administrativas. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/politicas_sociais/Estudo%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra%20DF%202014.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados sobre a saúde da População Negra**. Brasília; 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803>. Acesso em: 07/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.632, de 15 de dezembro de 2004. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: primarycareassessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 31/10/2016.

CASHMORE, E. Dicionário de relações étnicas e raciais. Trad. Dinah Kleve. São Paulo: Sumus, 2000.

CONDEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios PDAD- 2013 Pôr do Sol- Sol Nascente. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-P%C3%B4r-do-Sol-Sol-Nascente.pdf>>. Acesso em: 06/07/2018.

CUTI, Luiz Silva. Quem tem medo da palavra negro. **Revista Matriz: uma revista de arte negra. Grupo de Teatro Caixa Preta. Ano**, v. 1, p. 42-54, 2010. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/pdf/quemtemmedodapalavranegro_cuti.pdf>. Acesso em: 16/05/2018.

DIAS, Jussara; GIOVANETTI, Márcia R.; SANTOS, Naila J. Seabra. **Como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no sistema único de saúde. Secretaria de Estado da Saúde.** São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/manual_quesito_cor.pdf. Acesso em: 30/10/2016.

FIGUEROA, A. 2004 Contextualização conceitual e histórica. In: Seminário Nacional de Saúde da População Negra. *Caderno de textos básicos*. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone; ALMEIDA, Vivian. Desigualdade racial no Brasil: um olhar para a saúde. 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2688:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 06/06/2018.

JACCOUD, Luciana. Racismo e República: O debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, Mário et al. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição. **Brasília: Ipea**, 2008.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e sociedade**, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902007000200014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26/08/2016

LACERDA, Roberto dos Santos et al. FATORES QUE INTERFEREM NAS DISPARIDADES RACIAIS EM SAÚDE: impacto do trauma histórico, status socioeconômico e racismo sobre a saúde. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 4, n. 8, p. 97-113, 2012. Disponível em: <<http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/254>>. Acesso em: 15/06/2018

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.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 26/06/2018.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000100013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26/06/2018.

LEFEVRE, A.M. C; CRESTANA, M.F; CORNETTA, V.K.A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo - 2002 *Saúde e Sociedade* v.12, n.2, p.68-75, jul-dez 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M. O sujeito coletivo que fala. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. v. 10, n. 20, 517-524, 2006.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos-CEBRAP**, n. 87, p. 77-95, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002010000200005&script=sci_arttext>.

Acesso em: 15/10/2017

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: **Seminário saúde da população negra Estado de São Paulo 2004**. 2005. p. 53-101.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, vol. 16 n. 40, p. 121-34, jan./mar. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000100010&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 27/05/2018

MACINKO, James et al. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **International journal for equity in health**, v. 11, n. 1, p. 80, 2012. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-80>>. Acesso em: 20/06/2018.

MONTEIRO, M. C. S. Direito à saúde e participação social: enfrentando o racismo e a desigualdade social. In: KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; CASTRO, C. M.; LAGO, T. G.; SOUZA, S. R. (Orgs.). *Nascer com equidade*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. (Temas em saúde coletiva, 11).

OLIVEIRA, Flávia. Extermínio de Jovens Negros, a agenda mais urgente. **Brasil de Direitos: 10 anos do fundo Brasil de direitos humanos**, São Paulo, p. 14-17, dez. 2016. Disponível em: <<http://ptdocz.com/doc/1904727/brasilde---fundo-brasil-de-direitos-humanos>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

RIBEIRO, Djamila. A resistência e a reexistência das mulheres negras. **Brasil de Direitos: 10 anos do fundo Brasil de direitos humanos**, São Paulo, p. 18-21, dez. 2016. Disponível em: <<http://ptdocz.com/doc/1904727/brasilde---fundo-brasil-de-direitos-humanos>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232006000400022&script=sci_arttext>. Acesso em: 22/05/2018.

RINEHART, D. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Discursos da Gestão Municipal do SUS. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14421/1/2013_DeniseRinehart.pdf>. Acesso em: 30/10/2016.

SACRAMENTO, Amália Nascimento; NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40815>>. Acesso em: 30/05/2018.

SILVA, Cosmo Helder Ferreira et al. Relato sobre as políticas de saúde da população negra e indígena no Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 16, p. 16-27, 2015.

SILVA, Marta de Oliveira. Participação e controle social para equidade em saúde da população negra. 2007. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/882/77.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15/06/2018.

TEIXEIRA, Carmen. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 09/11/2016.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 585-597, 2005.

VOLOCHKO, Anna. Mortalidade materna: determinantes sociopolíticos. **Nascer com equidade, humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e gênero**. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 111-132, 2010.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902016000300535&script=sci_arttext>.
Acesso em: 17/09/2016.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 24 – n. 3, p. 563-578, Set./Dez. 2012

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Parte I - Apresentação pessoal

Parte II - Assinatura do termo de consentimento

Parte III - Requerimento do uso da gravadora (anonimato garantido)

Parte IV - Número da Entrevista:

- Idade
- Cor/raça-etnia
- Orientação sexual ou Identidade de gênero
- Escolaridade

Questões em relação a assistência prestada nos serviços de saúde público do DF

1. Utiliza a rede pública de saúde do DF? (há quanto tempo?)
2. Quais profissionais você frequenta na rede pública?
3. Alguma vez já perguntaram a sua cor/raça-etnia nos serviços de saúde?
4. Como era a relação com os profissionais que realizavam o atendimento? (Recebeu as informações necessárias de acordo com a sua necessidade?)
5. Observou diferença no tratamento em relação a sua cor/raça-etnia? (percebeu alguma vez alguma forma de racismo por parte deles?)
6. Como você qualifica a assistência prestada? (o que lhe desagradou durante o atendimento ou o que considerou importante durante a realização do mesmo?)
7. Você gostaria que algo fosse acrescentado durante os atendimentos? (sugestões para a melhoria do atendimento em relação as necessidades da população negra)
8. Tem conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra?
9. Se sim, relate um pouco sobre o que você conhece sobre a PNSIPN.
10. Relate livremente, sobre raça/cor, atendimento nos serviços e como se dá essa relação com os/as profissionais de saúde.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Voluntária,

Você está sendo convidada à participar da pesquisa intitulada: "PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO NEGRA SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL". Esta pesquisa será realizada pela aluna do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, Luisa Gabriela Barros Carvalho Cunha. E a orientação da pesquisa será feita pela Professora Josenaide Engracia dos Santos, que é o responsável por este estudo.

O Objetivo da pesquisa é entender a experiência da população negra em relação aos atendimentos na rede de atenção à saúde pública do Distrito Federal (DF).

O senhor (a), receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação será por meio de uma entrevista, que será gravada em áudio, com um tempo estimado de trinta minutos para a sua realização, que o senhor (a) deverá responder no local e data combinados de sua preferência.

O senhor (a) tem a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa, tendo a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento e por qualquer motivo e deixar de participar do estudo sem que isto acarrete prejuízo à sua pessoa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de um trabalho de conclusão do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília e os dados utilizados ficarão armazenados em um banco de dados sob a responsabilidade do pesquisador.

Dessa forma, fui informado (a) e estou ciente que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes sobre pesquisa e que todos os dados ao meu respeito serão confidenciais e poderão ser utilizados para fins acadêmicos. Fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhuma restrição ou prejuízos.

Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a instituição Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia. Telefone: (61) 3376 6042.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa. O Termo de consentimento possui duas folhas, no qual devem ser assinadas pelo pesquisador e pelo sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de 2018.

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção da população negra sobre a assistência prestada nos serviços de saúde público do DF

Pesquisador Responsável: JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão:

1

CAAE: 77903517.5.0000.5540

Submetido em:

28/09/2017

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Situação da Versão do Projeto:

Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio
--	--------------------------