

DENISE RINEHART

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
DISCURSOS DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

BRASÍLIA DF
2013



Universidade de Brasília

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DENISE RINEHART

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
DISCURSOS DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Fortes Garcia Lorenzo

Co-orientadora: Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha

Brasília
2013

DENISE RINEHART

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
DISCURSOS DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

APROVADO EM __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Doutor Claudio Fortes Garcia Lorenzo (Presidente)

Prof. Doutor Wanderson Flor Nascimento

Profa. Doutora Maria Inez Montagner

Profa. Doutora Daphne Rattner (suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos meus amores Marcos e João Pedro, pelo apoio, compreensão, carinho e cuidado nas horas que mais precisei, quando deprimida e ensandecida me perguntava se esse era o rumo.

À minha família e amigos, pelo exemplo e pela força, agradeço em nome de minha mãe Dinah Lefèvre Rinehart, por perdoar minha ausência em sua recém-viuvez, e em nome de minha amiga e irmã Denise Janinni, pelo ombro e ouvido sempre presentes.

À Liss, pelo exemplo de luta e de força.

Aos meus professores, principalmente Claudio Lorenzo e Dais Rocha, por todos os ensinamentos e pela paciência na orientação e no acompanhamento de minha jornada, incentivando e censurando com equilíbrio e sabedoria.

Aos meus colegas de trabalho, pela ajuda e compreensão de minhas ausências, agradeço a todos em nome da colega mais antiga da casa, Maria Ignez Magalhães, e do colega de espírito mais jovem da casa, José Enio Servilha Duarte.

À Diretoria do Conasems, por toda colaboração e incentivo, com quem trabalhei na busca por respostas, agradeço em nome do Presidente do Conasems, Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi.

Aos companheiros Jurema Werneck, Maria Inês Barbosa, Arnaldo Marcolino, Luís Eduardo Batista, José Marmo da Silva, Maria do Carmo Sales Monteiro, Verônica Lourenço, Elaine Oliveira Soares e Fernanda Lopes, pela provocação e por revelarem a minha responsabilidade abrindo meus olhos.

Aos secretários e secretárias municipais de saúde do Brasil, sem os quais meu trabalho não teria sentido, a quem dedico essa experiência.

“Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada”.
(Batista et al., 2004)

RESUMO

Segundo o censo demográfico de 2010, cerca de 97 milhões de brasileiros se autodeclararam pretos ou pardos e apenas 91 milhões como brancos; como maioria, essa parcela da população necessita ter do poder público, representado por dirigentes e gestores, especial atenção, considerando sua relevância e magnitude, e principalmente devido às condições precárias de vida sob as quais esses cidadãos convivem rotineiramente, muito por razões discriminatórias e históricas. Uma análise dos dados epidemiológicos revela que prevalece sobre a população negra significativa violação de direitos e iniquidades. Esta desigualdade sócio-racial também se manifesta na saúde, seja pela dificuldade de acesso a bens e serviços, seja por outros indicadores, tais como: expectativa de vida ao nascer, anos potenciais de vida perdidos, elevada carga de morbidade, e elevada mortalidade precoce, por causas evitáveis e externas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) contou com a contribuição de diversos setores da sociedade brasileira em sua construção e foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2009, embora sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) tenha ocorrido três anos antes. A Política possui como marca o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais da saúde e aponta aos gestores das três esferas de governo suas responsabilidades, diretrizes e estratégias de implementação. Considerando a missão de representante das secretarias municipais de saúde do país, a pesquisadora deste estudo, compondo a equipe de assessoria técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entende que conhecer a visão que esses gestores têm sobre a PNSIPN oferece uma oportunidade de fortalecer o debate acerca da efetivação das políticas pactuadas nos espaços de construção tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem o intuito de compreender a visão dos gestores municipais quanto à importância de implementação desta política e suas dificuldades e facilidades para implantação. Trata-se de estudo de natureza qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas e posterior análise dos discursos desses atores, utilizando-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O estudo demonstrou que as representações sociais que emergiram dos discursos do sujeito coletivo reafirmam a relevância da PNSIPN, entretanto há discursos antagônicos que negam sua pertinência por contrariar princípios do SUS; surgiram também representações que se amparam na concepção biologicista como justificativa exclusiva para a implementação da política. Também emergiram dos DSC representações antagônicas referentes às dificuldades e facilidades da implementação da política.

Palavras-chave: equidade; racismo; saúde da população negra; gestão municipal.

ABSTRACT

According to the 2010 population census approximately 97 million of Brazilians declared themselves as black or brown, and only 91 million as whites; as a majority, this part of the population deserves a particular attention from the government, represented by leaders and managers, given their relevance and importance, and mainly due to poor living conditions under which these people routinely live, mostly due to discriminatory and historical reasons. An analysis of epidemiological data reveals that prevail over the black population a significant rights violation and inequities. This socio racial inequality also manifests itself in health, either by the difficulty of access to goods and services, or by other indicators, such as life expectancy at birth, years of potential life lost, high morbidity burden, and high early mortality, from avoidable causes; external. The National Policy for Integral Health of the Black Population (PNSIPN) received contributions from various sectors of Brazilian society in its construction and it was agreed upon in Tripartite Intermanagers Commission (CIT) in 2009, although its approval in the National Health Council (CNS) has taken place three years before. The brand of the Policy is the acknowledgment of racism and racial inequality as social determinants of health, and points out to the managers of the three spheres of government their responsibilities, guidelines and implementation strategies. Considering the mission of representing the municipal health of the country, the researcher of this study, composing the advisory team of the National Council of Municipal Health Secretaries (Conasems) understands that knowing the vision that these managers have about PNSIPN offers an opportunity to strengthen the debate on the execution of the policies agreed upon in the spaces of the tripartite construction of the Unified Health System (SUS). This study aims to understand the vision of municipal managers in regard to the importance of implementing this policy, difficulties and skills to deploy. This is a qualitative study through semi-structured interviews and subsequent analysis of the discourse of these actors, using the methodology of the Collective Subject Discourse (DSC). The study showed that the social representations that emerged from DSC reaffirm the relevance of PNSIPN, however there are antagonistic discourses that deny their relevance by counteracting principles of the SUS, there were also representations that take refuge in the biologist principles as justification for policy implementation. Antagonistic representations also emerged from the DSC regarding difficulties and facilities of policy implementation.

Keywords: equity; racism; black population health; municipal management.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Quantidade de Sujeitos segundo suas contribuições na composição dos DSC _____ 77
- Figura 2 – Análise da contribuição dos sujeitos na composição dos DSC segundo suas regiões geográficas de origem _____ 78

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Categorias de Ideias Centrais agrupadas _____ 122
- Quadro 2 – Respostas à questão 1, organizadas em IC, ECH e AC _____ 130
- Quadro 3 – Respostas à questão 2, organizadas em IC, ECH e AC _____ 144
- Quadro 4 – Respostas à questão 3, organizadas em IC, ECH e AC _____ 155
- Quadro 5 – Respostas às questões 4 e 5 organizadas em IC, ECH e AC _____ 171
- Quadro 6 – Respostas à questão 6, organizadas em IC, ECH e AC _____ 178
- Quadro 7 – Respostas à questão 7, organizadas em IC, ECH e AC _____ 181

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor. Brasil, 1977, 1987 e 1993 _____ 18
- Tabela 2 – População residente com incidência de hanseníase e de tuberculose, segundo os grupos de cor ou raça selecionados (brancos e pretos & pardos) e sexo, Brasil, 2008 (em número de novos registros da enfermidade por 100 mil habitantes) _____ 19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Ancoragem
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conares – Conselho Nacional de Representantes Estaduais
Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Cosems – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CTSPN – Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
Deges – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DOU – Diário Oficial da União
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECH – Expressões-Chave
ESB – Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Fiocruz – Fundação Osvaldo Cruz
FSPUSP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
IC – Ideias Centrais
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
LAESER – Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais

MS – Ministério da Saúde
NEPO/Unicamp – Núcleo de Estudos de População /Universidade Estadual de
Campina
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
Pnad – Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
Provab – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa da Saúde da Família
Sage – Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAM – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais
UBS – Unidade Básica de Saúde
UnB – Universidade de Brasília
Unesco – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 EQUIDADE EM SAÚDE	24
2.2 AÇÕES AFIRMATIVAS: O CASO DA POPULAÇÃO NEGRA NO SUS	31
2.2.1 Raça: O Biológico e o Sociológico	37
2.3 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	40
2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: ARTICULAÇÕES CONCEITUAIS	52
3 OBJETIVOS	54
3.1 OBJETIVO GERAL	54
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
4 METODOLOGIA	55
4.1 FORMA DE RECRUTAMENTO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	56
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO COLETIVO DE SUJEITO	58
4.3 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	59
4.3.1 Discurso do Sujeito Coletivo: Composto o “Quebra-Cabeça”	61
4.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO	63
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	64
4.5.1 Análise Crítica de Risco e Benefício	64
5 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 DISCURSO DOS GESTORES: APRESENTAÇÃO DOS DSC PROPRIAMENTE DITOS	67
5.2 A CONSTRUÇÃO DOS DSC: FREQUÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO DOS DIFERENTES SUJEITOS	76
5.3 DSC E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: EXPLORANDO SENTIDOS E CONFRONTANDO IDEIAS	79
5.4 FRAGMENTOS ISOLADOS: DESTAQUE AO DEPOIMENTO DOS INDIVÍDUOS	96
5.5 SÍNTESE EM DIREÇÃO ÀS CONCLUSÕES	99

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6.1 RECOMENDAÇÕES	103
6.2 SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS	105
7 REFERÊNCIAS	107
8 APÊNDICE	116
APÊNDICE A	117
APÊNDICE B	118
APÊNDICE C	121
APÊNDICE D	130
9 ANEXOS	194

1 INTRODUÇÃO

Criado em 1988 o Conasems surgiu em num período de intenso debate sobre a saúde pública brasileira, onde novos atores políticos envolveram-se apontando de forma decisiva as bases jurídicas para o Sistema de Saúde na nova Constituição Brasileira, em elaboração pelos deputados constituintes, representantes de forças políticas presentes na sociedade do país. Recém-criado na década de 80, seu protagonismo como representante dos gestores municipais sobreviveu graças a um grupo pequeno de secretários municipais de saúde, ativistas apaixonados, que segundo Pimenta (2008) “[...] entregaram-se de corpo e alma à tarefa política de garantir consolidação legal e normativa do SUS” (p.10). No documento publicado em 2007 pelo Conasems intitulado “Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias”, Sérgio Arouca é entrevistado, e declara de forma enfática que “[...] se não municipalizasse, o SUS morreria” (p.56), pois considerava a municipalização como base da vitória do SUS, pois foi por meio dela que se criou uma base impressionante de novos sujeitos na área da saúde pública. Arouca também destaca como exemplo a criação de mais de cinco mil conselhos municipais de saúde e a incorporação de um número imenso de trabalhadores na saúde municipal comprometidos com a construção do SUS (CONASEMS, 2007).

Durante toda a década de 1990 a entidade manteve sua importante presença política, com crescente papel no movimento pela implantação do SUS, posicionando-se em defesa da descentralização, da melhoria do financiamento, e atribuindo aos municípios um papel protagonista, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do SUS. Pimenta (2008) acrescenta que “Com a criação da CIT em 1993 a voz dos municípios passou a ser ouvida de maneira mais contundente nas discussões sobre os rumos do SUS no país” (p.12), e a partir deste momento os municípios são representados pela entidade em suas instâncias de deliberação e pactuação, e como tal tem sido um ator político fundamental no processo de construção e municipalização das políticas de saúde em nosso país. (PIMENTA, 2008)

O Conasems e o SUS completam 25 anos em 2013, e a entidade caminha lado a lado com as lutas pela efetivação do direito à saúde e em defesa dos

princípios e diretrizes do SUS. Membros de sua futura diretoria já atuavam junto ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira pela redemocratização do país e da saúde, e pela realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja principal contribuição foi delinear os princípios norteadores do que viria a ser o SUS proposto pela Constituição de 1988. (BRASIL, 2007, p.39)

Embora fundado em 1988 vale destacar que, precedendo sua estrutura formal, os secretários municipais de saúde já se organizavam por meio de colegiados em seus estados. Pimenta (2008) ressalta que “Simultaneamente à organização do Conasems, ocorria o processo de construção dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems)” (p.10), sendo que entre os anos de 1986 e 1987 surgiram os primeiros Cosems nos estados de Pernambuco, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Pará e Paraná. (PIMENTA, 2008). Nesta mesma publicação, edição especial de sua revista lançada em comemoração aos 20 anos da entidade, a autora Pimenta (2008, p.11) afirma que:

[...] 80% dos Cosems já estavam criados até 1994, o que evidencia a existência do movimento político dos gestores municipais, tendo em vista que a criação destas entidades constituía-se muito mais como militância em defesa da Saúde Pública e do SUS do que num movimento institucional, realizado dentro dos governos municipais.

A missão preponderante do Conasems é agregar e representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país, bem como auxiliá-las na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus respectivos sistemas de saúde, proporcionando intercâmbio de informações, cooperação técnica, divulgando conhecimento e capacitando pessoal (CONASEMS, 2010).

O Conasems tem sua representação garantida no CNS conforme disposto na Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), como também nos foros de pactuação do SUS, estabelecido pelo Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Declarado de utilidade pública e de relevante função social o Conasems, como também os Cosems, é reconhecido como “entidade representativa do ente municipal para tratar de matérias referentes à saúde”, conforme Artigo 14-B da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). Portanto é por meio deste papel, instituído legalmente pela Lei n. 12466 de 24 de agosto de 2011, que o Conasems busca defender e representar os interesses dos municípios nos espaços de

pactuação interfederativa (BRASIL, 2011), romper com a estrutura de tutela verticalizada e centralista, ainda dominante nesses espaços, que desconsidera as especificidades, demandas e a autonomia de cada município brasileiro, levando em conta que seu surgimento se deu no momento de retomada do projeto de descentralização da saúde na década de 1980, quando da crise das políticas sociais do Estado autoritário (LUZ, 2000).

Assim a entidade segue fortalecida desde sua criação, e propõe uma fórmula de gestão democrática para a saúde, atribuindo aos municípios um papel protagonista, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do SUS (BRASIL, 1988). Como defensor do movimento municipalista brasileiro o Conasems mantém seu compromisso estratégico com a mudança, e luta por um novo modelo de atenção à saúde que seja inclusivo e mais justo.

Estão entre os objetivos e finalidades da entidade, conforme Art.1º, § 1º de seu estatuto, o de atuar “em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde [...]”, assim como realizar estudos, pesquisas, prestação de serviços, capacitação de pessoal, informações, assistência técnica e cooperação interinstitucional (CONASEMS, 2010). Diante do exposto percebe-se o importante papel do Conasems em oferecer às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), por vezes em parceria com os Cosems, informações, orientações e esclarecimentos, como também a oportunidade de atualização sobre temas recentes da agenda do SUS, o que se trata de um imenso desafio, devido às dimensões continentais do país, a diversidade de realidades e os diferentes graus de acúmulo técnico e incorporação tecnológica.

Temas urgentes, relevantes e amplos são rotineiramente pautados na agenda dos gestores do SUS, e atualmente o de maior evidência tem sido a garantia de acesso com qualidade e em tempo oportuno às ações e serviços de saúde para toda população, e em especial àquelas em situação de vulnerabilidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11, 2000; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 14, 2011), o que exige do gestor um olhar diferenciado pautado pela equidade. Entre as situações de vulnerabilidade, aquela que mais se destaca é a relativa à população negra, que compõe a maior parcela da população brasileira, 50,7% (IBGE – 2010), e que concentra os piores indicadores sociais, econômicos e epidemiológicos

(BATISTA, 2002), (LOPES, 2005), (CHOR; LIMA, 2005), (PAIXÃO *et al.*, 2010), (BRASIL, 2004) e (BRASIL, 2012).

Barbosa (1998) declara que ainda são poucos os estudos de avaliação das desigualdades raciais na área da saúde buscando o nexo causal entre racismo e o perfil de morbimortalidade, e embora haja evidências das desigualdades geradas pelo racismo na educação, moradia, trabalho, acesso a bens e serviços, não são suficientes para sensibilizar os pesquisadores da área de saúde para que busquem avaliar os efeitos do racismo, e a autora considera que: [...] “por contraditório que seja, consideram-se tais variáveis como responsáveis por um melhor ou pior nível de saúde”(p. 29). Chor e Lima (2005) também declaram que “as desigualdades étnico-raciais, no âmbito da saúde, têm sido pouco investigadas no Brasil, ao contrário de outros campos como o da educação, mercado de trabalho e justiça” (p.1587). Posteriormente, em 2013, Chor (2013) reafirma que no Brasil, o tema “raça e saúde” é controverso, e declara estar “convencida de sua importância em função da escassez de estudos empíricos que investiguem a magnitude e influência das desigualdades raciais no adoecimento” (p.1272).

Porém, em agosto de 2004, por ocasião de realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em Brasília/DF, alguns dos dados sobre o perfil de morbimortalidade e de acesso a serviços por esta população foram apresentados devido sua relevância:

[...] 50% da população negra se encontra sobre a linha da pobreza ou abaixo dela, sendo que 22% correspondem aos brancos na mesma situação; acesso mais restrito das mulheres negras a informações adequadas sobre contracepção, DST e HIV/AIDS e aos métodos contraceptivos; a mortalidade infantil incidente sobre crianças negras é provocada por doenças infecciosas e parasitárias, consideradas evitáveis; duplicação da diferença entre os níveis de mortalidade de crianças menores de um ano brancas e negras, em um período de 20 anos: se em 1980 a mortalidade das crianças negras era 20% maior do que a das crianças brancas, no ano 2000, essa diferença passou a ser de 40%, o que revela uma estreita articulação entre condições de vida e de saúde; maior porcentagem da população negra (89%) usuária do SUS, contra 72% da população branca; dados de óbitos maternos nas capitais, apontam (sic) que mulheres que morreram durante a gravidez, 60% eram negras; e, a expectativa de vida de 67,6 anos para a população negra e de 74 anos para a branca (BRASIL, 2004, p.33).

Mesmo diante destas evidências há um forte aparato científico que busca manter o equacionamento reducionista da problemática do racismo à problemática da pobreza, o que torna obrigatória a apresentação de uma base maior de dados

oriundos de pesquisas que mostram o equívoco na redução da explicação das desigualdades sociais no Brasil a um fenômeno unicamente socioeconômico, ou seja, de classes (BRASIL, 2004), é o que busca a PNSIPN quando inscreve em sua marca: “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009).

Chor (2013) afirma que os eixos de desigualdades racial, socioeconômico e de gênero podem atuar conjuntamente, criando grupos especialmente vulneráveis. Todavia em muitos casos, a adversidade econômica será predominante, enquanto que em “outros, esse eixo não será suficiente e a compreensão do papel da raça e do gênero será indispensável para explicar o desfecho e contribuir para a elaboração de políticas públicas” (p.1273).

Outro dado igualmente preocupante se deve à assimetria racial crescente, ou seja, mesmo diante do efetivo progresso social do país, caracterizado por sua redemocratização, pelo avanço nas áreas de educação e saúde, pela ascensão social de milhares de brasileiros por meio de políticas de redistribuição de renda de resultados reconhecidos. Soares (2010) afirma que a queda da desigualdade no país já esta suficientemente comprovada, mas o autor questiona se seu ritmo é aceitável, porém o que se nota é que as disparidades entre negros e brancos ainda persistem (LOPES, 2005), e lamentavelmente se acentuam. Martins (2004, p. 55) enfatiza que:

A esperança generalizada de que o crescimento econômico, o desenvolvimento social e, sobretudo, o retorno à democracia depois de duas décadas de ditadura militar reduziriam naturalmente as desigualdades raciais (e as disparidades sociais, em geral) se revelou tristemente infundada.

A análise da mortalidade infantil por causas segundo a cor-raça do recém-nascido evidencia as desigualdades persistentes no País. (BRASIL, 2012). Lopes (2005) considera que “o nascer é mais difícil para os filhos de mães negras, da mesma forma que viver também apresenta-se como um grande desafio” (p.23). A autora refere-se ao fato das desigualdades raciais terem se acentuado nos últimos anos e em seguida demonstra isso por meio de uma tabela onde se vê que o decréscimo da mortalidade infantil entre negros mostrou-se proporcionalmente menor do que entre brancos entre os anos de 1977 e 1993, como segue:

Tabela 1 – Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor Brasil, 1977, 1987 e 1993.

ANOS	BRANCA	NEGRA (a)	TOTAL
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993(b)	37	62	43

Fonte: FIBGE. Censos Demográficos – 1980 1991; Pnad, 1995.

(a) Inclui a população classificada como preta e parda

(b) Estimativas de Simões e Cardoso (1977)

(LOPES, 2004, p. 23)

A autora destaca que nos últimos dez anos a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e brancos aumentou de 21% para 40% (LOPES, 2004, p.23) “[...], ou seja, **os filhos de mães negras estiveram mais expostos ao risco de adoecer e morrer que os filhos de mães brancas.**” (grifo da autora).

Referência à tendência de queda das Taxas de Mortalidade Infantil no Brasil também é feita pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 166) afirmando ainda que o país deverá alcançar a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2015. Porém apresenta uma ressalva:

Entretanto os níveis ainda elevados e as persistentes desigualdades regionais e segundo a cor-raça do recém-nascido evidenciam a necessidade da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde da mulher na gestação e no parto e na atenção ao recém-nascido e à criança.

Em seu extenso documento intitulado “Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil: 2009-2010” Paixão *et al.* (2010) revelam diversas assimetrias raciais, e ao comparar a Tábua de Vida da população branca com a população preta & parda de ambos os sexos, em todo o país, para o ano de 2008 surge uma diferença média aproximada de cinco anos a mais para os brancos, como se vê a seguir: para o conjunto da população branca este dado era de 73,13 anos, sendo 72,39 anos no grupo de gênero masculino, e 74,57 anos no feminino, porém no contingente preto & pardo de ambos os sexos era de 67,03 anos, sendo 66,74 anos para o grupo de gênero masculino e 70,94 anos para o feminino.

Neste mesmo documento os autores apresentam dados referentes à incidência de Hanseníase e de Tuberculose, e introduzem o tema alegando que ambas as enfermidades são cercadas por forte estigma social, não só em decorrência do fato de serem doenças infectocontagiosas, como também devido às

condições sociais das pessoas enfermas, geralmente pobres. Os autores declaram que, quer seja por desinformação ou por suposição, muitos concluem que seus portadores necessariamente contraem essas enfermidades por levarem um tipo de vida à margem da sociedade. Apontam ainda a “hipótese de que este estigma igualmente esteja associado ao fato de que ambas as doenças acometem com mais intensidade, justamente, as pessoas de cor ou raça preta & parda” (PAIXÃO *et al.*, 2010, p.44), é o que se vê demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 2 – População residente com incidência de hanseníase e de tuberculose, segundo os grupos de cor ou raça selecionados (brancos e pretos & pardos) e sexo, Brasil, 2008 (em número de registro de novos casos da enfermidade por 100 mil habitantes).

	HANSENÍASE	TUBERCULOSE
Homens brancos	7,6	24,6
Homens pretos & pardos	13,9	35,6
Total	11,4	37,5
Mulheres brancas	6,6	14,0
Mulheres pretas & pardas	12,5	18,4
Total	10,0	19,7

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, microdados SINAN; FIBGE, microdados Pnad
Tabulações LAESER: Fichário das Desigualdades Raciais

Nota 1: a população total inclui os indivíduos de cor ou raça amarela, indígena e ignorada.

Nota 2: incidência corresponde aos novos casos de determinados agravos sobre a população residente.

Em seu estudo no estado de São Paulo Batista (2002) também encontrou dados que mostram que a tuberculose tem maior incidência entre os homens pretos. O autor ainda pontua que a exclusão social vivida pelos negros os colocam “nas estatísticas da maior mortalidade no Estado, e principalmente por causas evitáveis como as mortes por tuberculose, AIDS, mortes maternas, causas externas entre outras causas” (BATISTA, 2002, p.142). Batista, Escuder e Pereira (2004) apresentam evidências de que a morte tem cor, baseando-se na análise da mortalidade segundo a raça/cor no estado de São Paulo. Concluem que existe uma morte branca, cujas causas não são mais do que doenças, e “uma morte negra que não tem causa em doenças: são as causas externas, complicações da gravidez e parto, os transtornos mentais e as causas mal definidas” (p. 630).

Com relação aos homicídios, observou-se um aprofundamento da desigualdade entre as taxas das populações negra e branca. O risco diminuiu em 24% na população branca e aumentou em 11% na negra. A “razão entre as taxas de

mortalidade nas populações negra/branca passou de 1,7 para 2,5 entre 2000 e 2010”. (BRASIL, 2011, p.153)

Diante deste cenário e visivelmente preocupados, no decorrer dos últimos anos, os diretores do Conasems propuseram algumas estratégias com a finalidade de pautar o tema promoção da equidade no SUS, populações vulneráveis e desigualdades raciais em saúde. Estão entre elas: a realização da atividade intitulada *“Diversidade de sujeitos igualdade de Direitos no SUS”* em todos os congressos anuais da entidade desde 2010 em Gramado/RS; o lançamento em 2010 da seção *“Políticas de Promoção de Equidade no SUS”* em sua revista bimestral; o lançamento do *“Prêmio Pró-Equidade em Saúde”*, cuja primeira edição ocorreu em parceria com MS e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) durante seu XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e X Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência em 2011 em Brasília/DF.

Apesar de todas essas iniciativas esta pesquisadora percebe, a partir de sua experiência dentro do Conasems, que esses esforços ainda não são suficientes para promover uma sistemática discussão entre os gestores municipais do SUS sobre equidade, vulnerabilidade em saúde, saúde da população negra, desigualdades raciais em saúde e racismo institucional, com vistas à garantia do direito à saúde a essa parcela da população historicamente excluída. Como Chor e Lima destacam quando afirmam que o Brasil, por apresentar o maior contingente de afrodescendentes fora do continente africano, teve suas marcas deixadas pela escravidão “na posição social de sucessivas gerações da população negra”. (CHOR; LIMA, 2005, p.1586)

Em que pese o avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos e dever do Estado, inscrito no art. 196 da Constituição Federal assim como na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990), no que tange à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, não se observa “o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde quando se considera o recorte racial, em detrimento da população negra” (BRASIL, 2004, p.6). Luz (2000), em suas reflexões sobre o desafio de romper com características seculares das políticas públicas, particularmente as sociais, marcadamente “unitárias, verticais e instáveis” (p.296), afirma que “perante as normas, em princípio, todos são iguais, mas há alguns **mais iguais que outros** (grifo da autora)” (p.297). Tais afirmativas remetem a outras reflexões: qual a interferência dessas normas/políticas e seus cumprimentos

na reversão do quadro de desigualdades raciais apontado? Será a PNSIPN a norma/política, referida pela autora, que guarda essa potência em sua implementação?

Diante desta realidade, o presente estudo reconhece a importância do debate sobre os desafios para garantia do acesso desta população aos serviços e ações de saúde, como previsto na Portaria n. 922 de 13 de maio de 2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009). Trata-se de uma política recente que completou quatro anos em 2013, porém, a PNSIPN foi uma das primeiras políticas voltadas à promoção da saúde integral de grupos populacionais específicos a ser criada, exceção feita pela lei que cria o subsistema de atenção à saúde indígena, Lei n. 9836 de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca. Observa-se como diferenças, além do intervalo de dez anos de publicação entre ambas, que a responsabilidade de implementação das ações previstas na PNSIPN é partilhada entre as três esferas, enquanto que cabe “à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (BRASIL, 1999).

Ribeiro (2012) destaca que o “processo de implementação de políticas de promoção da igualdade racial, nos diversos setores, se deu principalmente pela atuação fundamental dos movimentos sociais organizados” (p. 135), enquanto que Brasil e Trad (2012) afirmam que a integração entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR) foi fundamental para que a política de Saúde da População Negra começasse a ser pensada. As autoras consideram que esse foi um dos “momentos mais profícuos de ideias e sugestões acerca das necessidades em saúde da população negra brasileira” (BRASIL; TRAD, 2012, p.91). Observa-se, portanto, que a citação destas autoras minimiza, ou até mesmo subtrai, o protagonismo da esfera local, tanto na fase de elaboração da política quanto em sua implantação propriamente dita.

Não obstante seja a PNSIPN uma política relativamente nova, não é possível desconsiderar alguns pontos que deveriam coloca-la em destaque na agenda da gestão, principalmente da esfera municipal: a presença recorrente do tema saúde da população negra, racismo e equidade racial nas Conferências Nacionais de Saúde desde 1996 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 10, 1996; .11, 2000; .12, 2004; .13, 2007; .14,2011) até o momento de sua deliberação e aprovação no CNS; o importante protagonismo do movimento negro Brasileiro em sua construção

(BRASIL; TRAD, 2012); seu caráter legal, uma vez que consta do Capítulo I da Lei n. 12288/10 do direito à saúde (BRASIL, 2010); as fortes evidências qualitativas das disparidades raciais no país, marcadas por iniquidades que recaem sobre a saúde de mais da metade da população brasileira, uma vez que negros e negras representam cerca de 51% população brasileira (BATISTA, 2002; LOPES, 2005; CHOR; LIMA, 2005; PAIXÃO *et al.*, 2010 e BRASIL, 2012); a invisibilidade das práticas racistas em nossa sociedade e conseqüentemente nos serviços de saúde, amparado pela ilusão da mestiçagem ou mito da democracia racial, capaz de esconder a verdadeira face do racismo em nossa sociedade (BRASIL, 2004; ARISTIDES, 2012; TRAD *et al.*, 2012); e, a responsabilidade de gestores municipais do SUS na garantia do direito à saúde desses cidadãos e cidadãs.

Outro fato importante a ser reconhecido pelo presente estudo é a inexistência de mecanismos implantados de monitoramento e avaliação da implementação das ações previstas pela PNSIPN. Considerando esta informação o Pleno do CNS, durante sua 240ª reunião ordinária, aprovou a Recomendação n. 30 de 12 de dezembro de 2012, que cita entre seus apontamentos a necessidade de “elaborar sistema de monitoramento e avaliação da implementação das ações da PNSIPN” (BRASIL, 2012; 1.a). Faustino (2012) aponta em seu estudo que a dificuldade de acesso aos dados detalhados que permitam uma análise mais profunda do real estágio de implementação da PNSIPN “reforçam a necessidade de se pactuar e instituir sistemas de monitoramento acessíveis que possibilitem visualizar o estágio de implementação das políticas públicas” (p.110).

Torna-se também importante promover este debate entre os gestores municipais, pois segundo Ribeiro (2012) a dimensão racial raramente faz parte da agenda dos gestores de políticas públicas, ao que Faustino (2012, p.115) acrescenta mais uma importante observação, que se refere à

[...] baixa prevalência de indicadores de saúde desagregados por raça e partir daí questionou-se o alcance de políticas e programas de saúde nos casos em que não se garantem a pactuação de metas de redução de iniquidade racial.

Sabe-se que tais lacunas na informação comprometem o cálculo de estatísticas vitais representativas da população brasileira em toda a sua diversidade, assim como “afetam a produção de análises de base quantitativa que deem suporte

à proposição de políticas públicas” (PNUD, 2001.p.7) que levem em conta as especificidades da saúde de mulheres e homens negros.

Este estudo teve como pressuposto de que a maior parte dos gestores municipais não conhece a PNSIPN, e caso conheçam ainda não há evidências que apontem que esses importantes atores consideram-na como a ferramenta mais eficaz no enfrentamento da situação de vulnerabilidade vivida por essa significativa parcela da população, e mesmo que dominem seu conteúdo, torna-se necessário a identificação e captação de recursos para financiar suas ações.

Considerando o limite de tempo imposto por um Mestrado Profissional, neste estudo foi privilegiada a visão dos gestores municipais representados pelos primeiros vice-presidentes regionais do Conasems e por cinco presidentes de Cosems, também integrantes da diretoria executiva nacional do Conasems, sendo um de cada região geográfica do país. Portanto, os dados levantados por esta pesquisa resultaram da abordagem de 10 sujeitos, por meio de entrevistas semiestruturadas, e foram organizados pela técnica metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Obtiveram-se ideias centrais (IC), extraídas de Expressões Chaves (ECH) que apontaram constatações a respeito da visão que esses importantes atores sociais, gestores municipais da saúde e membros da diretoria do Conasems, tem sobre a PNSIPN e os processos de implementação das ações previstas.

Deste modo, essa dissertação possui limites claros quanto à possibilidade de generalização de resultados ao apresentar explicações provenientes de um grupo reduzido de gestores, portanto não tem a pretensão de generalizar e nem tão pouco esgotar o assunto, mas sim de oferecer subsídios para a reflexão acerca do tema no espaço da gestão municipal e municiar a entidade em sua atuação junto aos gestores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de levantar a visão destes gestores frente à pertinência da PNSIPN, como também suscitar explicações sobre o processo decisório que envolve a implementação desta política, considerando as dificuldades e facilidades deste processo, tornou-se necessário identificar diferentes conceitos. Suas bases serviram de norte ao processo de análise da racionalidade que permeia o contexto no qual o gestor se insere como também alcançar sua percepção a respeito desse contexto e suas representações sobre o tema.

As bases conceituais aqui utilizadas são provenientes de diferentes autores, e tratam de temas firmemente ancorados na situação estudada e na realidade do SUS. Os conceitos escolhidos são a *equidade* propriamente dita, a *promoção da equidade e saúde da população negra*, *ações afirmativas*, *raça e teoria das representações sociais*.

A utilização destas definições teve como objetivo subsidiar a pesquisadora na elaboração do projeto e análise das respostas obtidas por meio das entrevistas, oferecendo não só conceitos de autores consagrados como também a possibilidade de suscitar a construção de um conceito da própria pesquisadora como referencial na análise.

Em seguida a PNSIPN foi analisada buscando identificar potencialidades e fragilidades em seu processo de construção, apontando qual a qualidade de seu desenho, utilizando-se como principal referencial teórico Fleury e Ouverney (2008), assim como também foi enfocada a abordagem baseada no ciclo de políticas.

2.1. EQUIDADE EM SAÚDE

Por que falar em equidade se na Constituição Federal Brasileira a expressão utilizada é igualdade? Por que desenvolver políticas de saúde destinadas a grupos específicos se o SUS tem a universalidade entre seus princípios? Quão próximos esses conceitos se encontram quando o que se pretende debater é o direito à saúde? Pode uma gestão pautada pela promoção da equidade garantir

oportunidades iguais aos diferentes? Essas são algumas inquietações que antecederam essa pesquisa, como também questionamentos que frequentemente emergem do debate sobre equidade no espaço da gestão municipal. Na busca pela elucidação de alguns destes dilemas serão apresentados determinados conceitos de equidade.

Carvalho (2007) afirma de forma sucinta e objetiva que “As Conferências de Saúde têm o objetivo de melhorar a saúde da população” (p.106), portanto um bom arranjo para ilustrar os dilemas acima mencionados será partir da análise dos debates sobre equidade em saúde contidos nas Conferências Nacionais de Saúde. Para Guizardi *et al.* (2004) as Conferências Nacionais de Saúde constituem espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS. Têm, portanto, como perspectiva a definição de diretrizes para as políticas de saúde e conseqüentemente para a gestão, e conta com a participação dos diferentes atores e segmentos implicados no processo. Mas os autores ponderam que “não obstante sua importância há ainda questões a serem respondidas sobre o significado das conferências na formulação de políticas [...]” (p.16) e entre essas questões está qual o peso real das políticas de promoção de equidade, elaboradas a partir das demandas das conferências, para a gestão, é o que se vê a seguir no estudo apresentado pelos autores Pinheiro, Westphal e Akerman (2005).

O trabalho desenvolvido por estes autores apresenta de forma sintética e crítica como o tema equidade em saúde, e termos similares, foi tratado nas conferências nacionais de saúde a partir da criação do SUS em 1988, ou seja, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências. Os autores conceituam equidade em saúde depois de um extenso debate citando Whitehead (1990), que destaca a dimensão ética e moral de equidade em saúde, referindo-se “a diferenças evitáveis e desnecessárias e que também podem ser consideradas injustas” (p.451), e citam também Kadt e Tasca (1993), que adotam a equidade como um princípio que requer concentração nos mais necessitados. No estudo de Pinheiro, Westphal e Akerman constataram que o discurso sobre equidade nas Conferências citadas é vago, aplicado de maneira indevida, sustentado em proposições gerais ou inespecíficas, havendo pouco avanço no entendimento do tema, e acrescentam que muitas vezes ocorreu sua substituição por pautas reivindicatórias trabalhistas. Outra observação feita pelos autores refere-se ao tratamento incompleto dado ao tema, ou seja, não há destaque

para as necessidades de saúde de grupos em situações de vulnerabilidade ou desfavorecidos, “o que indica uma resistência inicial à incorporação do conceito, como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas” (p.457). Considerando o espaço das Conferências como oportunidade ímpar de diálogo e construções coletivas a fim de se firmar compromissos, de reflexão para buscar novos significados das práticas em saúde, a superficialidade de abordagem do tema nas conferências estudadas, indicou a esta pesquisadora a necessidade de investigar se no discurso dos gestores municipais, participantes desta pesquisa, surgiria também essa resistência à incorporação do conceito como apontado pelos autores.

Costa e Lionço (2006) definem equidade em saúde “como o provimento de serviços para necessidades específicas de grupos ou pessoas” (p.47), e alegam que para isso é necessário contar com sujeitos e coletividades cujo poder e autonomia permitam enunciar seus desejos e necessidades. Para essas autoras é necessário adotar estratégias diferenciadas para indivíduos e grupos populacionais em situação de exclusão e em condições de maior vulnerabilidade, como é o caso da população negra, a fim de cumprir o instituído em nossa Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado, o que pode ser alcançado por meio da implementação da PNSIPN. Costa e Lionço (2006, p.50) ainda afirmam que

[...] a despeito das enormes desigualdades e iniquidades presentes na sociedade brasileira, a noção de equidade parece não estar incorporada como ferramenta operacional de uma ética prática que norteie a elaboração e implementação de ações políticas, no sentido da garantia da efetivação do direito universal à saúde.

Essas considerações críticas feitas pelas autoras sobre a ausência da equidade como norte na construção e implementação de políticas foram objeto de investigação dessa pesquisadora quanto a possível presença no discurso dos gestores participantes desta pesquisa, uma vez que estes são os principais atores responsáveis pela efetivação do direito à saúde dos munícipes, ou seja, aqueles que implementam as políticas. A essa constatação se soma a preocupação de Faustino (2012) ao afirmar que “a não adoção de medidas estatais orientadas para combater as desigualdades raciais pode contribuir para a manutenção dessas desigualdades” (p.101). Tal afirmação baseia-se no observado em seu estudo, a

baixa prevalência de indicadores de saúde desagregados por raça, ao que o autor questiona: se não há metas quantificadas e pactuadas que busquem garantir a redução das iniquidades raciais, qual o alcance e a relevância de políticas e programas de saúde assim concebidos?

Silva e Almeida Filho (2009) chamam a atenção para a abordagem da equidade para além da mera perspectiva epidemiológica ou como sinônimo de igualdade, mas sua implicação na formulação de políticas de saúde. Referem-se também à importante contribuição de Whitehead (1992) e de seus colaboradores, que introduziram a ideia de justiça como diferencial entre iniquidades e diferenças ou disparidades em saúde, para os autores estas disparidades se manifestam por meio de renda, educação e classe social, correspondendo, nesse caso, à materialização de desigualdades. Apontam que diferenças no estado de saúde de grupos e classes são resultantes de processos biológicos e sociais, explicados não só por diversas teorias sobre o social, e apontam a importância dos determinantes sociais da saúde.

Esses autores conceituam equidade em saúde interpretando-a como o resultado de políticas voltadas a indivíduos que não são iguais, tratando-os de forma diferente. “Nesse sentido, “equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais” (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p.221), o que mais uma vez reforça o importante papel dos implementadores das políticas na esfera local, gestores municipais, perceberem o alcance deste conceito na implementação do SUS.

Aqui vale mencionar Arendt (1998), em sua análise da diversidade absoluta dos homens entre si e a incapacidade da política em responder essa pluralidade, a autora afirma que “A política organiza, de antemão, as diversidades absolutas de acordo com uma igualdade relativa e em contrapartida às diferenças relativas (p.8)”. No Brasil, país multiétnico e multicultural, que reconhece essa diversidade em sua Constituição Federal, “a igualdade de direitos não pode representar a homogeneização de tratamento de indivíduos e de povos” (BRASIL, 2004, p.16).

Silva e Almeida Filho (2009, p.220) corroboram com o que foi apontado por Costa e Lionço (2006), ao destacarem o valor de um olhar qualificado pela equidade na elaboração de políticas, e a importância da autodeterminação, da mobilização, da autonomia e do poder propositivo de sujeitos ou de coletivos, como se vê:

No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, equidade corresponderia à participação e governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia.

Arendt (1998, p.18) também trouxe em seu debate sobre política uma instigante colocação sobre a dificuldade de compreensão do conceito de igualdade, o que reafirma as colocações de Costa e Lionço e de Silva e Almeida Filho, e faz também uma breve reflexão sobre igualdade de fato e de direito:

Isso é difícil nós compreendermos porque vinculamos à igualdade o conceito de justiça e não o de liberdade e, desse modo, compreendemos mal a expressão grega para uma constituição livre, a isonomia [Isonomie], em nosso sentido de uma igualdade perante a lei. Porém, isonomia não significa que todos são iguais perante a lei nem que a lei seja igual para todos, mas sim que todos têm o mesmo direito à atividade política; e essa atividade na polis era de preferência uma atividade da conversa mútua.

Werneck (2005) alega que há no Brasil esforços de organizações negras antirracistas no sentido de conceituar iniquidades/desigualdades, e para isso “adotam a noção de desigualdade ou de desigualdade racial para marcar os mecanismos de produção de resultados diferenciais nas condições de vida entre os diversos grupos, bem como sua ação extensiva à saúde” (p.332), o que se aproxima do conceito de disparidade, ao que a autora argumenta que será necessário formular e implantar “políticas de enfrentamento visando à redução ou à extinção desses diferenciais” (p.334), é o que pretende a PNSIPN.

Já Lucchese (2003), em seu artigo *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde* busca sistematizar alguns desafios e questionamentos postos diante da “gestão pública da saúde orientada à equidade na República Federativa do Brasil [...]” (p.439), e parte de uma interpretação própria para o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS. Vale explorar o sentido de equidade aplicada à gestão que Lucchese (2003, p. 442) traz, quando se refere à gestão pública como o espaço de tomada de decisões mediada pelas necessidades e demandas sociais e os recursos disponíveis, e define o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS como:

[...] a igualdade de condições e oportunidades, entre todas as unidades político-administrativas da Federação Brasileira, para a realização dos “funcionamentos” e para o desenvolvimento das “capacidades” necessárias à organização e implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população em cada local.

A autora destaca que as especificidades regionais, geradas pelas diferentes “realidades e condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras dos estados e regiões” (p.440), produzem diferentes perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção setorial e causam desigualdades relevantes na capacidade de resposta do SUS às necessidades locais, o que esta pesquisadora também buscou investigar por meio das entrevistas dos gestores procedentes das cinco regiões geográficas do país.

Lucchese (2003) segue e apresenta outro grande desafio da gestão pública a ser cumprido em curto prazo, qual seja sua capacidade de tradução dos objetivos e inovações “para uma efetiva redução de desigualdades em saúde em tarefas concretas de gestão que modifiquem para melhor as condições de vida daqueles em situação menos favorecida (p.445)” o que corrobora com o objetivo desta pesquisa de investigação do olhar da gestão frente a mais este desafio apontado pela autora, ou seja, ações concretas pautadas na agenda da gestão.

Outro desafio da gestão apontado por Lucchese (2003) refere-se à interpretação do conceito de equidade que seja “mais adequada ao campo de atuação em saúde para então operacionalizá-lo em tarefas de gestão do sistema orientadas à redução de desigualdades [...]” (p.441). A autora reafirma a necessidade de um esforço de reflexão não só para mapeamento das desigualdades como também a identificação das tarefas de gestão necessárias para reduzi-las. É o que coube também a essa pesquisadora, identificar a presença ou não deste esforço entre os gestores entrevistados.

As autoras Costa e Lionço (2006, p.52) também trazem à baila a responsabilidade da gestão em viabilizar condições que permitam concretizar ações que respondam as necessidades específicas de diferentes grupos respeitando-se essa diversidade, onde se lê:

A promoção da equidade na saúde não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas deve sustentar a disposição de fornecer orientação para que os serviços ofereçam o respeito traduzido em práticas e atitudes, destinadas a cada cidadão em suas necessidades. Estas necessidades são geradas em virtude de suas diferenças, e os serviços devem criar condições concretas para que estas necessidades específicas sejam atendidas.

Portanto, partindo-se da análise do conceito de equidade proposto por alguns autores aqui apreciados, vale destacar de forma concisa o que foi adotado por esta

pesquisadora como referencial na análise e investigação da visão desses gestores sobre seu papel na implementação da PNSIPN: o importante papel dos gestores como propositores e implementadores de políticas de promoção da equidade; políticas que deem conta da diversidade de sujeitos, e que permitam a estes sujeitos enunciarem seus desejos e necessidades; que a gestão saiba identificar quem são, como e onde vivem esses sujeitos em situação de exclusão e vulnerabilidade, como também ter capacidade de captar e gerenciar meios para implementar ações concretas de redução dessas desigualdades e injustiças, que na maioria das vezes podem se traduzir por ações afirmativas.

Outro conceito diversas vezes mencionado e que deve ser citada a definição adotada, refere-se à vulnerabilidade. Lorenzo (2006) destaca que embora diferentes sujeitos estejam expostos aos mais variados fenômenos de agressão à saúde e ao bem estar, a resposta a essa distinção de fenômenos em diferentes níveis pode produzir danos em menor ou maior grau, e essa diversidade de alcances do dano não se distribui ao acaso, ou seja, não é a mesma entre indivíduos de uma mesma sociedade. Posto isso Lorenzo (2006, p.300) conceitua vulnerabilidade em saúde pública como:

[...] “o estado de sujeitos e comunidades nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos tem influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde”.

Com efeito, verifica-se que a definição de vulnerabilidade posta pelo autor se aplica à população negra integralmente.

O que Costa e Lionço (2006) tratam como a “adoção de estratégias diferenciadas para pessoas e grupos populacionais excluídos e em situação de maior vulnerabilidade” (p.49), e Trad *et al.* (2012) destacam quando afirmam que políticas públicas ao priorizarem o segmento da população negra no Brasil “são apontadas como dispositivos de reparação e reconhecimento pelos danos causados aos africanos escravizados e os seus descendentes” (p.173), revela-se aqui a necessária reflexão sobre outro tema objeto deste referencial teórico, que são as políticas ou ações afirmativas.

2.2 AÇÕES AFIRMATIVAS: O CASO DA POPULAÇÃO NEGRA NO SUS

O que são ações afirmativas? São direitos ou privilégios? Essas ações podem romper com a exclusão histórica vivenciada por negros e negras no Brasil e reduzir as desigualdades? E vulnerabilidades em saúde? Partindo-se do princípio que essas ações se aplicam à área da saúde, como implementá-las sem ferir o princípio da igualdade? E como ter certeza de que o impacto positivo produzido na saúde é maior com a implementação de ações afirmativas do que com políticas de redução da pobreza, a exemplo das redistributivas? E finalmente, a PNSIPN pode ser a resposta a muitos desses desafios postos na agenda da gestão municipal?

Partir de questionamentos e inquietações como estes, mesmo que em princípio possam parecer hipotéticos, teve por objetivo trazer a esse trabalho a oportunidade de dar concretude aos conceitos apresentados, indo além do debate abstrato sobre considerações e referências, mas estabelecer nexos entre o contexto da gestão municipal e os estudos apresentados.

Inicialmente será considerado o conceito de ações afirmativas apresentado pelo Ministro Joaquim Benedito Barbosa Gomes (2000), em seu artigo “Instrumentos e métodos de mitigação da desigualdade em direito constitucional e internacional”. Segundo Gomes (2000) ações afirmativas, também conhecidas como medidas compensatórias, discriminação positiva ou inversa, são aquelas destinadas a promover a implementação do princípio constitucional da igualdade em relação às comunidades historicamente excluídas ou negligenciadas. Gomes (2000, p.6) define como:

[...] um conjunto de políticas públicas e privadas de caráter compulsório, facultativo ou voluntário, concebidas com vistas ao combate à discriminação racial, de gênero, por deficiência física e de origem nacional, bem como para corrigir os efeitos presentes da discriminação praticada no passado, tendo por objetivo a concretização do ideal de efetiva igualdade de acesso a bens fundamentais como a educação e o emprego.

Gurgel (BRASIL, 2005) completa essa definição agregando dois outros conceitos: a temporalidade destas ações e a busca pela igualdade de oportunidades negada ou limitada a determinados grupos sociais. A autora conceitua ações afirmativas como “um conjunto de medidas legais e de políticas públicas, de caráter

temporário, que objetivam eliminar as diversas formas e tipos de discriminação que limitam oportunidades de determinados grupos sociais” (p.49).

Aqui vale mencionar o marco regulatório que conceitua ações afirmativas, trata-se da Lei n. 12288 de 20 de julho de 2010, conhecida como Estatuto da Igualdade Racial, onde se lê em seu Artigo 1º inc. VI – “ações afirmativas: os programas e medidas especiais adotados pelo Estado e pela iniciativa privada para a correção das desigualdades raciais e para a promoção da igualdade de oportunidades” (BRASIL, 2010).

Entre os questionamentos colocados na introdução deste tópico está a diferença na interpretação de sentidos para as ações afirmativas. Em seu estudo Moehleck (2002) revela que no Brasil há aqueles que interpretam a ação afirmativa como um privilégio, enquanto outros a veem como um direito. Quando caracterizada como privilégio é considerada inconstitucional e entendida como uma discriminação ao avesso, posto que se trate de uma forma de favorecimento de um grupo em detrimento de outro, anula a ideia de mérito individual e suscita a inferioridade e demérito para o grupo supostamente beneficiado, “pois este seria visto como incapaz de vencer por si mesmo” (p.210). Já para aqueles que consideram estas ações como direito, observam que, além de estarem de acordo com os preceitos constitucionais, buscam atingir uma igualdade de fato e não fictícia, e não caracterizam demérito individual, uma vez que é da sociedade a falta de capacidade em garantir que as pessoas vençam por suas qualidades e esforços por desigualdade na oferta e acesso às oportunidades. Com base na apreciação desta autora, surgiu aqui mais uma hipótese digna de investigação por essa pesquisadora, qual o posicionamento predominante dos gestores participantes desta pesquisa: ações afirmativas como direito ou como privilégio? Se como direito torna-se essencial a implementação da PNSIPN, se visto como privilégio sua implementação passa a ser facultativa.

Segundo Gurgel (2000) “a igualdade de oportunidades é uma ideia recente na história social, pois até o século XVIII a desigualdade entre as pessoas era, mais ou menos, universalmente aceita como a ordem natural predominante” (p.15). Lima (2010) reconhece que no Brasil, nos últimos dez anos, a temática racial tem sido abordada com mudanças significativas, e seu debate se faz presente de forma mais intensa não só na sociedade em geral como também no meio acadêmico, “acerca da pertinência da adoção de políticas de ações afirmativas” (p.77). A autora alega que,

embora a centralidade do debate ainda recaia sobre as cotas, já se observam iniciativas do governo envolvendo ações afirmativas em outras áreas com características e escopo diferenciados, fato que no SUS é comprovado por exemplos como a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (BRASIL, 2004) e a aprovação da PNSIPN em 2009.

Contudo Lima (2010) destaca que o Estado brasileiro não se dedicou a superar o problema da falta de acesso da população negra à estrutura de oportunidades, bens e serviços no país, mesmo depois do debate sobre as desigualdades raciais e os processos discriminatórios da sociedade brasileira ganhar corpo, “tanto pela militância como pela academia (p.93)”.

Baseando-se na constatação de que somente a igualdade de direitos não é suficiente para oferecer, a quem era socialmente desfavorecido, as mesmas oportunidades de acesso dos indivíduos socialmente privilegiados, Gomes (2000) afirma que falar em igualdade de oportunidades não é suficiente, o autor vai além e defende a importância de se falar em igualdade de condições.

Para Gomes (2000, p.2)

[...] uma noção “dinâmica”, “militante” de igualdade, na qual necessariamente são devidamente pesadas e avaliadas as desigualdades concretas existentes na sociedade, de sorte que as situações desiguais sejam tratadas de maneira dessemelhante, evitando-se assim o aprofundamento e a perpetuação de desigualdades engendradas pela própria sociedade.

O autor assegura que, em uma sociedade extremamente competitiva como a nossa, reduzir as chances de certos grupos em participar com igualdade de condições trata-se de potente estratégia para manutenção do “status quo”, e a discriminação nada mais é do que uma tentativa de redução das possibilidades de uns em benefício de outros.

Diante da luta histórica contra as formas arbitrárias de poder, o surgimento do estado democrático e do sufrágio universal, tornou possível a vocalização de grupos antes excluídos e desprovidos de direitos, e Gomes (2000, p.3) destaca que a partir de então

[...] o Estado abandona a sua tradicional posição de neutralidade e de mero espectador dos embates que se travam no campo da convivência entre os homens e passa a atuar “ativamente na busca” da concretização da igualdade positivada nos textos constitucionais.

Com efeito, o Estado passa a considerar esses elementos na proposição de políticas e na implementação de suas decisões, não com o fim de promover prejuízo

a alguns, mas para evitar, segundo Gomes (2000), “que a discriminação, que inegavelmente tem um fundo histórico e cultural, finde por perpetuar as iniquidades sociais” (p.6), fato que se aplica à população negra como também à proposição da PNSIPN.

Lobato (2009) refere-se à noção de instituições, no que “diz respeito a ideias, valores e normas que pautam a vida social”, e nesse aspecto considera que “o Estado tem posição privilegiada, embora não exclusiva na mudança ou reprodução dessas instituições” (p.722), esta posição também foi interpretada aqui como dos gestores municipais.

Aqui vale uma breve nota acerca do debate sobre o modelo de estado que se interpõe quando se alega a necessidade de implementação de políticas como a PNSIPN, ou ações afirmativas, posto aqui como o estado de proteção social ou de bem estar social, capaz de agir propositadamente “no sentido da mitigação das desigualdades sociais” (GOMES, 2000, p.4).

Reafirmando esse fundo histórico e cultural da discriminação mencionado por Gomes, Arendt (1998) colabora de forma enfática ao declarar que qualquer ação que busque combater preconceitos deve estar primeiramente focada em descobrir qual o juízo anteriormente nele contido, ou seja, a ação deve ser capaz de identificar o conteúdo original de verdade. Arendt (1998, p. 11) ainda adverte que:

Se porventura se passar ao largo disso, batalhões inteiros de oradores esclarecidos e bibliotecas inteiras nada podem conseguir, como mostram com clareza os infintos esforços infinitamente infrutíferos em relação a problemas sobrecarregados de preconceitos mais antigos e radicados, como é o caso dos negros nos Estados Unidos ou o problema dos judeus.

Arendt (1998) justifica sua afirmação enfática quando declara que o preconceito é algo perigoso, uma vez que este se ancora no passado, “e por causa disso, não apenas se antecipa ao juízo e o evita, mas também torna impossível uma experiência verdadeira do presente com o juízo” (p.10).

A declaração da autora convida à importante reflexão: serão políticas ou ações afirmativas as ferramentas com capacidade suficiente para identificar esse conteúdo original de verdade que oculta um juízo já formado? Serão essas ações capazes de dar visibilidade aos comportamentos e atos preconceituosos, como é o caso do racismo institucional que se perpetua nos serviços de saúde e que foram arrastados “através dos tempos, de modo cego” (ARENDR, 1998, p.10) e sem serem retomados?

Gomes (2000) responde positivamente a estas inquietações, pois alega que ações afirmativas possuem cunho pedagógico, muitas vezes servem de exemplo, tem como meta provocar transformações culturais e sociais relevantes, e são capazes de inculcar “nos atores sociais a utilidade e a necessidade da observância dos princípios do pluralismo e da diversidade nas mais diversas esferas do convívio humano” (p.3). Ou seja, para Gomes as políticas de ações afirmativas buscam ir além, concretizando o ideal de igualdade de oportunidade, e induzindo transformações de ordem cultural, pedagógica e psicológica, “aptas a subtrair do imaginário coletivo a ideia de supremacia e de subordinação de uma raça em relação à outra, do homem em relação à mulher (p.7)”.

Considerando a invisibilidade dada ao racismo em nossa sociedade, com base no que afirmam Brasil e Trad (2012) referindo-se ao mito da democracia racial que vigora ainda hoje, “mesmo tendo sido descortinado por pesquisadores e estudiosos desde meados do século XX” (p.71), atribuir às ações afirmativas o papel de reverter seu caráter subliminar é tarefa no mínimo árdua e complexa, portanto desafiadora, que tem na gestão municipal o principal espaço de sua efetivação.

Moehleck (2002) afirma que uma política que se baseia apenas em critérios sociais a fim de encontrar respostas para as “disparidades de ordem racial é incapaz de solucionar de modo eficiente a discriminação racial ou a estratificação socioeconômica, pois não consegue desfazer as interconexões de raça e classe” (p.215). Chor e Lima (2005) destacam que raça, “embora não seja útil como categoria biológica, é um importante **constructo social** (grifo da pesquisadora), que determina identidades, acesso a recursos e a valorização da sociedade” (p.1587), e Batista (2005) colabora quando apresenta “a hipótese de que o processo saúde, doença e morte é construído socialmente e demarcado pelo espaço social que homens e mulheres, brancos e negros, ocupam na sociedade” (p.71).

Cabe neste tópico tecer algumas considerações sobre “raça”, racismo e etnia, termos amplamente empregados nesse estudo e que requerem conceituação e uma apresentação da apropriação feita por esta pesquisadora, o que será apresentado na sequência.

Para Moehleck (2002), no Brasil ainda há predomínio da ideia de beneficiar a população negra quando da implementação de ações voltadas aos pobres, uma vez que os negros estão em sua maioria entre os pobres, porém a autora adverte “que a exclusão social não seria a mesma coisa que a discriminação racial (p.214)”.

As autoras Chor e Lima (2005) completam esse sentido quando evidenciam que em sociedades como a nossa, onde “relações de classe são racializadas e relações raciais são dependentes da classe social, a pesquisa epidemiológica deve buscar elucidar o impacto, na saúde, das desigualdades socioeconômicas e raciais” (p.1593).

Aqui vale levantar outra questão: é possível que gestores, responsáveis pela implementação de políticas na esfera local, não considerem a relevância do racismo e da discriminação racial quando planejam suas ações? Não se pautem por dados epidemiológicos desagregados para raça/cor nessa investigação? E quanto a incorporação do conceito de racismo institucional, será levado em conta quando o monitoramento e avaliação dos programas implantados mostram dificuldade de acesso de homens e mulheres negros às ações e serviços de saúde ofertados? Em face disso faz-se necessário investigar se a PNSIPN pode ser essa ferramenta, tanto como auxiliar do planejamento da gestão, como de reconhecimento do racismo e de sua manifestação nos serviços e mesmo na gestão.

Outro questionamento levantado na introdução deste tópico como provável dúvida presente entre os gestores refere-se à inconstitucionalidade de medidas ou ações afirmativas. Faz-se necessário apontar as várias divergências, não só entre os gestores do SUS, mas também entre operadores do Direito, professores e pesquisadores da área jurídica sobre a oportunidade e a constitucionalidade das políticas afirmativas. Segundo Silva (2007, p.1) parte desta divergência ampara-se na declaração de que medidas afirmativas promovem:

[...] a violação do princípio da igualdade, do mérito, da proporcionalidade, da Federação, da autonomia universitária; e até mesmo a inexistência de critérios seguros ou científicos para se identificar os beneficiários das medidas destinadas aos pardos e às pessoas com deficiência.

O que se conclui é que, apesar do tempo decorrido, ainda se observa a exclusão do negro como algo cristalizado, e sua relação com o mundo ainda merece “tratamento diferenciado por meio de ação de promoção da igualdade ou de ação afirmativa ou, ainda, de discriminação positiva, de maneira a conquistar a real igualdade” (BRASIL, 2005, p.51)

Por fim, discorridos sobre estes conceitos, aponta-se de forma sintética que: “o foco da ação de promoção da igualdade de oportunidades por meio da ação

afirmativa” (BRASIL, 2005, p.1) é alterar as desigualdades, mudar hábitos e comportamentos e quebrar as barreiras interpostas pelo preconceito.

2.2.1 Raça: O Biológico e o Sociológico

Diante da complexidade dos temas raça, racismo e relações sociais racializadas a que esta sociedade está sujeita, pretende-se, neste tópico, buscar uma aproximação desta problemática, sem fugir ao tema central e sem a pretensão de esgotá-la, mas com o primordial intuito de avançar apontando a conceituação adotada por esta pesquisadora.

Barbosa (1998) refere que, em virtude da dificuldade de conceituação do termo raça, e da realidade conflituosa das relações raciais no mundo, a partir de 1945, houve um empenho das Nações Unidas, particularmente a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura – Unesco, “em estabelecer o significado científico do termo, e em entender as diferentes políticas de relações raciais existentes” (p.6).

Martins (2004) refere-se ao conceito de raça ou cor como categorias de classificação adotadas pelo IBGE em seus inquéritos censitários e amostrais, onde a população, por meio da auto declaração, é dividida em “brancos”, “pretos”, “pardos”, “amarelos” e “indígenas”. O mesmo emprego do termo raça ou cor se vê no Estatuto da Igualdade Racial quando se lê em seu Artigo 1º Parágrafo Único, inciso IV – “população negra: o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam auto definição análoga”; [...] (BRASIL, 2010), percebe-se em ambas as referências o emprego dos termos raça e cor como sinônimos.

Embora Goulart e Tannús (2007) afirmem que “no campo biológico-genético, as variações de traços físicos, como cor da pele e dos olhos, textura do cabelo, formato do nariz e do crânio (chamados fenótipos), não configuram a existência de diferentes raças humanas” (p.69), e que estudos científicos demonstraram a unidade da espécie humana, desautorizando o emprego biológico do termo raça, no Brasil raça “é um produto que funciona como forma de classificação social, influenciando diretamente nas oportunidades individuais” (TEIXEIRA, 2009, p.29). A autora

destaca que, do ponto de vista biológico, “raças” não existem, entretanto em seguida esta declara que quando relações sociais são examinadas, como também “as estruturas simbólicas e de representação de diversas sociedades, podemos ver que as “raças” são construídas a partir da leitura do fenótipo, como por exemplo, a cor da pele” (p.29).

Paixão *et al.* (2010) avançam nessa conceituação quando apontam que determinados fenótipos atuam como capital humano capaz de aumentar as chances de mobilidade social ascendente, porém, no caso dos afrodescendentes, este “fenótipo funciona como um capital humano às avessas” (p.23). Ou seja, os autores afirmam que com isso, “diante das situações de pobreza material e privações de todo tipo, tal condição passa a ser encarada pelas coletividades como algo perfeitamente normal ou aceitável” (p.23), em contrapartida, quando esses mesmos indivíduos passam a gozar de condições sociais mais favoráveis, surge uma série de constrangimentos à concretização do gozo dessas “prerrogativas que a posse dos bens econômicos, financeiros e materiais poderiam garantir naquilo que a tradição sociológica norte-americana classificaria de incongruência de *status*” (p.23).

Chor (2013) afirma que tanto resultados de estudos nacionais como a literatura internacional, reforçam o pressuposto “que também no Brasil o eixo da desigualdade racial, além do socioeconômico e o de gênero, merece investigação na área da saúde. Esses três eixos podem atuar juntos, criando grupos especialmente expostos a riscos” (p.1273).

Teixeira (2009) ainda complementa que “é a partir da leitura social do fenótipo, da maneira como as características individuais se traduzem em “melhores ou piores”, é que se institui o racismo” (p.29).

As autoras Chor e Lima (2005) aproximam este debate da saúde quando afirmam que “no âmbito da pesquisa epidemiológica, a oposição entre classe social e raça, como explicações mutuamente exclusivas, não tem contribuído para a compreensão abrangente das desigualdades de saúde” (p.1593). Chor e Lima (2005, p. 1593) seguem afirmando que

O estudo das inter-relações entre essas dimensões parece ser um caminho mais promissor tanto do ponto de vista do conhecimento científico quanto de políticas públicas direcionadas a minorar as desigualdades de saúde.

Senna e Lima (2012) ao se referirem ao cuidado prestado à população negra na Atenção Primária à Saúde apresentam uma preocupação concreta referente à

violência e à construção de subjetividade, e suas repercussões nas condições de saúde. As autoras consideram esses temas de fundamental importância na abordagem à saúde da população negra, pois entendem “que as relações racializadas no país trazem como marca histórica a negação da subjetividade aos negros” (p.169), e ainda advertem que “não há como buscar ações integrais de saúde emancipatórias para esta população sem enfocarmos a violência e seus agravos. A violência estrutural deve ser desvelada e combatida” (p.169).

Diante do exposto percebe-se que ao se utilizar a definição científica de raça posta por biólogos, chega-se à conclusão de que a espécie humana é única; e que não existe associação entre diferenças físicas e psicológicas, porém esta definição não é capaz de equacionar, “contudo, as desigualdades interpostas pela ideia de raça” (BARBOSA, 1998, p. 6) o que torna necessário recorrer aos cientistas sociais. Barbosa apresenta as considerações destes cientistas sociais, ao afirmar que para eles “a questão se desdobra a partir de 3 perspectivas: categorizando os problemas raciais como étnicos; correlacionando diferenças raciais e desigualdades sociais; utilizando o termo relações raciais para situações de racismo”(p. 6), ao que Goulart e Tannús (2004) afirmam “em outras palavras “raça” é um signo cujo significado só pode ser encontrado na experiência do racismo” (p. 69).

Portanto, citando a síntese apresentada por Teixeira (2009), e adotada por esta pesquisadora, para a autora “a perspectiva nominalista da sociologia considera raça como uma construção social que não possui base biológica, mas ao ser utilizada para orientar e compreender as classificações sociais hierarquizantes, ganha sentido” (p. 29) e finalmente, esta pesquisadora entende que a utilização do conceito raça “só tem sentido e significado no processo de enfrentamento ao racismo” (GOULART e TANNÚS, 2007, p. 21).

Concluindo vale citar a afirmação de Arendt (1973, p.48) sobre racismo, em seu livro “Da Violência”:

O racismo, seja branco ou negro, está impregnado de violência por definição por objetar contra fatos orgânicos naturais – uma pele branca ou negra – que não poderiam ser mudados de modo algum; tudo o que se pode fazer, jogadas as cartas, é exterminar os donos dessas peles. O racismo, distinto da raça, não é um fato da vida, mas uma ideologia, e as ações a que leva, não são ações reflexas, mas atos deliberados baseados em teorias pseudocientíficas. A violência nos conflitos raciais é sempre assassina, não sendo, porém “irracional”; é a consequência lógica e racional do racismo, que não se resume em alguns preconceitos vagos de lado a lado, mas sim em um sistema ideológico explícito.

Diante do exposto resta mais uma conceituação, referente ao termo etnia, que muitas vezes é empregado como sinônimo de raça, todavia de forma equivocada. Portanto, vale introduzir aqui uma pequena referência do conceito adotado por esta pesquisadora. Trata-se de um conceito polivalente que constrói a identidade de um indivíduo e que compreende parentesco, religiosidade, língua, território comum e nacionalidade, além da aparência física (SANTOS *et al.*, 2010), portanto enquanto o termo raça está por vezes associado às características fenotípicas, entende-se que etnia vai além e abrange também nacionalidade, afiliação tribal, tradições e demais fatores culturais.

2.3. ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

"O sentido da política é a liberdade" (ARENDR, 1998, p. 3), seria este também o sentido de uma política como a PNSIPN, concebida com o fito de contemplar apenas uma parcela da população?

O questionamento posto busca suscitar a análise da PNSIPN, assim como convidar à reflexão sobre a possível liberdade promovida pela implementação desta.

Diante deste propósito vale citar não só Arendt como outros autores e assim estabelecer possíveis conexões entre suas afirmações e a PNSIPN.

Fleury e Ouverney (2008) destacam que, "ao definir uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir" (p. 54). A PNSIPN tem esse caráter civilizatório explícito, observável em sua marca: "Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde"; como também em seu objetivo: "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS" (BRASIL, 2009), ou seja, percebe-se em seu texto que a PNSIPN defende um modelo de sociedade livre do racismo e da discriminação e, por conseguinte, mais justa e equânime.

Com efeito, Fleury e Ouverney (2008, p.59) descrevem que ao se analisar uma política de saúde, e a PNSIPN não constitui exceção, torna-se fundamental ter em mente sua capacidade de impulsionar

[...] um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, na medida em que ela tanto assimila, emprega e redefine significados sociais quanto gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais que produzem impactos reais na estrutura social.

Para Arendt (1998) “a política baseia-se no fato da pluralidade dos homens” (p.3), a autora afirma que cabe, portanto, à política a tarefa de organizar e regular o convívio entre distintos e não entre iguais. Com efeito, é possível observar na PNSIPN o que Fleury e Ouverney (2008) chamam de capacidade de ressignificação das relações sociais. Qual seja o propósito da PNSIPN de promover o reconhecimento do racismo nas relações sociais e institucionais entre distintos, negros e não negros, sua determinação social, e como produto desta relação desigual o sofrimento e o adoecimentos da população negra, buscando uma redefinição das relações sociais e, “consequentemente, dos padrões sociais e culturais vigentes” (FLEURY; OUVERNEY, p. 59). Pode-se avançar no sentido ousado de considerar a PNSIPN como instrumento apropriado de regulação do convívio entre sujeitos diversos, certamente entre aqueles que buscam e trabalham no SUS.

Para Brasil e Trad (2012) colocar no seio de uma política pública como a PNSIPN, o combate ao racismo, tratou-se de “uma grande provocação para a sociedade brasileira, centrada na visão de que ou o racismo não existe, ou não é um problema de todos” (p. 94), e as mesmas autoras afirmam como vitória, principalmente dos representantes do movimento negro e academia, este feito.

Retomando Arendt (1998) em sua afirmação que a origem da política não é no homem, mas sim entre os homens, “que a liberdade e a espontaneidade dos diferentes homens são pressupostos necessários para o surgimento de um espaço entre homens, onde só então se torna possível a política, a verdadeira política” (p. 3), cabe analisar o protagonismo da sociedade brasileira na proposição da PNSIPN, ou seja, a constatação do surgimento desta política do espaço entre homens, de uma construção dialógica.

Segundo Brasil e Trad (2012), ao final do século XX e início do século XXI, o tema saúde da população negra passou a ser debatido de forma recorrente no país, graças à incorporação do quesito raça/cor e etnia aos instrumentos de coleta de dados censitários e epidemiológicos, o que confirmou nítidas injustiças e iniquidades em saúde. A partir daí uma parcela da população brasileira força o Estado a conceber uma política pública, em conformidade com o SUS, a PNSIPN. Segundo as autoras esta política “advém de um processo histórico reforçado por atuações de diversas organizações sociais, em especial os movimentos negros” (p. 70). Ribeiro (2012) é enfática ao afirmar que “esse processo de implementação de políticas de promoção da igualdade racial, nos diversos setores, se deu principalmente pela atuação fundamental dos movimentos sociais organizados [...]” (p. 135).

Fleury e Ouverney (2008) asseguram que ao se produzir uma determinada política de saúde, é preciso compreender que “sua elaboração abrange um ciclo composto por etapas de elaboração, implantação e execução, do qual participam diversos atores, compondo um círculo de relações de poder que moldam o formato geral da política [...]” (p. 50), no caso específico da PNSIPN, os atores aqui referidos são procedentes, em sua maioria, da militância do movimento negro e da academia, os pesquisadores.

Draibe (2001) afirma que as políticas tem vida, ou seja, para a autora elas percorrem um ciclo vital, nascem, crescem, transformam-se, reformam-se, podem estagnar-se e às vezes morrer. Segundo a autora há, portanto, “um processo de desenvolvimento, de maturação e, alguns deles, de envelhecimento ou decrepitude” (p. 26), este ciclo, ou partes dele, constitui objeto de avaliação de processos.

Já Baptista e Rezende (2011), no estudo sobre ciclo de análise de políticas, citam o modelo de Howlett e Ramesh (1993 p. 141). Esses autores condensaram as fases do processo da política pública em cinco etapas:

(1) montagem da agenda; (2) formulação da política; (3) tomada de decisão; (4) implementação e (5) avaliação. Neste modelo, prevalece a ideia de que uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política.

Numa breve análise da PNSIPN cabe apontar a etapa em que esta se encontra segundo o ciclo exposto acima. Publicada há quatro anos trata-se, portanto de uma política “jovem”, e sujeita às transformações advindas de seu processo de

implementação, fase em que a mesma se encontra, uma vez que a revisão de seu II Plano Operativo – 2013/2016, encontra-se em construção para em seguida ser encaminhado aos foros de pactuação – CIT, e de aprovação – CNS.

Sem a preocupação de esgotar o debate, mas com o objetivo de subsidiar uma reflexão primeira sobre sua configuração, segue-se a análise da PNSIPN sob a perspectiva de ciclos.

Howlett e Ramesh (1993), apud Baptista e Rezende (2011), apontam como o primeiro passo no desenvolvimento de uma política o reconhecimento de um problema como de relevância pública, também denominada de “**montagem da agenda**” (grifo da pesquisadora), ou seja, tem como ponto de partida os problemas na geração de uma política pública. Os principais problemas que serviram de ponto de partida para a montagem da agenda da PNSIPN, já apontados, foram o racismo e as desigualdades raciais em saúde. Tais problemas partem tanto da agenda nacional, como se verificou em 1995 na Marcha Zumbi dos Palmares e nas 11^a, 12^a, 13^a e 14^a Conferências Nacionais de Saúde, onde esses temas são recorrentes; como da agenda internacional, visto em Durban, durante a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, de cujo Plano de Ação de Durban o Brasil é signatário. Esta Conferência foi convocada em 2001 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, “apontou o racismo como um importante fator de produção de iniquidades em saúde a que estão expostas as populações africanas e afrodescendentes” (WERNECK, 2005, p. 325).

Fleury e Ouverney (2008) acrescentam que “O estabelecimento de objetivos, orientados por valores maiores que são referenciais, consiste em um dos principais componentes da construção de uma política” (p. 41), e a forma de alocação de recursos e o tipo de estratégia adotada dependem dos objetivos a serem alcançados. Para os autores, o valor maior da PNSIPN é a garantia da equidade racial e étnica.

O segundo momento do ciclo de análise de políticas é a ocasião de “**formulação da política**” e “**tomada de decisão**” (grifo da pesquisadora), ou seja, o momento no qual, dentro do governo, formulam-se soluções e alternativas de enfrentamento do problema, que as autoras definem como “o momento de diálogo entre intenções e ações” (BAPTISTA e REZENDE, 2011, p. 148). São fases de grande relevância, pois nelas se definem os princípios e diretrizes para o

desenvolvimento de uma ação, tempo em que as autoridades explicitam suas escolhas políticas, independente da esfera em que esta autoridade esteja localizada.

A fase de tomada de decisão pressupõe a escolha, pelo governo, de uma solução específica ou uma combinação de soluções, é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, definem-se os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção.

Na fase de formulação e tomada de decisão, o papel do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) foi relevante, contribuindo formalmente com a formulação da PNSIPN. Instituído pelo Ministério da Saúde em 2004, estava entre suas atribuições “sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde” (BRASIL, 2004). Sua composição estratégica, mantida atualmente, conta com representantes da sociedade civil organizada- movimento negro; das três esferas de gestão – representantes das diversas secretarias do Ministério da Saúde, Conass e Conasems; pesquisadores de Saúde da População Negra; representantes de agências como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), das fundações Nacional de Saúde (Funasa) e Fiocruz; e, SEPPIR. Atualmente este Comitê tem se dedicado a tarefa de conclusão do II Plano Operativo da PNSIPN, e ao debate sobre a criação de estratégias que permitam a avaliação e monitoramento da fase de implementação da PNSIPN, atendendo à Recomendação n.30/12 do CNS (BRASIL, 2012).

Dando continuidade ao ciclo da política, segue-se a fase de “**implementação**” (grifo da pesquisadora), momento no qual se coloca uma determinada solução em prática. Para Goulart e Tannús (2007) “A implementação consiste na etapa em que a política formulada se transforma em programas e ações” (p.64), ou seja, é quando ocorre o seu desenvolvimento propriamente dito.

Esta fase caracteriza-se por uma série de sistemas ou atividades da administração pública: “o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros” (BAPTISTA e REZENDE, 2011, p. 149).

As autoras destacam o papel relevante dos gestores nesta fase, no momento que declaram que “a implementação é a fase administrativa da política, onde todo o controle está nas mãos dos “formuladores”, situados no topo das organizações” (p.

149). Porém esta concepção concede aos gestores a possibilidade de atribuir responsabilidade pelos insucessos, ou desvio de rota, àqueles que, localmente, não tiveram capacidade suficiente para executar a política exatamente como foi estabelecida. Com efeito, esta concepção, também denominada *top-down*, traz em seu interior a ideia de divisão do trabalho, onde aqueles que estão no centro do poder concentram o “monopólio da elaboração e da implantação das políticas, restando aos que estão na “ponta dos serviços” a colocação em prática do que foi pensado por aqueles que estão no comando da política” (p. 150). Baptista e Rezende (2011) observam que este processo tem como consequência direta atribuir os bônus pelos acertos aos gestores, “enquanto os ônus dos erros são distribuídos entre os executores e os setores da sociedade que sofrem por não terem seus problemas superados” (p. 150).

Segundo Baptista e Rezende em função dos numerosos estudos que apresentaram críticas a esta visão, constituiu-se outro enfoque de análise que não considera o topo da pirâmide da administração como o definidor da política, mas sim o nível concreto de sua execução. Este enfoque, também denominado *bottom-up*, está mais próximo do sentido posto na Lei Orgânica da Saúde, em que se lê no Artigo n. 36 que:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. (BRASIL, 1990).

Cabe assinalar o espaço municipal como o nível concreto de execução das políticas, ou seja, o espaço onde as políticas públicas se realizam, onde as pessoas vivem e demandam os serviços públicos, onde elas se organizam para intervir no debate político possibilitando sua participação democrática, portanto, onde a PNSIPN é implementada. Por conseguinte é de suma importância conhecer a opinião de gestores municipais sobre as facilidades e dificuldades que envolvem o processo e implementação da PNSIPN na esfera local, e assim buscar entender o processo político de forma mais dinâmica e interativa, dada a complexidade de elementos que convergem nesta fase (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Contudo, embora o aprofundamento desta visão seja de extrema importância para que a política torne-se “viva”, não há sistemas de monitoramento, pactuado,

instituído e acessível, que possibilite visualizar o estágio de implementação das políticas públicas (FAUSTINO, 2012), particularmente da PNSIPN, e principalmente no âmbito municipal, onde trabalham os gestores foco desta pesquisa, o que aponta como fragilidade da etapa seguinte, a avaliação.

Embora a ideia de ciclos na análise de políticas apresentado por meio de fases ou etapas constitui-se mais um arranjo metodológico, a compartimentalização, que fere a visão integral do processo, pode evidenciar uma fragilidade. Portanto, antes de censurar o modelo adotado, por considerar cada etapa de forma estanque, deve levar-se em consideração o poder e a interação entre as fases. A mesma argumentação é apresentada por Draibe (2001). A autora baseia-se na relação temporal entre programa a ser avaliado e pesquisa de avaliação, e apresenta a clássica distinção entre dois tipos: *ex ante* e *ex post*. Aqui se faz referência à opção *ex post*, por estar mais de acordo com a fase atual da PNSIPN, uma vez que *ex post* trata-se da avaliação que ocorre concomitantemente ou após a implementação da política.

Dado que a PNSIPN encontra-se na fase de implementação, que pressupõe não só a execução de ações previamente desenhadas, como permite certos ajustes e renegociações, “é importante não perder de vista os rumos da política delineada” (GOULART e TANNÚS, 2007, p. 64), o que aponta para a necessidade concomitante de avaliação do processo de implementação.

Pelo olhar de Fleury e Ouverney (2008) a PNSIPN é uma política social. Os autores afirmam que políticas sociais se estruturam em “diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social” (p. 23), pois a PNSIPN tem entre seus objetivos específicos “garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde” (BRASIL, 2009).

Com base na afirmação dos autores acima sobre “sistema de proteção social”, vale dedicar um breve relato sobre modelos de proteção social e as condições distintas, geradas por estes modelos, no status atribuído de cidadania.

Fleury e Ouverney (2008) apontam que cada sociedade cria políticas de proteção social de acordo com os valores comuns, atribuindo maior ou menor peso ao papel do Estado, da sociedade e da comunidade, portanto, a depender de cada

contexto singular, “com uma dada relação das forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar àquela sociedade. Estes modelos podem ser analisados por suas semelhanças e diferenças [...]” (p. 31).

Os diferentes modelos podem ser entendidos de acordo com a modalidade de proteção social capaz de prover critérios de organização dos sistemas e de incorporação das demandas sociais, por meio de uma institucionalidade específica. Esses autores apresentam as seguintes modalidades da proteção social: “a assistência social, o seguro social e a seguridade social” (p. 31). Esses modelos variam de acordo com a concepção de políticas sociais e suas instituições, e os autores destacam a importância do impacto que estes modelos causam na construção da própria sociedade.

Fleury e Ouverney (2008, p. 31) quando se referem ao importante impacto os autores destacam que cada um dos modelos de proteção social gera diferentes condições “no status atribuído de cidadania” (p. 31).

Tomando a expressão jurídica e política da articulação Estado/Sociedade em cada uma das modalidades, encontramos, respectivamente, as relações de cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania universal. Ao analisar uma política social, devemos, pois, ter em conta não apenas o benefício adquirido, mas, fundamentalmente, o status atribuído na concessão desse benefício.

Retomado a compreensão da tipologia de proteção social acima referida, os autores apresentam os modelos de assistência social, seguro social e seguridade social. O primeiro tem como princípio a caridade, pressupõe uma ideologia liberal, sua cobertura é focalizada, produz como efeito a discriminação, traz a desqualificação como o *status* atribuído na concessão desse benefício e se caracteriza pela cidadania invertida. Já o modelo de seguro social tem como princípio a solidariedade, pressupõe uma ideologia corporativa, sua cobertura está vinculada à ocupação, o efeito produzido é manutenção, o *status* atribuído na concessão desse benefício é de privilégio e se caracteriza pela cidadania regulada. O terceiro modelo de seguridade social, adotado pelo Brasil, tem como princípio a justiça, pressupõe uma ideologia social – democrata, sua cobertura é universal, produz como efeito a redistribuição, o *status* atribuído na concessão desse benefício é tido como direito e se caracteriza pela cidadania universal.

No modelo de seguridade social o “Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, que destina recursos

importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais” (p.35). A afirmação dos autores traz uma preocupação: a possibilidade de subfinanciamento de ações que não ocupam espaço central na agenda da gestão. Ao que sobrevém mais um questionamento: estão entre as ações subfinanciadas aquelas voltadas à população negra, especificamente aquelas previstas na implementação da PNSIPN?

Para alguns autores a resposta a esse questionamento é afirmativa. Segundo Faustino (2012) ainda há um grande obstáculo a ser superado, “a invisibilidade reservada ao tema saúde da população negra na agenda do setor saúde” (p. 113), sob pena de não se avançar na consolidação do SUS e na implementação da PNSIPN.

Para Gomes (2000) os prejuízos são ainda maiores. Ao se referir à história universal contemporânea, o autor afirma que não há registros de qualquer nação que tenha se erguido de uma situação periférica à de potência econômica e política, “digna de respeito na cena política internacional, mantendo no plano doméstico uma política de exclusão, aberta ou dissimulada, legal ou meramente informal, em relação a uma parcela expressiva de seu povo” (p. 4) e completa declarando que “agir «afirmativamente» significa também zelar pela pujança econômica da nação” (p. 8), o que fortalece a importância de implementação da PNSIPN com seus efeitos para além da saúde.

Isso posto vale ressaltar que a PNSIPN traz como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde [...]” (BRASIL, 2009) o que pode oferecer à gestão oportunidade de reflexão sobre o tema quando de sua implementação.

Lobato (2009) declara que “é preciso recuperar o lugar das políticas universais e dotá-las de financiamento e estrutura adequados, articulando-as com as políticas econômicas” (p. 728), e Faustino (2012) reafirma ao trazer sua constatação frente à dificuldade de direcionamento de recursos e esforços governamentais voltados à população negra não quilombola. O autor não tem dúvidas quanto à dificuldade de reconhecimento do racismo, como também do racismo institucional,

[...] como determinantes das condições de saúde; ou seja, aquilo que se apresenta como princípio/marca da PNSIPN sequer está sendo considerado, tanto no planejamento e gestão das ações e programas, na organização dos serviços e nas práticas de atenção a saúde (FAUSTINO, 2012, p. 114).

Embora “racismo institucional” não se trate de conceito central neste tópico é um conceito chave nesta pesquisa, também foco das ações previstas na PNSIPN, portanto vale apresentar o conceito adotado por esta pesquisadora, o apresentado por Goulart e Tannús (2007, p.70) no documento intitulado “Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde”:

É o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor/fenótipo, cultura, origem étnico-racial. Manifesta-se em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

Retomando o início do tópico onde se suscita o sentido de liberdade posto na PNSIPN, vale citar diferentes autores e suas declarações sobre equidade, diversidade, liberdade e democracia, conceitos presentes na PNSIPN e no SUS, e que norteiam suas ações e diretrizes.

Bobbio (1986) afirma que “O princípio inspirador do pensamento democrático sempre foi a liberdade entendida como autonomia, isto é, como capacidade de dar leis a si própria[...]” (p.26), pois para o autor

São necessárias certas liberdades para o exercício correto do poder democrático, e na direção oposta que vai da democracia ao liberalismo, no sentido de que é necessário o poder democrático para garantir a existência e a persistência das liberdades fundamentais (BOBBIO, 1986, p.33).

Já Morin (2011) afirma que a democracia se nutre da diversidade de interesses e de ideias, e acrescenta que “o respeito à diversidade significa que a democracia não pode ser identificada com a ditadura da maioria sobre as minorias; deve comportar o direito das minorias e dos contestadores [...]” (p.95). Para o autor a democracia necessita, ao mesmo tempo, de conflitos de ideias e de opiniões, que lhe confere vitalidade e produtividade.

Habermas (2002) traz um conceito que diz respeito à concepção da política que muito se aproxima da PNSIPN: “Concebe-se a política como forma de reflexão sobre um contexto de vida ético” (p.270).

Coelho (2010) apresenta a democracia segundo a visão dos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, não só como um valor em si, mas

também como uma forma por meio da qual “se poderia conseguir uma solução para o problema das desigualdades sociais” (p.172), capaz de permitir tanto um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo aos serviços de saúde.

Apontar essas breves referências de diversos autores, produzidas em distintos momentos e ancorados em diferentes pressupostos teóricos, teve o propósito de levantar um questionamento: Terá a PNSIPN, construída de forma democrática, potencialidade suficiente para promover reflexões entre gestores municipais e propiciar as mudanças necessárias para a promoção da equidade racial? Compreender como estas reflexões surgem no âmbito da gestão municipal do SUS é um dos desafios postos por este trabalho.

2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: ARTICULAÇÕES CONCEITUAIS

Torna-se relevante destacar as contribuições da Teoria das Representações Coletivas (TRC) formulada em 1895 por Emile Durkheim em sua obra “As regras do método sociológico”, e da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (1978) apud Pereira, Torres e Almeida (2003). Contudo, para esta pesquisa, não se pretende perscrutar seus conceitos e ampliar sua apropriação. O que se pretende é buscar uma articulação conceitual entre a TRC e a TRS com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), metodologia adotada neste trabalho, e cuja fundamentação teórica é a TRS, visando explicitar as condições de seu emprego no presente estudo. Cabe ressaltar que o DSC propõe evidenciar a expressão de uma dada “imagem”, ou seja, a representação social sobre um fenômeno vivido. É o que Cubas (2002) reitera afirmando que ao se apresentar os DSC estes devem representar uma estratégia em tornar explícita uma dada representação social por meio das opiniões colhidas dos sujeitos sobre o tema pesquisado.

Pereira, Torres e Almeida (2003) asseguram em seu estudo que Moscovici associou os campos intelectuais da Sociologia e da Psicologia gerando um modo diferente de abordar a sociedade, como uma forma de expressão do pensamento do senso comum, que ocorre por meio das Representações Sociais, ou seja, trata-se

da maneira “como os grupos sociais constroem e organizam os diferentes significados dos estímulos do meio social e as possibilidades de respostas que podem acompanhar esses estímulos” (p.96). Para os autores esses significados promovem conexão entre estímulos e as respostas correspondentes, onde a construção do estímulo e de sua resposta ocorre nas atividades sócio cognitivas dos grupos sociais, e se desenvolve em relações concretas e simbólicas mantidas com outros grupos. Também se considerou a Teoria das Representações Sociais como ferramenta de interpretação da ancoragem dos discursos e de compreensão da objetivação da apresentação desses discursos.

Já Sales, Souza e John (2007) afirmam que Emile Durkheim trouxe a compreensão de Representação Coletiva como “o modo como os indivíduos edificam e manifestam um conhecimento comum que preside e orienta as suas existências como um corpo/contingente humano situado no tempo e espaço” (p.127).

Destaca-se que a técnica do DSC tende a afirmar o pensamento individual com representação do que pensa a coletividade. Para os autores da técnica, Lefèvre e Lefèvre (2005), a expressão do pensamento coletivo surge como a presença internalizada – no pensar de cada um dos integrantes da “coletividade – de esquemas sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado” (ROCHA *et al.*, 2011, p.217).

O presente estudo investiga o discurso de um grupo de atores cujo papel singular de liderança municipal na construção do SUS ocorre predominantemente por meio de foros deliberativos, de Comissões Intergestores em interações nas três esferas de governo. Além do papel de representação desempenhado por meio da entidade onde estes se inscrevem, os gestores tem, no âmbito local, a responsabilidade sanitária de construção do SUS, o que ocorre por meio da interação com trabalhadores e usuários da saúde, assim como com o legislativo local, as demais secretarias da administração pública municipal e setores da sociedade. É nesse universo imbricado de relações complexas de poder, onde ocorre denso fluxo de comunicação humana, que ocorre a aquisição de conhecimento simbólico controlado socialmente e relacionado direta e permanentemente com interação social que acontece por meio da decodificação de conhecimento social (SALES; SOUZA; JOHN, 2007), presença constante no cenário da gestão, foco desta pesquisa.

Segundo Doise (2002, p. 26), estão entre os objetivos dos estudos sobre Psicologia Social

[...] articular explicações de ordem individual com explicações de ordem societal; de mostrar como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar em sociedade e, de maneira complementar, como dinâmicas sociais, particularmente interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais, orientam o funcionamento desses processos.

Por possuir um caráter geral, Doise (2002) defende a necessidade de apresentar quatro níveis de análise que buscam elucidar os processos descrevendo-os em: intraindividuais, cujo foco é o modo como os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente; interindividuais, cujo foco é seu sistema de interações; e como terceiro nível o autor considera as “diferentes posições que os atores sociais ocupam no tecido das relações sociais, características de uma sociedade e analisa como suas posições modulam os processos do primeiro e segundo níveis” (p.28); e, o quarto nível faz alusão aos sistemas de crenças, representações, validações, normas sociais, produções culturais e ideológicas, atributos de uma sociedade ou de certos grupos, e que imprimem não só significado aos comportamentos dos indivíduos, “como também criam ou dão suporte às diferenciações sociais em nome de princípios gerais” (DOISE, 2002, p.28). Por fim o autor destaca que essa discriminação em quatro níveis de análise não se presta somente a objetivos classificatórios, deve antes de tudo facilitar a realização de articulações de análises.

Abric (2001), apud Sales, Souza e John (2007), atribui quatro funções essenciais às Representações Sociais (RS) relativas às suas finalidades próprias assim sistematizadas como: saber, que possibilita compreender e explicar a realidade; identitárias, que estabelece a identidade e possibilita proteger a especificidade dos grupos; de orientação, que conduzem os comportamentos e as práticas; e, justificatórias, que possibilita fundamentar, num momento posterior, as posições e os comportamentos adotados.

Assim tem-se a noção de que o discurso emitido pelos gestores, participantes desta pesquisa, merece a análise e a investigação propostos, para se conhecer o reflexo de seus valores, crenças e de suas visões de mundo na organização das ações e reações coletivas, uma vez que esses discursos reúnem o que vem desses gestores, oferecendo uma aceção à sua linguagem e saber como também a chance de tratamento dos pensamentos construídos socialmente, sendo esse um dos desdobramentos da TRS (SALES; SOUZA; JOHN, 2007).

Nas sociedades modernas a representação não é *a*, mas **uma das** formas de apreender a realidade. (...) a representação coexiste com o pensamento filosófico e técnico científico, podendo ser influenciada ou, contrariamente, opor-se a estas concepções (grifo da autora) (HOROCHOSVKI 2004, p. 99).

Com esta compreensão, na discussão dos resultados buscou-se explicitar se a representação dos participantes sobre as questões chave deste estudo confluem ou contradizem as concepções da normativa da PNSIPN e /ou com a produção de conhecimento publicada sobre o tema, até o momento, no Brasil.

Desta forma, para que os objetivos postos nesta pesquisa pudessem ser atingidos, tornou-se imprescindível que as RS fossem analisadas, utilizando-se a metodologia do DSC e, a partir de sua assimilação, como forma de abordagem, explicar a realidade oriunda das práticas sociais destes gestores, que podem representar, sociologicamente, uma coletividade. O DSC é uma “forma de representar a opinião coletiva por meio de uma série de discursos, pensamentos, ideias ou posicionamento sobre um dado tema presente em determinada formação sociocultural” (ROCHA *et al.*, 2011, p.217). Identificando-se as chamadas figuras metodológicas ou conceitos operativos e metodológicos que são as expressões chaves, com suas respectivas ideias centrais e ancoragens, todas usadas com o objetivo de confrontar os depoimentos chegando-se finalmente aos Discursos do Sujeito Coletivo propriamente dito, organizados a partir das respostas dadas pelos sujeitos, e assim tornar possível a elaboração de um discurso síntese da visão sobre a PNSIPN.

Ao final, destaca-se que a TRS, apesar de reconhecer o histórico, o cultural, as influências do contemporâneo, como a mídia e as tecnologias de comunicação, foca na interação e não no conflito. Não reproduz tão somente um conhecimento, mas, também, “atua na sua produção” (HOROCHOSVKI 2004, p. 103)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as representações dos membros da Diretoria Executiva do Conasems sobre a PNSIPN e os processos de implementação das ações previstas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais são as representações sociais destes gestores sobre a pertinência de políticas específicas como a PNSIPN;
- Investigar quais são os discursos destes sujeitos sobre os principais fatores críticos – facilidades e dificuldades – para a implementação da PNSIPN;
- Verificar a representação dos participantes sobre as estratégias de implementação da PNSIPN.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada na coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com membros da Diretoria Executiva do Conasems e presidentes de Cosems também integrantes desta Diretoria, que foram gravadas e transcritas na íntegra. O roteiro das entrevistas (vide Apêndice A) foi composto por questões abertas que buscaram a livre expressão dos entrevistados, revelando suas percepções sobre a implementação da PNSIPN. O procedimento metodológico adotado foi o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Lefèvre e Lefèvre (2006) asseguram que “A aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas no campo da saúde e também fora dele (banco de DSCs) tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas” (p.517), o que também reforçou o interesse dessa pesquisadora em adotar a técnica.

Segundo os autores, na proposta do DSC o pensamento coletivo é reconstituído, e essa reconstituição busca a *iconicidade*, ou seja, para que o produto da reconstituição possa “*ficar parecido com o que é (seria) o pensamento de uma coletividade*, o que se faz preservando tanto a natureza discursiva do pensamento quanto a coletividade como sujeito desse pensamento/discurso” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.51).

Os autores esclarecem que quando a coletividade opina discursivamente na primeira pessoa do singular, trata-se do discurso coletivo individualizado. Lefèvre e Lefèvre (2005) apontam que foi a forma icônica que encontraram para reconstruir o pensamento coletivo, por acreditarem que os indivíduos, ao manifestarem de forma espontânea seu pensamento ou opinião, ou seja, um discurso que contenha conteúdos e argumentos, “é a coletividade que está pensando neles ou através deles, sem que [...] a individualidade ou a criatividade desses indivíduos fique, de alguma forma, comprometida por um suposto *efeito de determinação*” (grifo dos autores) (p. 51).

4.1. FORMA DE RECRUTAMENTO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

A estratégia de recrutamento adotada foi o contato verbal com os vice-presidentes regionais e presidentes de Cosems por meio de telefone e pessoalmente, na oportunidade de reuniões da Diretoria Executiva Nacional ou demais eventos, onde o convite de participação foi feito. Em seguida os objetivos da pesquisa foram apresentados, e quando houve aquiescência em participar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide Apêndice B) foi apresentado para assinatura e enviado para seu endereço eletrônico juntamente com o roteiro de perguntas.

O principal critério adotado para a seleção dos participantes foi o de conveniência da pesquisadora, uma vez que esta trabalha como consultora no Conasems, o que lhe garante facilidade de acesso e de abordagem aos participantes, além do tempo exíguo do estudo, de apenas 18 (dezoito) meses para sua conclusão, permitir uma amostra reduzida de entrevistados.

Estavam previstos como potenciais participantes da pesquisa 10 (dez) secretários municipais de saúde, sendo todos integrantes da diretoria executiva do Conasems que ocupam o cargo de “1º vice-presidentes regionais” das regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro Oeste assim como cinco presidentes de Cosems procedentes das cinco regiões geográficas do país.

Trata-se de atores políticos eleitos por seus pares em assembleia geral da entidade realizada por ocasião de seus congressos anuais, cujo mandato é exercido por dois anos, desde que permaneçam no cargo como secretário, sendo que os presidentes de Cosems podem permanecer no cargo por igual período, a depender do estatuto de seu respectivo estado.

A amostra por conveniência justifica-se porque entre as competências dos vices presidentes estão: auxiliar o Presidente no desempenho do seu cargo e substituí-lo quando de sua ausência; difundir os objetivos e ideais do Conasems perante órgãos públicos e privados, principalmente na Região de sua representação; estimular e manter intercâmbio com pessoas e entidades interessadas na consecução dos objetivos da entidade previstos no art. 5º de seu estatuto, em âmbito regional (CONASEMS, 2010). No que se refere aos presidentes de Cosems,

além destes terem assento nato na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu estado, são os representantes dos secretários municipais de saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde e no Conselho Nacional de Representantes Estaduais (Conares), órgão de direção subordinada à Assembleia Geral do Conasems e de administração superior constituído por três representantes de cada Estado da Federação e pela Diretoria Executiva Nacional e está entre suas competências analisar e aprovar as diretrizes políticas do Conasems, assim como seu plano de atividades (CONASEMS, 2010).

Como exposto, a seleção desses atores tornou-se estratégica para a pesquisa, uma vez que todos têm como competência participar das reuniões da diretoria executiva nacional, onde temas relevantes para gestão são pautados, e esses representantes, articuladores regionais e estaduais das políticas do SUS, trazem a contribuição do olhar de suas respectivas regiões e estados para os debates nacionais. Para que tal articulação se mantenha fortalecida, torna-se imprescindível que esses secretários conheçam e atuem em suas regiões e em seus estados, retornando com dados e informações pactuadas e deliberadas na esfera nacional.

Portanto, com base nas declarações anteriores, pelas características gerais deste estudo em saúde ser de ordem qualitativo, vale destacar afirmações de Minayo (2005), que chama a atenção sobre alguns fatores importantes na escolha dos integrantes da amostra, como quem e o que será observado, quem e o que será discutido, para chegar-se ao perfil dos participantes. Minayo (2005) sugere que alguns critérios sejam levados em conta como, por exemplo, a definição do grupo social a ser abordado, possibilidade de inclusão de novos grupos ou sujeitos partindo-se de descobertas do campo. Para a autora desses critérios decorrem as seguintes características da amostra:

- prioriza os sujeitos que possuem as características que se busca pesquisar;
- avalia como suficiente o tamanho da amostra considerando sua saturação, sem, contudo desprezar informações singulares;
- trabalha com a noção de pluralidade dos informantes, porém considera possíveis semelhanças e diferenças a serem apreendidas;
- “busca que a escolha do campo e dos grupos a serem observados contenham o conjunto das experiências que se pretende captar” (MINAYO, 2005, p. 95).

Entende-se que os participantes da pesquisa selecionados atendem aos critérios apontados por Minayo (2005), com exceção do critério “saturação da amostra”.

Foram considerados critérios de inclusão: Secretários municipais que sejam 1º vice-presidentes regionais – Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, assim como presidentes de Cosems que concordarem em assinar o TCLE conforme Resolução do CNS n. 196/96, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os presidentes de Cosems selecionados foram somente aqueles que possuem cargo de representação na Diretoria Executiva Nacional da entidade, sendo respeitada a representatividade por região geográfica do país.

O critério de exclusão adotado foi: tempo de permanência no cargo de vice-presidência ou no cargo de presidência do Cosems inferior a seis meses.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO COLETIVO DE SUJEITOS

Como apresentado na introdução e descrito na metodologia, os sujeitos que participaram desta pesquisa são integrantes da Diretoria Executiva Nacional do Conasems e somam um total de 10 (dez) indivíduos. Vale destacar a distribuição destes sujeitos segundo suas regiões geográficas de origem: a região Sudeste contou apenas com um participante, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste contaram com a representação de dois participantes em cada uma delas e a região Sul teve três participantes.

Todos os participantes são do sexo masculino, com idade entre 40 e 55 anos, três se declararam pardos e sete se declararam brancos, todos possuem nível superior completo, o porte populacional de seus municípios variou entre 4.200 e 370 mil habitantes e o tempo mínimo na gestão do SUS foi de oito anos e o máximo de 22 anos.

Cubas (2002) menciona Lefèvre e Lefèvre (2000) referindo-se à seleção dos participantes da pesquisa qualitativa, pois para os autores os critérios de quantidade, variabilidade e qualidade dos atores devem ser respeitados, com vistas à produção de dados ricos, interessantes e suficientes para a elaboração dos DSC, no entanto

“a variável quantidade não é crítica e sim a variável da variabilidade” (CUBAS, 2002, p.67); neste caso procurou-se selecionar atores das diferentes regiões geográficas brasileiras e responsáveis pela gestão de municípios com diferentes portes populacionais, buscando variabilidade.

Como apresentado na introdução deste estudo, o tamanho reduzido de participantes da pesquisa não permite representar o conjunto de secretários municipais de saúde do país, contudo esta não foi a pretensão, nem tampouco se almejava esgotar o assunto, mas sim oferecer subsídios para a reflexão acerca do tema como também apontar a necessidade de outros estudos que aprofundem o assunto e permitam generalizações ampliadas. Fundamentada em Horsburg (2003); Tong, Sainsbury e Craig (2007), considerou-se que a capacidade de generalização da pesquisa qualitativa refere-se à extensão ou possibilidade de exportar (aplicar) a teoria produzida dentro de um estudo com outros indivíduos na mesma situação ou contextos similares.

4.3 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A seguir está descrita a metodologia de trabalho adotada para construção dos sete DSC.

Utilizou-se a metodologia do DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005), pois se mostrou como uma boa metodologia para obter o pensamento coletivo, convocando os secretários individualmente, permite-se a livre exposição de seus pensamentos internalizados, sem a pressão psicossocial do grupo, o que torna possível, ao conjunto dessas individualidades opinantes, a representação sociológica desta coletividade.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 25) o

DSC é uma forma não matemática nem metalinguística de representar, de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade em discursos-síntese como resposta de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante.

O DSC busca descrever e expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um dado tema presente em uma dada formação sociocultural. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), autores do método, ele permite representar o

pensamento de uma coletividade, agregando em um só discurso-síntese conteúdo discursivo de sentido semelhante emitido por pessoas distintas.

Cubas (2002) parte da suposição que “não interessa saber a distribuição das opiniões entre os indivíduos,(...) que a comunidade pode proporcionar apenas um grande discurso, dois ou mais discursos sobre determinado tema”(p. 90).

É uma soma qualificada que agrega elementos que são expressões-chaves de respostas semelhantes de indivíduos distintos; não é produto de uma quantidade determinada de iguais, mas de semelhantes reunidos “que conformam outro discurso e, conseqüentemente outra qualidade” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 25).

Carvalho (2006 p. 4) destaca a afirmação dos atores reiterando que é possível

[...] construir empiricamente o pensamento coletivo como discurso, devido a um fundamento quantitativo, ou seja, porque cada um dos indivíduos pesquisados contribui com seu pensamento para o pensamento coletivo, para compor cada um dos DSC que, reunidos, conformam uma estrutura simbólica sobre o tema. Tal fusão quali-quantitativa viabiliza, metodologicamente, o pensamento coletivo como sujeito/objeto.

“A fundamentação teórica do DSC é a Teoria das Representações Sociais e, portanto, pretende-se com o uso desta metodologia o resgate de ideias socialmente compartilhadas” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p. 49).

Esta soma qualitativa permite construir empiricamente o pensamento coletivo como discurso, devido a um fundamento quantitativo, ou seja, porque cada um dos indivíduos pesquisados contribui com seu pensamento para o pensamento coletivo, para compor cada um dos DSC que, reunidos, conformam uma estrutura simbólica sobre o tema. Tal fusão quali-quantitativa viabiliza, metodologicamente, o pensamento coletivo como sujeito/objeto (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

São figuras metodológicas, ou conceitos base, também citadas como operações:

1) Expressões-chaves (ECH): são os trechos que melhor descrevem os conteúdos e são trazidos na 1ª pessoa do singular. Esses pedaços, ou segmentos contínuos ou descontínuos dos discursos, são selecionados pelo pesquisador, e devem revelar a “essência do conteúdo do depoimento ou discurso, ou da teoria subjacente” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p. 74);

2) Ideias Centrais (IC): são fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos e apresentam sentidos semelhantes ou complementares.

A IC é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos das ECH de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH (que vai dar nascimento, posterior ao DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p. 77);

Ao contrário das ECH, as IC são abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas, referenciando o que o entrevistado quis dizer (CUBAS, 2002, p.64).

3) Ancoragem (AC): são fórmulas sintéticas que apresentam ideologias, valores e crenças de forma explícita nas afirmações genéricas, todavia foi pouco explorada neste estudo. Lefèvre e Lefèvre (2010) estabeleceram como uma das regras para a AC “quando o enunciador do discurso usa uma afirmação genérica para enquadrar uma situação particular” (p. 79); e,

4) DSCs propriamente ditos: é a reunião da expressões chaves presentes nos depoimentos que tem ideias centrais de sentido semelhante ou complementares em um só discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular.

No momento de elaboração do DSC, “deve-se aplicar alguns critérios: a coerência do discurso, o posicionamento próprio frente ao tema e a distinção entre a diferença e a complementaridade do DSC e a chamada artificialidade natural” (WILLIG, 2005, p.50).

A apresentação dos resultados respeita o procedimento de ordenação dos dados, ocorreu por meio da análise e extração das IC e respectivas ECH de cada depoimento, apresentados em quadros (Apêndice D), que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

4.3.1 Discurso do Sujeito Coletivo: Compondo o “Quebra-Cabeça”

Por meio da escuta de 3 horas e 3 minutos de depoimentos gravados, e leitura das entrevistas individuais transcritas, elaborou-se 10(dez) discursos que posteriormente foram analisados, destacando-se as ECH, ou seja, os “segmentos

contínuos e descontínuos do discurso (...) que revelam a essência do conteúdo do depoimento” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p.74). De posse de cada discurso transcrito e analisado obteve-se um total de 339 ECH que inicialmente foram agrupadas em 141 IC, “abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p.78). Porém, após uma segunda análise, utilizou-se um total de 107 IC, sendo que cada uma delas agruparam as ECH que contribuíram de fato com fragmentos dos depoimentos que constituíram os DSC.

A metodologia de construção destes DSC envolveu um processo quase artesanal, onde todas as ECH foram recortadas uma a uma, e em seguida classificadas e agrupadas de acordo com critérios estabelecidos para compor os DSC, ou seja, ECH de conteúdos antagônicos, conflitantes, similares e complementares. Em seguida foram retiradas as ECH que revelavam a essência do discurso de apenas um sujeito sem que pudesse ser agrupada em outra categoria junto com o depoimento de outro sujeito. Embora eliminadas da construção do DSC propriamente dito, alguns desses fragmentos isolados merecem destaque, pois traduzem conceitos e ideias individuais que poderiam aparecer no depoimento coletivo caso o número de participantes desta pesquisa fosse maior, e revelam expressões curiosas e opiniões pertinentes.

Finalmente mais uma análise foi feita das IC, criando-se categorias de IC, onde estas foram agrupadas segundo suas semelhanças e complementariedade, e observando-se o total de sujeitos que contribuíram com as ECH dessas IC, esses dados foram organizados no Quadro 1 (Apêndice) que demonstra as 107 IC agrupadas em 24 categorias. Após a construção deste quadro mais uma nova retirada de ECH foi realizada por se tratarem de expressões muito particulares que surgiram no depoimento de um só sujeito e conseqüentemente não poderiam compor o DSC.

Trabalhando-se um arranjo como um “quebra-cabeça”, sendo as peças as ECH recortadas, inicialmente partiu-se da noção da construção de apenas seis DSC, pois de acordo com a leitura e análise do conteúdo dos depoimentos, como também das IC e ECH, as representações estariam suficientemente contempladas. Todavia, uma segunda análise demonstrou a necessidade de desmembramento de um dos DSC em dois outros cujos discursos revelaram outras representações que necessariamente não poderiam estar no mesmo discurso.

Com o material destas ECH selecionadas foram construídos, portanto, sete “discursos-síntese, na primeira pessoa do singular como determina a metodologia, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual” (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003, p.70). No Apêndice C desta dissertação, encontram-se os quadros a partir dos quais os discursos dos sujeitos foram analisados e organizados em IC, ECH e AC com vistas à construção dos DSC.

4.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO:

Essa dissertação possui limites claros quanto à possibilidade de generalização, pois o universo trabalhado foi de apenas dez participantes, todos gestores municipais integrantes da diretoria executiva do Conasems, portanto atores-chaves no processo de construção e pactuação do SUS. Todavia este estudo não possuía essa pretensão, por esta razão termina por indicar a necessidade de outros estudos mais profundos, cuja abordagem e quantidade de participantes permitam sua generalização.

O roteiro de entrevista passou por uma pré-testagem inicial, ou seja, realizou-se uma entrevista piloto, cujo principal objetivo era o de validar o instrumento colhendo impressões do sujeito entrevistado sobre o roteiro, e permitir, por meio de sugestões, promover possíveis alterações, o que não foi necessário, pois as perguntas formuladas mostraram-se, no momento, pertinentes e suficientes para o desenvolvimento desta pesquisa. No entanto observou-se no decorrer da aplicação do instrumento e do desenvolvimento da análise dos discursos, que ele possuía algumas limitações, embora estas não tenham prejudicado os resultados do estudo. Entre elas o fato de não incluir, junto à questão 2, uma breve explicação do que vem a ser ação afirmativa, pois percebeu-se na análise dos discursos que muitos sujeitos não se apropriaram totalmente deste conceito. Outra limitação refere-se à resposta negativa à questão 3. Ou seja, quando o sujeito negava a implementação da PNSIPN, as questões 4, 5 e 6 perdiam seu efeito, o que levou a necessidade de introdução de uma pergunta paralela com o objetivo de provocar o entrevistado a

justificar sua não implementação, embora muitos deles o fizeram de forma espontânea, apresentando seus motivos.

Embora o coletivo de gestores que participaram da pesquisa tenha sido composto exclusivamente por integrantes da diretoria do gênero masculino, vale destacar que durante o processo de transição eleitoral 3(três) gestoras municipais de saúde foram exoneradas, e portanto não puderam participar deste estudo, o que se configura em mais um limite do estudo, pois apenas a percepção de gestores do gênero masculino foi analisada.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto apresentado foi conduzido de forma a respeitar todos os imperativos éticos nacionais em pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução CONEP/CNS n. 196/96 e suas complementares. As entrevistas foram iniciadas após a aprovação do projeto pelo CEP e assinatura do TCLE. Este projeto foi aprovado pelo CEP/FS UnB aos 07/03/13, cujo n. do parecer substanciado foi 212 318. (Anexo)

4.5.1 Análise Crítica de Risco e Benefícios

Como toda entrevista que versa sobre aspectos relacionados ao trabalho e às inter-relações pessoais e institucionais, o participante poderia sentir-se constrangido por se perceber avaliado no que diz respeito ao seu conhecimento e preparo para o cargo. Além disso, neste tipo de entrevista existe também a percepção pelo participante de um risco social, pois caso suas opiniões sobre pessoas e instituições tornem-se públicas, há a possibilidade de lhe criar conflitos futuros. Há também o risco moral, relacionado aos julgamentos sobre seus posicionamentos em relação a questões que envolvem racismo, preconceito ou discriminações.

Os desconfortos quanto à avaliação de suas posições em relação à pesquisadora foram minimizados pelo fato de que a entrevistadora já conhecia de

forma geral as posições políticas e ideológicas dos entrevistados, devido ao seu cargo de assessora técnica no Conasems, onde participa das reuniões da Diretoria Executiva Nacional. A própria aceitação em participar demonstrou uma relação de confiança estabelecida. Quanto aos possíveis riscos sociais e morais das entrevistas, eles foram minimizados por um extremo cuidado na garantia do anonimato e sigilo com os dados obtidos, criou-se um ambiente favorável à sua confidencialidade no momento de realização das entrevistas. Estas foram realizadas tão somente pela pesquisadora, que foi responsável também pela transcrição das gravações. Foram utilizados códigos alfanuméricos para identificar os participantes da pesquisa, ou seja, qualquer dado pessoal ou profissional que porventura permitisse a identificação do participante foi omitido, tanto no texto desta dissertação, quanto nas possíveis publicações que derivem da pesquisa.

Os participantes desta pesquisa não tiveram outros benefícios diretos que não uma possível sensação de bem-estar cívico por poder contribuir com o organismo a que pertence e com o controle social das políticas públicas de saúde do país. Por outro lado o trabalho tem potencial para trazer benefícios institucionais e sociais muito relevantes. Conhecer a opinião desses gestores sobre a implementação de uma política voltada à promoção da equidade em saúde da população negra trará benefícios ao Conasems, pois a entidade poderá reformular ou fortalecer suas estratégias de capacitação de novos gestores, assim como a forma de divulgação e repasse de informações. Uma vez detectada a visão que esses gestores têm sobre a política, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) poderá, em parceria com o Conasems, elaborar instrumentos contendo orientações específicas voltadas à implementação da PNSIPN, assim como seu monitoramento e avaliação, fortalecendo sua implementação e trazendo benefícios na direção da equidade em médio prazo à população visada.

Por meio dos resultados apresentados e das publicações que serão produzidas, a pesquisa pode alertar gestores e estudiosos da Saúde Coletiva para o papel da gestão federal, enquanto indutora de políticas, e a necessidade de melhorias no financiamento de ações voltadas à promoção da equidade em saúde da população negra, bem como na consideração da discriminação de raça e o racismo como determinante da saúde.

O próprio Conasems ofereceu apoio institucional ao projeto, contribuindo com material. Entretanto, isso não caracterizou conflito de interesses, uma vez que a

entidade, por meio desse apoio, apenas cumpre o atributo de autoavaliação de sua atuação; não existem interesses de natureza privada envolvidos que possam se beneficiar dessa pesquisa nem coexistência de interesses conflitantes entre a pesquisa e a missão do Conasems, uma vez que esta é uma entidade sem fins lucrativos.

5 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados: os DSC produzidos; a frequência com que cada sujeito contribuiu em sua composição e uma segunda análise segundo região geográfica de origem dos sujeitos; as categorias de IC agrupadas segundo suas semelhanças; a análise dos conteúdos dos sete DSC obtidos e discussão dos resultados buscando responder os objetivos desta pesquisa.

5.1 DISCURSOS DOS GESTORES: APRESENTAÇÃO DOS DSC PROPRIAMENTE DITOS

Como já mencionado foi possível estruturar sete DSC que apresentam conteúdos distintos, antagônicos ou conflitantes em relação à PNSIPN e sua implantação. Eles foram organizados em função das respostas dadas ao roteiro de sete perguntas abertas (Apêndice B) que compunham a entrevista semiestruturada e que permitiu a livre manifestação e uso da palavra dos gestores participantes da pesquisa. Estas respostas, de conteúdo complexo e diverso, por fim foram ordenadas e agrupadas por meio das IC e ECH, de acordo com os sentidos destes depoimentos, por guardarem alguma semelhança em suas representações, ou complementariedade nos sentidos.

As questões 1 e 2 versavam sobre pertinência da PNSIPN, seus significados, suas justificativas e suas relações com políticas afirmativas e, por meio das respostas dadas, serviram de base à construção dos DSC A e B:

Questão 1) Qual sua opinião sobre a pertinência social de uma política específica para a população negra?

Questão 2) Qual sua opinião sobre a relação entre políticas de ações afirmativas e a PNSIPN?

As Questões 3, 4, 5, 6 e 7 visavam avaliar o processo de implementação de ações relacionadas à PNSIPN, facilidades e dificuldades encontradas, e agendas de ações futuras. As respostas a estas questões permitiram a estruturação de mais

cinco DSC (C, D, E, F e G) com conteúdos distintos, antagônicos ou conflitantes, que revelam fundos ideológicos e valorativos:

Questão 3) Há ações implementadas neste município que estão previstas na PNSIPN? Quais?

Questão 4) Quais as facilidades percebidas no processo de implementação dessas ações?

Questão 5) Quais as dificuldades percebidas no processo de implementação dessas ações?

Questão 6) Caso tenha surgido alguma dificuldade, quais foram as estratégias adotadas para superá-la?

Questão 7) Qual a agenda programada de implementação das ações previstas na PNSIPN em seu município?

Segue abaixo os DSC estruturados a partir das respostas ao roteiro de perguntas.

DSC A: Reafirma a pertinência da política, reconhece que o processo histórico influenciou nos determinantes de saúde da população negra e que o racismo institucional dificulta o acesso às ações e serviços de saúde.

“É uma política de suma importância. Fomos extremamente favoráveis à criação dessa política, à elaboração e a esse desenvolvimento. Eu acho que é importante, ela significa uma evolução que o SUS já está oferecendo a determinados setores. O SUS tem que ter esse olhar mesmo, até para despertar o olhar de todos os gestores do SUS, dos três entes federados. É uma política que tem uma razão de ser e ela deve ser implementada, pois existem especificidades, necessidades e peculiaridades da população negra. Você precisa resgatar grande parte da população brasileira. Apesar dos negros serem o maior contingente da população na atenção básica, nos locais mais pobres, eles tem dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde, e é claro que é por causa do racismo institucional e se você verificar os índices sociais a população que está mais à margem dos benefícios da máquina social, de acesso aos serviços de saúde, de acesso aos serviços de educação é a população negra, e tem ainda algumas doenças mais prevalentes e mais incidentes dentro da própria população. Além disso, existem peculiaridades referentes mesmo ao processo de vida, à cultura, à evolução do

processo saúde-doença. Nós temos a religiosidade, aí você vê que tem os cultos, entendeu?

Trata-se então da correção de uma dívida histórica com uma população que ficou à margem da sociedade desde a criação do próprio país. Então você tem que criar uma conscientização da cultura da igualdade. Neste sentido, toda a política nacional deve ser trabalhada com a inclusão e a inclusão não se faz a não ser, realmente, buscando reduzir as diferenças. E aí a gente pode inserir a equidade como papel fundamental em qualquer elaboração e em qualquer planejamento de políticas específicas pra uma população. Obviamente, a equidade é você buscar dar mais pra regiões que mais precisam, pra populações que tem maior carência. Nós temos que tratar o sistema que permita acesso a todos, com equidade. Então, eu penso que ela é uma política essencial e que acima de tudo é uma conquista da população negra, frente às suas lutas de tantos anos junto dos conselhos, dos movimentos que estão disparados em várias partes do país.

Na verdade eu acho que a própria política de saúde da população negra é uma política afirmativa, e eu acho que tem que ter sim, merecem política de inclusão. Se temos aí políticas afirmativas na educação, a saúde vai por esse contexto. Mas ela tem que ser melhor trabalhada entre as pessoas pra que não haja, da mesma maneira da política de cotas uma reação muito grande por parte das pessoas, a política de saúde da população negra ela pode ser vista dessa forma”.

DSC B: Discordância com a elaboração de políticas específicas, percepção de oposição entre os princípios do SUS e políticas de ações afirmativas.

“Não podemos esquecer que não é só o negro que vive à margem da sociedade brasileira, a política não pode ser discriminatória. Por que eu vou ter uma atenção diferenciada pro negro que eu não vou ter uma atenção diferenciada para os outros... para as outras raças, etnias que compõe a população? Daqui a pouco, eu vou entrar numa Unidade Básica de Saúde, dentro de um Conselho Local de Saúde onde tem a população, e eles vão perguntar por que eu tenho que ter alguma coisa direcionada para o negro? Aquilo lá então: “Vamos dar um privilégio para o negro!” Não! Vamos dar condições de que todo negro, toda etnia ela tenha o princípio da igualdade no acesso. A gente, em minha cidade, é voltado pra todas as raças, entendeu? Toda população é tratada de forma igual. Vamos dar a essa

população o mesmo acesso que nós temos aqui, trabalhar efetivamente a atenção integral ao indivíduo, a política de saúde tem que ser igual pra todos. E nas questões de inclusão social é incluindo realmente, políticas de inclusão, é inserindo no contexto, e não criando um contexto só pra ele. A gente não tem essa percepção da necessidade de uma política específica, pra uma área, para uma classe ou outra pessoa, a política de saúde não deve ser vinculada às etnias. Eu acho que a política de inclusão, a política de igualdade, a política de saúde não se parte, tem que ser integral, independente de classe social, credo ou cor. O SUS é pra todos, ele é universal, então ele deve garantir o acesso universal a todas as pessoas, ele trabalha a equidade, quer dizer, a gente vai ver dentro desta equidade a população mais pobre, as populações mais necessitadas, que entre elas tem negros e brancos. Quanto a se tratar de uma política afirmativa, existe um debate muito grande no país a respeito, dizendo que a população negra na verdade não difere de outras raças, de outros segmentos da população brasileira, mulatos, índios, que mereceriam políticas afirmativas, com a diferença de que para o índio já existe. Vejo mais uma relação com a política de educação do que com saúde. Eu não vejo com muita simpatia, essa relação das duas não. Não se aplica, pra mim não se aplica”.

DSC C: A não implantação se dá em função de dificuldades descritas, embora haja reconhecimento quanto à pertinência da política.

“Hoje no nosso município não tem uma política prevista e exclusiva de saúde da população negra. Foi levantado no plano de saúde do município, mas nunca adotada nenhuma linha de ação efetiva de trabalho com foco específico da população negra. Veja uma coisa, eu confesso a você que nós não temos nos dedicado muito a esse planejamento. Eu, por exemplo, tenho visto, em algumas reuniões de planejamento, e quem faz gestão sabe disso, quando a gente começa querer colocar um segmento da população a gente começa a ouvir: “Mas vem cá, mas você também vai ter que fazer pra esse outro segmento aqui, e mais esse e esse”, e aí acabamos nos deixando influenciar por isso. E você tem que ver que o acesso que nós gestores teríamos que dar a essa população está em segundo plano. Muitas vezes gestores municipais acabam fazendo a gestão da demanda e não da necessidade, e devido a grande demanda que nós temos você acaba priorizando a parte da assistência e da emergência, e muitas vezes o mais

importante, que você gostaria de fazer que seria a Atenção Primária, “cé” não consegue fazer. Principalmente no meu município que é polo, você acaba fazendo ações que não envolvem só o seu município. Isso não quer dizer que a política da população negra não seja prioritária, eu acredito que, assim como o SUS é um processo em construção a política da população negra também é, além de ser uma política de construção e de conscientização, que não só os municípios vão ganhar com ela, mas todo o Brasil. Mas você não tem um financiamento, um planejamento voltado pra determinadas categorias, não só da população negra como outras também, e o baixo financiamento você não supera, você faz aquilo que dá pra fazer, aquela coisa de pouco dinheiro e muita criatividade. Não dá pra gente implementar nenhum tipo de política específica sem pensar no financiamento suficiente para abranger toda aquela ação, na estrutura física adequada, e o que é maior, no investimento nas pessoas. É uma coisa que preocupa muito a gente, não conseguir fazer algo importante por falta de profissional relacionado à saúde, médico, enfermeiro, dentista também. Você não consegue fazer, ou por déficit de profissional ou mesmo pela disponibilidade.

Eu também tenho dificuldade grande com a procuradoria, com a secretaria de administração, principalmente, e com aquelas pessoas que tem poder dentro do município e do estado de definir essas coisas, e acham que isso é muito mais floreio, é mais pintura, que isso é mais folclore. Essa dificuldade é imensa na operacionalidade, parece ser pequena, mas ela é imensa.

Outra dificuldade é a própria compreensão dos profissionais de saúde com relação à política específica. É uma dificuldade de entendimento dos trabalhadores de saúde, inclusive o trabalhador de saúde negro, independente da raça, é entender porque que tem que ter uma política específica pra população negra. Os atores que atuam na atenção, tanto primária, quanto secundária e terciária do SUS, ou público de saúde não estão aptos e capacitados a ter esse olhar diferenciado. É difícil para gestores e até sanitaristas compreender isso. Eu mesmo tive dificuldade para compreender isso. Passei a entender a partir do momento que assisti uma pesquisa apresentada de saúde da população negra, onde falava da diferença de oferta de serviços e da dificuldade de acesso da população negra em Unidades Básicas de Saúde. Então eu penso que tá num nível de discussão central, com as pessoas que pensam e que tem um acúmulo, e aí, você cria uma determinada política que ela tem que descer e que ela tem que ser implementada a partir do município, a partir

da unidade de saúde, com as pessoas que tão lá e que não tem esse acúmulo de discussão, e não tem esse grau de compreensão das coisas. Isso tem que ser trabalhado com o profissional de saúde, a parte histórica com a dívida, a questão da vulnerabilidade e esse negócio de racismo institucional”.

DSC D: A não implantação se dá por afirmação da ausência de necessidade específica em sua localidade.

“Olha, muitas vezes as políticas são implementadas aqui pelo governo federal sem olhar as peculiaridades de cada região. Os critérios dessa política tem que ser modificados. A própria condução delas é uma condução errônea. Elas às vezes não contemplam as regiões nem o público alvo. No Brasil inteiro tem vários tipos de municípios, o nosso município a predominância não é uma população negra, na minha região especificamente é totalmente desnecessário uma política dessas, não implementamos a política do negro ou a política do índio porque não temos esses aglomerados. As pessoas são mais da cor branca, negro quase nenhum, é muito pouco. Também nós não temos zona rural, no meu município a gente não tem quilombola. Obviamente que temos algumas periferias que tem ai população de baixa renda, mas em momento nenhum chega a comparar com uma favela, com problemas mais graves de esgoto e coisas desse tipo. Nesses lugares a gente tem uma atenção maior do PSF, então assim, não temos esse problema. A gente não tem uma política específica porque não tem essa peculiaridade. O Ministério da Saúde tem colocado que as ações afirmativas, as ações de financiamento ou política programática, elas estão em áreas quilombolas, então a gente acredita que não haja necessidade de uma política específica no município. Mas existem situações diferentes em outros municípios, lá eles estão em construção de áreas prioritárias como a materno infantil, a saúde mental, e a discussão de algumas política essenciais e importantes que não conseguem fazer por causa da demanda tamanha na sua porta que não conseguem absorver. Pra você ter noção, são regiões onde não há um leito de UTI neonatal, nem de UTI pediátrica e também não tem leito de obstetrícia de alto risco. Isso mexe muito com o gestor. Até as próprias pessoas que fazem a fala da representação reconhecem a fragilidade que ainda tem em outras políticas prioritárias nessas localidades, e que acabam envolvendo a população negra como um todo”.

DSC E: A não implantação se dá por uma negativa da pertinência de uma política específica para a população negra

“A gente não implementou também em função de não ter a necessidade porque a população se sente acolhida na sua totalidade. Porque tratamos todos da mesma forma, fazemos uma política natural. Temos cobertura de PSF nas áreas mais carentes, 70% da região está coberta e tem uma relação muito boa com o hospital do município que é referência regional. Tem duas UTIs, temos hemodiálise, nós temos serviços de média complexidade, como Saúde Mental, DST/AIDS, um centro de atenção à saúde da mulher e da criança, uma policlínica de especialidades, e aquilo que o município não consegue fazer, ele faz junto com outros municípios na média complexidade. Quanto à questão de fila, a questão do atendimento, de medicamento, nós temos uma política igualitária para toda população. Então, com todos os problemas que o município tem, ele tem uma boa resolutividade na área da saúde. Portanto não foi discutido isso porque não existe sentido na atual conjuntura. Nosso conceito lá, e que a gente adotou e que trabalha muito nisso, negro é gente, negro é um ser humano. Então o negro não tem que tá na roda do negro, ele tem que tá na roda que também tem que ter negro, não é? A valorização não como raça, mas como indivíduo. Então é um processo de manutenção da inclusão e da valorização do ser humano. Então você tem que chamar o negro pra roda, mas não pra roda de negro, que a roda de negro exclui.

Por isso, a política, vamos dizer assim, um evento específico pra discutir a política da raça negra, isso a gente não trabalha mais, porque a gente trabalha a questão da inclusão como um todo. Eu entendo que essa política tem que ser revista, muitas vezes nós temos que rever essas políticas. Nós não podemos focar só em áreas específicas. Obviamente que ainda temos muita exclusão. Temos muitas pessoas que tem que ser incluídas, mas dentro desse contexto. Extinguindo toda e qualquer forma de processo discriminatório racial”.

DSC F: Implantação relacionada a uma perspectiva biologicista não pautada por determinantes sociais relacionados à raça.

“Eu acho que nós municípios, ainda temos muito a aprender nessa questão de tratar cada especificidade. Acho que a gente consegue diferenciar o índio, o negro, mas da maneira geral o atendimento, a gente tenta, ou por ordem de chegada ou por processo de paciente com febre, com risco de vida, toda aquela classificação de risco. É como um conselheiro falou lá: “O quê que a gente tem que fazer?” É melhorar nosso Pré Natal com olhar na integralidade, pra depois ver as peculiaridades.

Pelo histórico desse município, nós demos ênfase principalmente à quantidade de especialistas, pois não existiam algumas especialidades como dermatologia, que tem algumas doenças específicas da população negra, até pra ter um tratamento diferenciado de alguns pacientes desta população. Como o câncer de pele na raça alemã, na raça branca, né? Ter uma mancha de pele num negro pode não ser câncer, mas uma mancha na pele de um alemão pode ser câncer de pele. Tem um trabalho de buscar as origens das patologias, as origens dos fatos dentro de um contexto de trabalho integral, e não deixar de levantar, como a gente tem gestante, tem hipertenso e diabético, cada paciente com um tratamento diferenciado para sua doença, e a população negra também, tem as doenças específicas, pois existe uma diferença por raça no comportamento dessas doenças, tipo a tuberculose, a hipertensão. Bom, o paciente colocou aqui que ele é negro, o que tem de origem da raça negra? Porque o próprio enfermeiro, médico, psicólogo, ele tem que ter presente aquele histórico da raça, pra poder fazer uma atenção integral.

Estamos fazendo um levantamento epidemiológico de todas as populações, não só da negra, pra ver se tem doenças específicas desta população, e na medida do possível, pelo menos duas ou três unidades básicas de saúde ficaram como referência, com alguns profissionais, para o atendimento específico de doenças inerentes à raça, então assim, já dá atenção. Em um estudo que nós fizemos rápido no município, nós vimos que há o problema da anemia falciforme, que ataca mais a raça negra, e isso é um trabalho que tem que ser intensificado pra não se tornar doença de negro. Nós temos a atenção à anemia falciforme com as nossas unidades de saúde, essa coisa do encaminhamento e a detecção principalmente durante o pré-natal e lá na Atenção Básica identifica no teste do pezinho o traço

falciforme. Nós começamos a ficar mais atento pra isso, pra fazer o acompanhamento desses casos. Temos tido um avanço fantástico na região com parceria com as universidades para o diagnóstico e tratamento da anemia falciforme.

Agora, a coleta do quesito raça cor, isso é uma coisa interessante da pessoa que tá lá, de perguntar: qual é a sua cor? Num é? Isso causa um constrangimento pra quem tá fazendo a ficha? E pra pessoa que tá respondendo? Pelo menos relatado pelo nosso pessoal lá: “Mas como, a gente tá olhando pra pessoa, eles vão achar que a gente é burro!” As funcionárias acham isso muito interessante, até porque elas dizem o seguinte: “olha, a gente tá olhando pra criatura, e a gente vê que ela é negra e ela diz que é branca!” E aí o que a gente responde: “tem que responder o que a pessoa diz, se você tá abrindo pra que a pessoa se auto declare, é a auto declaração dela que vai valer”. É muito engraçado isso, e estranho”.

DSC G: Implantação se deu por reconhecimento da pertinência e aponta alguns passos neste processo

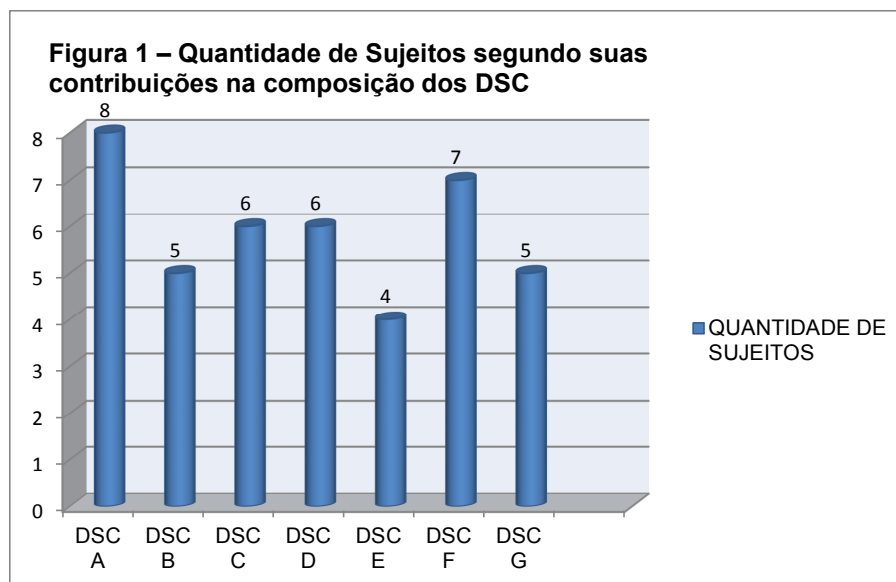
“Nós do município criamos a Secretaria para cuidar especificamente da população negra, e incluí-la no projeto de governo do município. Por que até que ponto nós secretários, passamos a nos preocupar com a morbimortalidade da população negra? E neste processo o que a gente procurou fazer foi integrar esta secretaria às demais secretarias do municípios, implantando políticas de acesso, de atenção e de inclusão da raça negra. Nós tivemos reuniões permanentes com esse secretário, e a sua equipe administrativa, para ver as necessidades as reivindicações, e os PSF, as unidades de saúde vão tá levantando isso e nos trazendo conforme a política, ou seja, do adolescente, do homem, todas elas inseridas. Trouxemos pessoas do próprio movimento negro pra fazer palestras, pra que as pessoas possam enxergar aquelas condições que a gente mostra sobre o racismo institucional. Nós tivemos já dois seminários de capacitação das equipes de saúde da família pra discussão da saúde da população negra, envolvendo todos os trabalhadores da saúde, pra buscar uniformidade de pensamento. Quando você insere nesse processo pessoas comprometidas, apesar das dificuldades que a gente tem, a gente tem muitas alegrias também. E você começa a ter menos mortalidade infantil dessa população, você começa a ter partos humanizados dessa população, mas acho que temos avançado muito pouco para que eu possa te dizer

gritantemente que temos tido êxito assim, assim, assim e tenho indicadores específicos para isso. A estratégia adotada para superar dificuldades foi centrar força, nas ações e nas atividades que não demandam custos”.

5.2 A CONSTRUÇÃO DOS DSC: FREQUÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO DOS DIFERENTES SUJEITOS

Os discursos foram formados do geral para o particular, coube ainda a inserção de conectivos e pontuações, e a supressão de termos e expressões substituindo-os por sinônimos ou equivalentes, sem que com isso houvesse perda do sentido ou coerência do discurso, mantendo “o posicionamento próprio frente ao tema e a chamada artificialidade natural” (WILLIG, 2004, p.50).

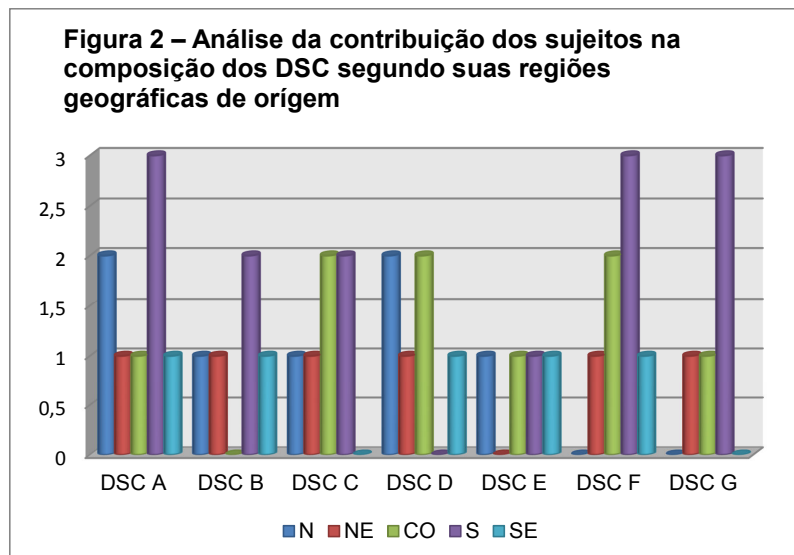
Importante destacar que particularismos ou fragmentos de depoimentos presentes em um só sujeito não foram selecionados propositalmente, todavia um tópico a parte foi criado para comentar esses fragmentos considerados dignos de destaque e selecionados nos depoimentos individuais. Respeitaram-se depoimentos comuns e de maior frequência, “produzindo assim um idioma ideológico, tendo sempre a clareza de que o discurso é diferente do indivíduo” (CUBAS, 2002, p. 65). Partiu-se do pressuposto que não há interesse em saber a distribuição das opiniões entre os indivíduos, e sim quantos indivíduos contribuíram na composição de cada discurso sobre determinado tema. É o que se pode verificar no Gráfico 1.



Observa-se que do total de dez participantes da pesquisa oito contribuíram com fragmentos de seus discursos para que se formasse o DSC A, o discurso de maior frequência de participação, enquanto que quatro contribuíram com a composição do DSC E, que se configurou como o de menor participação, embora não contenha particularidades ou declarações de ordem pessoal que pudessem inviabilizá-lo enquanto um discurso do coletivo.

Por meio deste gráfico também se pode observar que, embora oito sujeitos tenham afirmado a relevância da PNSIPN contribuindo assim com a construção do DSC A, cinco sujeitos que contribuíram com o DSC B negaram a pertinência desta, revelando que em seus depoimentos refletem contradições internas desses sujeitos.

Outra análise interessante a ser comentada é a contribuição dos diferentes sujeitos nos DSC segundo suas regiões geográficas de origem. Embora não tenha ocorrido um número igual de sujeitos por região vale lembrar que todas foram contempladas, sendo interessante observar essa distribuição no Gráfico 2.



Verifica-se que o único DSC que contou com a contribuição de representantes de todas as regiões foi o DSC A, enquanto que para o DSC G apenas três representantes contribuíram. Nota-se também que duas regiões deixaram de contribuir por duas vezes na construção dos DSC, a Sudeste e a Norte, coincidindo essa omissão no DSC G. As representações sociais que emergem deste DSC se referem à implementação da PNSIPN e as facilidades encontradas nesse processo. Curioso perceber que ideias socialmente compartilhadas partem de representantes de regiões como a Norte e a Sudeste, que possuem diferentes “realidades e condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras dos estados e regiões” (LUCCHESI, 2003, p.440) o que reafirma a validade do processo de fusão qualiquantitativo promovida pelo método do DSC, percebido pela aproximação entre os discursos de sujeito procedentes de realidades distantes, não apenas no que se refere à localização geográfica.

5.3 DSC E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: EXPLORANDO SENTIDOS E CONFRONTANDO IDEIAS

O DSC A expressa uma representação social favorável frente à elaboração e implantação de políticas específicas e sua relação com políticas de ações afirmativas. Esta representação é percebida por meio de afirmações diretas e indubitáveis no discurso tais como: “(...) *política de suma importância; (...) fomos extremamente favoráveis; Eu acho que é importante (...); (...) é uma política que tem razão de ser; (...) é uma política essencial; (...) a própria política de saúde da população negra é uma política afirmativa (...)*”, são expressões enfáticas que traduzem uma representação positiva e a noção explícita da proximidade entre as políticas de saúde da população negra e de ações afirmativas.

No decorrer do mesmo DSC surgem justificativas que explicitam posicionamentos francamente favoráveis à política, e está entre elas a preocupação com o resgate da dívida histórica com a população negra, excluída e marginalizada, emergindo representações que revelam a inquietação com o acesso e a garantia do direito à saúde a esta que é a maior parcela da população brasileira. Este sentido converge com a referência de Lucchese (2003), que afirma que a equidade, quando aplicada à gestão, torna-se um espaço de tomada de decisões mediada pelas necessidades e demandas sociais. No mesmo discurso surge a representação de percepção da manifestação do racismo institucional como fator agravante de exclusão da população negra dos serviços de saúde como também o processo saúde doença diferenciado por questões raciais. Como exemplo dessas preocupações destacam-se os seguintes segmentos do DSC A: “*Você precisa resgatar grande parte da população brasileira. Apesar dos negros serem o maior contingente da população (...) eles tem dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde, e é claro é por causa do racismo institucional (...) se você verificar os índices sociais, a população que está mais à margem dos benefícios da máquina social, de acesso aos serviços de saúde (...) é a população negra (...) e tem ainda algumas doenças mais prevalentes e mais incidentes dentro da própria população*”.

Esses fragmentos apontam para o fato de que os determinantes sociais da saúde e as relações sociais racializadas determinadas pelo contexto histórico, social, cultural e econômico do país encontraram uma forte representação neste

coletivo. Este sentido também é reafirmado pelos autores adotados por esta pesquisadora no referencial teórico. Lorenzo (2006), ao definir vulnerabilidade em saúde de grupos mais susceptíveis, menciona fatores históricos entre os determinantes e condicionantes da saúde. Chor e Lima (2005) destacam que o Brasil, por apresentar o maior contingente de afrodescendentes fora do continente africano, teve suas marcas deixadas pela escravidão, Gomes (2000) reafirma que igualdade de oportunidades não basta para a redução dessas marcas, é necessário falar em condições iguais, ao que a autora Lobato (2009) destaca o papel privilegiado do estado na reversão deste cenário de desigualdade. Verifica-se que emerge o sentido desta responsabilidade sanitária no DSC em tela.

Esta representação é reforçada quando a equidade é citada como base fundamental de políticas específicas, o que traduz o sentido desta representação de justiça, ou seja, de igualdade de fato e não apenas de direito. Muito embora se note que o conceito manifesto por meio deste discurso aproxime-se do que Costa e Lionço (2006) definem como equidade em saúde “o provimento de serviços para necessidades específicas de grupos ou pessoas” (p.47), esta é a representação evocada neste discurso, ou seja, dar mais para quem mais precisa, e num segundo fragmento verifica-se a noção de equidade juntamente com a universalidade: *“Nós temos que tratar o sistema que permita acesso a todos, com equidade”*.

Diante das representações manifestas, vale destacar a afirmação abaixo que explora o conceito de equidade, de cujo conteúdo o DSC A se aproxima:

[...] o conceito da equidade, por sua vez, representa o aprofundamento do princípio de igualdade formal de todos diante da lei. Ele implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que são diferentes sejam tratados de forma especial ou diferente. No Brasil, país multiétnico e multicultural, que reconhece essa diversidade na sua própria Carta Constitucional, a igualdade de direitos não pode representar a homogeneização de tratamento de indivíduos e de povos. (BRASIL, 2004, p.16)

Embora tais conceitos tenham surgido e tenham sido defendidos com veemência no DSC A, mais adiante se constata no DSC B, um discurso rico em representações contrárias à pertinência de ações afirmativas para a população negra, observa-se o surgimento de contradições internas dos indivíduos manifestas em seu discurso, revelando um paradoxo, ou seja, há uma aparente oposição entre A e B. Todavia observa-se no Gráfico 1 que o DSC A contou com a contribuição de fragmentos do discurso de oito sujeitos em sua construção, ou seja, quase a maioria

afirmou de pronto a relevância quando questionado. Curioso observar que destes 8(oito), 5(cinco) contribuíram com fragmentos na construção do DSC B negando a pertinência, revelando que o discurso dos mesmo sujeitos indicaram ECH para a construção de DSC antagônicos ou conflitantes.

Essa curiosa oposição de discursos constatada deve ser comentada e seus sentidos submetidos ao referencial teórico aqui adotado. Draibe (2001) afirma que pessoas ou coletivo de pessoas que “animam as políticas, fazem-no segundo seus valores, seus interesses (...) que não são consensuais nem muito menos unânimes” (p.26), portanto é um espaço de conflitos, tensões e embates que se sucedem e se resolvem com o passar do tempo, e nesse cenário dinâmico mudanças podem ocorrer, inclusive nos posicionamentos outrora adotados. Fato também a ser mencionado se refere ao discurso que nega a pertinência da PNSIPN, pois não há preocupação aparente com as necessidades de saúde de grupos em situações de vulnerabilidade, ou desfavorecidos, discurso convergente com o que demonstram Pinheiro, Westphal e Akerman (2005).

O que as autoras Costa e Lionço (2006) completam quando afirmam que inexistente a noção de equidade incorporada como ferramenta de uso habitual, que revele uma “ética prática que norteie a elaboração e implementação de ações políticas, no sentido da garantia da efetivação do direito universal à saúde” (p.50).

Aqui vale resgatar as afirmações feitas por Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), em seu estudo sobre a abordagem do tema equidade nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, pois o mesmo se aplica às representações que apontaram no DSC B. Verificou-se por vezes o mesmo uso vago, indevido, junto a proposições inespecíficas, denotando pouco avanço no entendimento do tema e uma resistência à sua incorporação como critério de elaboração de diretrizes de políticas públicas. Faustino (2012) corrobora com esse sentido quando traz sua preocupação ao afirmar que desigualdades raciais podem se perpetuar onde medidas estatais orientadas para combatê-las não são adotadas, Gomes (2000) afirma que a discriminação, que possui fundo histórico e cultural, é nitidamente responsável pela perpetuação de iniquidades sociais, e Silva e Almeida Filho (2009) acrescentam ainda que a implantação de políticas formalizadas segundo o princípio da equidade pode “ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde”(p.220) o que revela certa divergência com a representação social manifesta por meio do DSC B.

Outra hipótese aponta para um possível “sequestro semântico”. É o que ocorre quando o sujeito apodera-se de um discurso, porém sem a devida fundamentação teórica necessária para sustentá-lo e defendê-lo em diferentes ocasiões, levando-o a apresentar argumentos sólidos, porém que se opõem à sua afirmação inicial. É possível também que essa aparente oposição esteja relacionada aos diferentes “princípios organizadores dos posicionamentos dos indivíduos no campo representacional” (PEREIRA; TORRES; ALMEIDA, 2004, p.96).

Em fragmentos do DSC B como: “(...) *não é só o negro que vive à margem da sociedade brasileira, a política não pode ser discriminatória*” verifica-se que não há a nítida compreensão do conceito de discriminação positiva, ou política compensatória, que nada mais é, segundo Gomes (2000), “do que tentativas de concretização da igualdade substancial ou material” (p.3), aqui denominada de ação afirmativa, todavia conhecida no direito europeu como discriminação positiva. Verifica-se também que há certa imprecisão quanto à diferenciação entre discriminação negativa e positiva, suscitando outro diálogo com o referencial teórico adotado neste estudo. Os autores Gomes (2000), Gurgel (2000) e Moehleck (2002) trazem o debate sobre políticas afirmativas na busca por atingir a igualdade de fato e não fictícia, porém também apontam o debate que cerca estas ações quanto à sua inconstitucionalidade, quando compreendida como um privilégio; porém quando vistas como um direito tem garantia constitucional, não são caracterizadas como demérito individual, uma vez que é a sociedade que não tem capacidade de garantir igualdade na oferta e acesso às oportunidades. Não se observou esta representação social emergir dos DSC, o que ocorreu na verdade foi divergência com o conceito apresentado por Gurgel (2000) que afirma que ações afirmativas são medidas que buscam eliminar a discriminação que limita oportunidade de certos grupos sociais; e a autora ainda destaca que a ideia de igualdade de oportunidades é algo recente na história social, o que talvez se configure em parte como justificativa pela omissão do sujeito coletivo.

Entretanto, a possibilidade de ocorrência do chamado “sequestro semântico” pode ser atribuída também neste fragmento de discurso, que revela a imprecisão de conceitos de discriminação positiva e negativa e de ações afirmativas.

Vale destacar que o conteúdo do pensamento dos indivíduos que compõem uma dada sociedade, no caso deste estudo o gestor municipal, tem relação com a sua existência e revela a dinâmica que essa sociedade vive (SALES; SOUZA;

JOHN, 2007). Todavia esses sujeitos não são apenas representantes de um dado município, mas representam estados e regiões em foros estaduais e nacionais, são ativistas do movimento municipalista, o que aponta para dinâmicas complexas que movem interesses diversos e os mesmos autores revelam que há maneiras de fazer muitas vezes preestabelecidas e passíveis de exercer sobre esses sujeitos uma coerção exterior, ou seja, como representante do Conasems defendem interesses gerais na esfera central e em suas localidades vivenciam a pressão por mais recursos para a implantação de propostas de interesses local que ocasionalmente podem se contrapor àquelas defendidas por sua entidade em âmbito nacional.

Essa constatação de oposições (posições contrárias) também está presente entre os DSC A e B no que se refere ao racismo e sua manifestação nas instituições do SUS. No DSC A surgiu a representação quanto a importância da conscientização da existência do racismo institucional, presente também no DSC C como necessidade de enfrentamento, porém já no DSC B surge no discurso a representação social enfática de negação da existência de qualquer manifestação racista na sociedade e no SUS, ao afirmar que em sua cidade todos são tratados de forma igual e que não se percebe a necessidade de uma política específica para o negro, declarando-a como um privilégio, o que demonstra uma representação que desconsidera o processo histórico de exclusão dos negros e o resgate da dívida social mencionado, antagonicamente afirmado no DSC A. Todavia emerge a representação explícita sobre o fator promotor da discriminação e da exclusão ser de fundo social e econômico, omitindo a existência de tensões nas relações raciais, e na escalada social: *“(...) a gente vai ver dentro desta equidade a população mais pobre, as populações mais necessitadas, que entre elas tem negros e brancos”*. Vale destacar a divergência deste fragmento com o registrado por Moehleck (2002), que medidas que beneficiam a população pobre não necessariamente beneficiam a população negra, embora boa parte destes encontre-se na faixa da pobreza, mas a autora adverte que exclusão social não é a mesma coisa que discriminação racial e aponta resultados de pesquisas realizadas em Cuba sobre o grande investimento do país em medidas de caráter socioeconômico e que se mostraram insuficientes para reduzir as desigualdades raciais.

No DSC B há uma afirmação que aponta o entendimento de que a PNSIPN tem como objetivo criar um contexto paralelo para a população negra, sem que se perceba o sentido incoerente desta afirmação, uma vez que se o objetivo geral desta

é “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2009), a proposta é promover a igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e realizar ações estratégicas de superação e não de segregação.

Embora a PNSIPN, além de seu caráter transversal proposto, reafirme os princípios do SUS, entre eles a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, igualdade da atenção à saúde, a descentralização político-administrativa e a participação popular e o controle social (BRASIL, 2009), há afirmações repetitivas que denotam representações sociais, captadas no DSC B, revelando que a concepção desta política fere os princípios constitucionais do SUS. O sujeito coletivo afirma que a implementação do SUS de fato seria suficiente para que o direito à saúde seja garantido a todos de forma igual, cessando as condutas excludentes. Verifica-se isso nas afirmações a seguir: “(...) *a política de saúde tem que ser igual pra todos (...) a política de inclusão, a política de igualdade, a política de saúde não se parte, tem que ser integral (...) O SUS é pra todos, ele é universal (...) ele trabalha a equidade (...)*”, negando mais uma vez o racismo e seu papel determinante e condicionante da saúde.

No DSC B observa-se representações sociais que demonstram dificuldade em perceber a diferença entre igualdade de acesso e equidade, demonstrando que não há a percepção de que “ações afirmativas (...) auxiliam não somente a ampliação das oportunidades iguais e a promoção da inclusão social, mas, acima de tudo, ajudam a criar uma sociedade mais justa e democrática” (GURGEL, 2000, p.24).

Outra interessante representação social que emerge no DSC B diz respeito ao fragmento: “(...) *a população negra na verdade não difere de outras raças, de outros segmentos da população brasileira, mulatos, índios, que mereceriam políticas afirmativas*”. Percebe-se aqui que o segmento “mulatos” foi mencionado isolado do conjunto da população negra, como se dela não fizesse parte. A segregação dos mulatos, ou mestiços, percebida neste fragmento pode em parte ser explicada pelo que os autores Camargo *et al.* (2012), denominam do mito da democracia racial, que busca desconstruir a identidade e cultura da população negra. Os autores completam alegando que ao final do século XIX o ideal de branqueamento ou embranquecimento foi incentivado como solução coerente para o problema racial.

Esse mecanismo buscava encorajar a “aglutinação das culturas negras e branca para a criação do mestiço ou o denominado “branco social”, tendo como meta a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca” (p.307), e vale destacar que essa transformação do país em uma nação miscigenada não se supunha como algo espontâneo, mas possuía como base os princípios eugênicos (SILVA; FONSECA, 2012). Havia, portanto, um tipo ideal de homem nacional a ser alcançado, e os mestiços são considerados mais próximos deste ideal, a eles é oferecida a ilusão de alternância e elevação social, enquanto “aos pretos as únicas possibilidades oferecidas são a exclusão e a negação da autoimagem” (LOPES, 2004, p.63). Esta representação social de negação da autoimagem não se manifestou nos DSC, entretanto foi citada em depoimento individual que será abordado no próximo tópico sobre fragmentos isolados dos discursos.

O DSC C revela representações sociais atreladas à negação da implementação da PNSIPN, contudo há reconhecimento de sua pertinência, com destaque às dificuldades e óbices que impediram desta concretização.

O DSC C inicia-se com a afirmação de que embora o tema tenha sido pautado no Plano Municipal de Saúde, sua efetivação não ocorreu, o que traz um questionamento quanto ao juízo de valor ancorado nesta representação quanto a importância dos instrumentos legais de planejamento e gestão do SUS: estes são de fato incorporados como ferramentas de acompanhamento, monitoramento, avaliação e controle das ações pactuadas e desenvolvidas pela rotina da gestão? Servem de norte e facilitam a ação? Esta pesquisadora observa que o Conasems tem um posicionamento firme em defesa deste dispositivo, fortalecendo-o e legitimando-o, e sempre se contrapondo à pactuação de novos instrumentos, de objetivos semelhantes, que minimizem a importância deste Plano como ferramenta de gestão, destacando a importância de sua construção coletiva, da concretização de suas ações, da repactuação quando necessário e da prestação de contas. Aqui se denota a valorização deste instrumento, posto que há realce para iniciativas voltadas à promoção da saúde da população negra previstas no plano.

O fragmento do DSC C foi destacado, pois se observou algumas afirmações dignas de menção: *“Muitas vezes gestores municipais acabam fazendo a gestão da demanda e não da necessidade, e devido a grande demanda que nós temos você acaba priorizando a parte da assistência e da emergência (...)”*. Há referência de

descompasso entre demanda e necessidade, entende-se aqui que a demanda referida é a espontânea, que traduz as diferentes necessidades da população prioritariamente de assistência, ou seja, a ancoragem social deste princípio esta no modelo centrado em ações curativas, enquanto que ações de promoção e prevenção passam a um segundo plano: *“(...) e muitas vezes o mais importante, que você gostaria de fazer que seria a Atenção Primária, “cê” não consegue fazer.”*

Além da expressão acima que menciona *“a grande demanda que nós temos”*, reafirmada no DSC D, emerge também a representação social do papel de município polo, como referência regional, o que corrobora com sua sobrecarga de trabalho, que por vezes foge à sua governabilidade. Entretanto, vale resgatar a expressão utilizada popularmente na rotina de trabalho que é o agir direcionado a *“apagar incêndios”*. Percebe-se que a ação torna-se uma constante resposta às pressões da demanda, interna e externa, sem que seja mencionada alguma tentativa de organização das tarefas, ou seja, parece não ocorrer um planejamento ou uma ação articulada e direcionada a objetivos e metas buscando ordenar o trabalho da gestão. Essa constatação é reafirmada neste fragmento: *“Mas você não tem um (...) planejamento voltado pra determinadas categorias, não só da população negra (...)”*.

Ainda neste discurso há uma afirmação bem interessante que suscita diferentes interpretações, quando o SUS é apontado como um processo em construção. Aqui é possível explorar dois sentidos: como justificativa à sua contraposição às exigências da sociedade de um SUS plenamente desenvolvido, ou como justificativa da não implementação da PNSIPN até o momento amparada por sua recente criação, ou seja, assim como o SUS que completa 25 anos em 2013, a PNSIPN também é uma política *“jovem”*. A PNSIPN, conquista reconhecida pelo sujeito coletivo no DSC A, foi formulada por ampla participação dos movimentos sociais e é resultado de lutas iniciadas muito antes de sua pactuação na CIT e publicação em Diário Oficial da União (DOU) em maio de 2009, portanto completou quatro anos. Segundo o modelo de ciclo de políticas de Howlett e Ramesh (1993) apud Baptista e Rezende (2011), a PNSIPN encontra-se em fase de *implementação*, que se caracteriza por sua concretização por meio de programas e ações (GOULART; TANNÚS, 2007).

Outro fragmento que merece destaque e comentários refere-se ao depoimento do sujeito coletivo sobre a dificuldade de entendimento que

trabalhadores, gestores e até mesmo sanitaristas, tem sobre a necessidade de uma política específica voltada à população negra. O sujeito coletivo declara que somente passou a compreender a relevância da PNSIPN quando teve acesso aos resultados de uma pesquisa que apontavam a dificuldade de acesso de negros e negras às ações e serviços de saúde, o que comprova o importante papel de pesquisas que trazem evidências científicas e, portanto, são capazes de romper com conceitos ou ideias equivocadas e sensibilizar sobre a natureza de ações afirmativas.

A necessidade de levar esse novo olhar despertado pela ciência deve se dirigir também aos trabalhadores, inclusive trabalhadores negros, para que ocorra a compreensão sobre a necessidade da implementação da PNSIPN, como o resgate da dívida histórica com a população negra e enfrentamento ao racismo institucional, reduzindo a interpretação equivocada que alguns fazem com relação à discriminação positiva. Em seguida o sujeito coletivo afirma a necessidade de realização de seminários e capacitações com os trabalhadores devido a necessidade de tomada de consciência sobre a exclusão e a discriminação racial, e alega que a PNSIPN é “(...) *uma política de construção e de conscientização(...)*”.

A preocupação do sujeito coletivo com o grau de compreensão que trabalhadores, gestores e até sanitaristas tem sobre a PNSIPN e seus efeitos sobre a implementação, tem sentido, e é corroborado com o que as autoras Baptista e Rezende (2011, p. 151) delinearão em seu estudo sobre ciclo de análise de políticas:

A implementação é encarada no campo da análise de políticas como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes implementadores a colocar em prática objetivos e estratégias que lhe são estranhas. Mas, a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a **compreensão da política**, o conhecimento de cada fase do processo **e da quantidade de mudança envolvida com a nova política**. De todos os fatores, este último apresenta-se como o mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política, e **quanto maior a mudança, menor o consenso** [...]o desafio é reconhecer a implementação como algo que não necessariamente se atrela a questões da política oficial, mas a **aspectos políticos, culturais e sociais** que permeiam as práticas (grifo da pesquisadora).

Vale destacar ainda que a PNSIPN propõe mudanças estruturais profundas, atreladas às questões sociais, econômicas e culturais, pois propõe ações de enfrentamento ao racismo institucional e ao racismo de forma geral, que embora

negado, seus efeitos prejudiciais sobre a população negra estão naturalizados e as mudanças advindas da reversão deste quadro podem ser interpretadas como ameaças. É o que está posto neste referencial teórico por Gomes (2000), o autor atribui à discriminação o papel de estratégia potente de manutenção do “status quo”, uma vez que reduz as possibilidades de uns em benefício de outros.

Entre as dificuldades apresentadas como justificativas da não implantação da PNSIPN no DSC C estão: estrutura física inadequada, falta de recursos financeiros e reduzida disponibilidade de profissionais de saúde. Há críticas veementes nos fragmentos: *“Não dá pra gente implementar nenhum tipo de política específica sem pensar no financiamento suficiente para abranger toda aquela ação, na estrutura física adequada (...) É uma coisa que preocupa muito a gente, não conseguir fazer algo importante por falta de profissional relacionado à saúde (...)ou por déficit de profissional ou mesmo pela disponibilidade”*. Essa preocupação com a escassez de recursos financeiros, humanos e físicos, revelada pelo sujeito coletivo em seu discurso, tem sido observada por esta pesquisadora como ponto de pauta frequente em reuniões do Conares, da Diretoria Executiva do Conasems, da CIT e em debates nos Congressos Nacionais anuais da entidade, pois se entende como principais fatores críticos responsáveis pelas deficiências no desenvolvimento e plena implementação do SUS, o que, portanto não se trata de uma situação isolada frente às dificuldades de implementação da PNSIPN. O que se pretende a seguir é uma breve análise desses três fatores críticos sem ter a pretensão de aprofundá-los ou mesmo de concluir o debate, pois se trata de fatores críticos à implementação do SUS cujo grau de complexidade de análise supera em muito os limites desta dissertação de mestrado.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde possui hoje várias propostas que buscam o enfrentamento dos três fatores críticos mencionados pelos sujeitos, todavia nenhuma delas tem se mostrado suficiente ou adequada para reverter o cenário descrito em curto ou mesmo em médio prazo. Serão abordadas aqui algumas delas tecendo-se determinados comentários sobre sua operacionalização e impacto na situação.

Com relação à estrutura física inadequada, há oferta de recursos para construção, reforma e ampliação de Unidades pelo programa “Requalifica UBS”, publicado por meio das Portarias n. 339, 340 e 341, de 4 de março de 2013, e cujo objetivo é “prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para

desempenho de suas ações por meio do financiamento das UBS implantadas em território nacional” (BRASIL, 2013). Estão previstos recursos a serem repassados fundo a fundo pelo Bloco de Investimento em três parcelas, e ocorre por adesão. Porém, segundo observação desta pesquisadora de relatos de reuniões da diretoria executiva do Conasems, a quantidade de recursos disponível poderá contemplar apenas 4000 unidades em todo o país até o final de 2014, cobrindo a necessidade de apenas 10% das Unidades Básicas existentes, o que, segundo estes gestores, ainda não é satisfatório para dar resposta à necessidade de melhoria das instalações destas unidades de saúde, por vezes em estado precário de conservação.

Com relação à escassez de profissionais, está entre as iniciativas oferecidas pelo Ministério da Saúde o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), existente desde 2012, que se propõe a estimular a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional para localidades com maior carência para este serviço. Lamentavelmente ainda tem sido insuficiente esse provimento, pois das 9429 vagas existentes para médicos no país, apenas 4392 médicos foram contratados, contemplando 1437 municípios, sendo que estados com as maiores carências destes profissionais, como o caso da região norte, receberam os menores contingentes, como se vê: Acre – 12; Amapá – 9; Amazonas – 44; Pará – 144; Rondônia – 35; Roraima – 12; e, Tocantins – 22. Esses dados foram fornecidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), mar./2013.

Vale lembrar que o Provab também contempla outras categorias profissionais, porém a escassez de médicos ainda aparece entre as primeiras preocupações da gestão municipal.

Com relação ao baixo financiamento, cabe destacar que o MS não financia ações do SUS na esfera municipal, o que significaria arcar com 100% dos custos desta ação e sabe-se que o financiamento do SUS é tripartite, como posto no Artigo n. 198 da Constituição Federal, portanto cabe aos estados e municípios o rateio desses gastos, sendo 15% municipal, 12% estadual e não há um percentual fixo para a União, que trabalha com incentivos como indutores de políticas. Fato hoje apontado por estudiosos da área econômica da saúde, 100% dos municípios cumpre com seu percentual mínimo destinado às ações e serviços de saúde e

muitos deles, devido à crescente pressão, acabam por destinar entre 20 a 25% de seus orçamentos, o que por vezes compromete a execução dos demais compromissos assumidos pela gestão municipal. Nota-se isso nos fragmentos: “(...) *o baixo financiamento você não supera, você faz aquilo que dá pra fazer, aquela coisa de pouco dinheiro e muita criatividade*”, e a dificuldade de sensibilizar os demais setores da administração pública em: “*Eu também tenho dificuldade grande (...) com aquelas pessoas que tem poder dentro do município e do estado de definir essas coisas, e acham que isso é muito mais floreio, é mais pintura, que isso é mais folclore*”.

O MS hoje repassa recursos por meio de incentivos, e isso se dá unicamente para ações previstas em políticas, programas e propostas, geralmente pactuadas pelos três entes, Conass, Conasems e MS, em escala nacional, com o propósito de indução destas políticas, contudo nem sempre essa pactuação contempla interesses específicos de realidades locais. Com efeito, além dos municípios terem que reservar parte dos 15% de sua dotação orçamentária própria para implementar políticas induzidas pelo MS e pactuadas na esfera nacional, cujo incentivo repassado é insuficiente, eles devem reservar uma parte destes recursos para contemplar suas demandas locais, que emergem das necessidades apontadas por sua população, deliberadas pelo conselho e pelas conferências, o que acaba por comprometer sua autonomia orçamentária e limitar sua capacidade de negociação local. Parte desta alegação se vê no fragmento do DSC C: “(...) *você cria uma determinada política que ela tem que descer e que ela tem que ser implementada a partir do município*”, verifica-se o caráter de obrigatoriedade na expressão “*tem que ser*”.

Especificamente no que refere à PNSIPN, vale destacar que não há incentivo previsto para sua implantação, há apenas a sinalização de um recurso previsto na Portaria n. 90/GM/MS de 17 de janeiro de 2008, e que prevê recebimento de 50% de acréscimo em seus incentivos repassados por Equipe de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal por atenderem populações remanescentes de quilombos, titulados e certificados, e de assentamentos rurais, porém a listagem dos municípios contemplados necessita ser atualizada. Surge no DSC D o discurso afirmando ser desnecessária a implementação da PNSIPN, uma vez que o MS incentiva ações afirmativas voltadas para áreas quilombolas, essa leitura equivocada talvez possa ser interpretada como reflexo do incentivo posto na Portaria n. 90/08: “*O Ministério*

da Saúde tem colocado que as ações afirmativas, as ações de financiamento ou política programática, elas estão em áreas quilombolas, então a gente acredita que não haja necessidade de uma política específica no município”.

Vale explorar no fragmento citado anteriormente a expressão “descer”, empregada pelo sujeito coletivo como sentido de direção verticalizada das decisões: *“Então eu penso que tá num nível de discussão central, com as pessoas que pensam e que tem um acúmulo, e aí, você cria uma determinada política que ela tem que descer e que ela tem que ser implementada a partir do município”.* Essa ideia de fluxo descendente remete à noção de *top-down*, numa referência das autoras Baptista e Rezende (2011) sobre o processo centralizado de elaboração e implementação de políticas, “onde todo o controle está nas mãos dos “formuladores”, situados no topo das organizações” (p. 149), o que contraria o Art. n. 36 da Lei n. 8080/90 que afirma que o processo de planejamento e orçamento SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal. Verifica-se essa insatisfação com a centralização colocada de forma explícita no DSC D: *“Olha, muitas vezes as políticas são implementadas aqui pelo governo federal sem olhar as peculiaridades de cada região. Os critérios dessa política tem que ser modificados”.*

Sobrevém, então, a crítica à política como inadequada às diferentes realidades brasileiras, e desnecessária onde a população negra não é numerosa, onde não há comunidades quilombolas e onde não há aglomerados de baixa renda ou favelas.

Interessante destacar o fragmento que traz esta afirmação: *“Obviamente que temos algumas periferias que tem ai população de baixa renda, mas em momento nenhum chega a comparar com uma favela, com problemas mais graves de esgoto e coisas desse tipo”*, pois cabe levantar a dúvida quanto à uma possível interpretação da representação social contida nesta ideia. Seria o problema da população negra uma questão social e não racial? Ou seja, a discriminação que recai sobre o negro se deve à sua pobreza e, por muitas vezes por morar em favelas, o que levaria à dificuldade de acesso a bens e serviços e à exclusão por razões socioeconômicas. Para Pereira, Torres e Almeida (2003, p.99) esse fato está em parte atrelado ao mito da democracia racial:

No Brasil, a miscigenação cultural produziu mitos como o da democracia racial, que entende a discriminação mais como o resultado da estratificação social do que das diferenças de cor. Nesse sentido, o negro seria discriminado não por ser negro, mas por ser pobre.

Portanto, para subverter essa ordem social injusta, em localidades que eventualmente mostrem a necessidade de implementação da PNSIPN devido à precariedade das condições de vida, o sujeito coletivo afirma que as ESF dão cobertura de atendimento necessário para garantir o acesso e “resolver o problema” da população geral: *“Nesses lugares a gente tem uma atenção maior do PSF, então assim, não temos esse problema”*, no entanto não considera a necessidade de enfrentamento da discriminação racial. Esta afirmação surge também no DSC E, quando o sujeito coletivo afirma que nas áreas mais carentes sua cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) é mais elevada, chegando a 70%. Resta questionar se basta delegar aos profissionais da ESF a análise das condições de vida da população negra e o desenvolvimento de ações de promoção da equidade racial e de saúde no município, para que se promova o enfrentamento destes determinantes, vitais à mudança do cenário de exclusão e discriminação.

Outra representação interessante resgatada no DSC D refere-se à justificativa da não implementação da PNSIPN em função da agenda de prioridades, ou seja, o sujeito coletivo declara que há outros problemas mais prementes, pois ainda falta o básico: *“(...) outros municípios (...) estão em construção de áreas prioritárias como a materno infantil, a saúde mental, a discussão de algumas política essenciais e importantes (...)”*, esse posicionamento, segundo o sujeito coletivo, ainda conta com o apoio da população local, que reconhece *“(...) a fragilidade que ainda tem em outras políticas prioritárias nessas localidades, e que acabam envolvendo a população negra como um todo”*.

A análise do DSC E traz outras representações que afloram do discurso do sujeito coletivo da não implantação da PNSIPN, por não reconhecer sua pertinência, e apresenta justificativas que vão desde o reforço do paradigma “hospitalocêntrico”, passando por razões ideológicas do aparente conflito entre universalidade e políticas específicas e até mesmo pela negação do racismo.

O posicionamento contrário à implementação da PNSIPN inicialmente repousa na descrição da rede de serviços capaz de responder às necessidades dos munícipes, que se sentem acolhidos em sua totalidade, porém é curioso observar que o modelo de atenção descrito ancora-se em hospitais: *“(...) o hospital do município é referencia regional, (...)Tem duas UTIs, temos hemodiálise, nós temos serviços de média complexidade (...)”*.

O sujeito coletivo retoma neste discurso parte do que foi posto no DSC B, que diz respeito ao aparente conflito entre a universalidade do SUS e as políticas específicas, a ideia de igualdade como suficiente para garantir acesso à saúde para todos, sem privilégio de espécie alguma, afirmando como uma *“política natural”*, negando a necessidade de políticas compensatórias: *“Quanto à questão de fila, a questão do atendimento, de medicamento, nós temos uma política igualitária para toda população”*. Percebe-se a nítida presença da representação social que surge no discurso de negação do racismo e da discriminação racial, na sociedade em geral e dentro das instituições do SUS. Seja em parte pelo mito da democracia racial ou pelo desconhecimento do racismo institucional e de seus efeitos na qualidade dos serviços e sobre a saúde da população negra. Entretanto aqui vale resgatar a afirmação preocupante feita pelos autores Pereira, Torres e Almeida (2003, p.96) sobre o grave paradoxo referente à instalação de

[...] processos discriminatórios em nome da defesa da justiça e da igualdade universais. Assim o preconceito atualmente é constituído por vários discursos que pregam a defesa irrestrita dos valores igualitários do pós-modernismo e, ao mesmo tempo, opõe-se às políticas sociais coerentes com esses valores.

“A política da raça negra, isso a gente não trabalha (...) a gente trabalha a questão da inclusão como um todo”, observa-se nesse fragmento que surge neste DSC a defesa da ideia que ao ampliar a oferta de serviço e do acesso, toda população terá garantido seu direito à saúde, independente de sua raça/cor, trazendo para o centro do debate uma dimensão puramente de relacionamento interpessoal – *“A valorização não como raça, mas como indivíduo”* – como se inexistissem as vulnerabilidades marcadas pela assimetria racial na saúde, recusando-se a mencionar a estrutura da sociedade brasileira marcada por relações e conflitos inter-raciais, ou seja, mais uma vez nega vigorosamente a presença do racismo e de seus efeitos prejudiciais. Curioso fato a destacar, embora as falas demonstrem representações sociais de negação do racismo, são carregadas de racismo institucional devido ao despreparo para sua detecção e enfrentamento

[...] deixando que o mito da democracia racial prevaleça, e assim condutas e comportamentos que perpetuam iniquidades são negados peremptoriamente. Seu caráter, muitas vezes subliminar (...) propiciam ou reforçam a exclusão, a desigualdades de pessoas e minorias étnicas em desvantagem. (BRASIL, 2004, p.26)

No DSC E o sujeito coletivo traz uma expressão curiosa – “roda de negro”: “o negro não tem que tá na roda do negro, ele tem que tá na roda que também tem que ter negro (...) você tem que chamar o negro pra roda, mas não pra roda de negro, que a roda de negro exclui”. A interpretação do sentido desta expressão pode se resumir em duas ideias: o sujeito atribui à roda um papel segregacionista, ou, se esta roda representar a organização do movimento negro, ele minimiza seu papel histórico de lutas, de reivindicações e de mobilização, o que contraria a declaração do sujeito coletivo feita no DSC A que reconhece o protagonismo do movimento social organizado como importante articulador na efetivação da PNSIPN: “(...) é uma política essencial e que acima de tudo é uma conquista da população negra, (...) dos movimentos que estão disparados em várias partes do país”.

Em seu primeiro parágrafo o DSC F traz afirmações que questionam a pertinência da PNSIPN e relaciona sua implementação a uma perspectiva estritamente biologicista.

Novamente o sujeito coletivo declara, em sua intenção de implementação da PNSIPN, uma necessidade premente de conhecer as doenças específicas da raça negra, sua incidência, prevalência e comportamento. Observa-se o conteúdo do DSC F ligado às ações de assistência, associado às doenças – “(...) nós demos ênfase principalmente à quantidade de especialistas, pois não existiam algumas especialidades como dermatologia, que tem algumas doenças específicas da população negra (...)”, não há alusão às ações de promoção e nem de prevenção, não há qualquer relação com determinantes e condicionantes, trata-se de um discurso descontextualizado da dívida histórica com a população negra e despolitizado.

A representação que emerge deste DSC F traz a noção de raça dentro do princípio biológico, para dar sustentação apenas à categoria de determinação genética das doenças, e dissociada da determinação social, ou seja, nega as demais categorias que agrupam as doenças e agravos mais prevalentes na população negra como: “adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; de evolução agravada ou de tratamento dificultado; e, condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas¹”.

¹ Esta classificação em quatro categorias encontra-se no documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade” do Sistema Nações Unidas (2001, p.5), produto do Workshop Interagencial Saúde da População Negra proposto pela

Neste discurso surge uma afirmação curiosa que não permite conclusões, mas vale ser comentada. O sujeito coletivo aponta o risco da anemia falciforme tornar-se doença de negro: “(...) *nós vimos que há o problema da anemia falciforme, e isso é um trabalho que tem que ser intensificado pra não se tornar doença de negro*”. Certamente ele coloca sua preocupação com a possibilidade da anemia falciforme tornar-se uma doença estigmatizante. Porém, o que não permite conclusões é se sua preocupação com o estigma posto prejudicará os negros portadores da doença ou se recairá sobre os brancos, uma vez que há a alegação de não se tratar de uma doença exclusiva de negros: “(...) *o problema da anemia falciforme, que ataca **mais** a raça negra*” (grifo da pesquisadora).

Observação rica e interessante surge do discurso feito sobre a categoria raça/cor autodeclarada no DSC F. A representação social manifesta nesse discurso revela o constrangimento do trabalhador da saúde em perguntar ao usuário qual a sua cor: “*Mas como, a gente tá olhando pra pessoa, eles vão achar que a gente é burro!*”.

Todavia, em seu discurso em momento algum surge preocupação com o que Lopes (2004, p. 63) chama de “embranquecimento”, que aponta a importância e a necessidade de coleta do dado como autodeclarado:

No passado, assim como agora, **os sistemas baseados no embranquecimento admitem o deslocamento social lento, ao longo do contínuo de cor, de modo que sejam mais aceitos aqueles que mais se aproximam da brancura**, isto é, aos mestiços se oferece a ilusão de mobilidade e ascensão, enquanto aos pretos as únicas possibilidades oferecidas são a exclusão e a negação de sua auto-imagem (sic) (grifo da autora).

Chor (2013) declara que “raça, posição socioeconômica e gênero influenciam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas a depender da pergunta que se deseja responder” (p.1274), o que implica destacar a necessidade da gestão conhecer e trabalhar dados desagregados segundo quesito raça cor.

Também não é mencionada a importância desta autodeclaração na produção de dados desagregados, como o estímulo à identidade racial positiva (orgulho racial) ou como reforço à autoestima, o discurso resume-se em apontar uma aparente oposição entre a autodeclaração do usuário e a opinião do profissional: “*olha, a gente tá olhando pra criatura, e a gente vê que ela é negra e ela diz que é branca!*”.

Neste fragmento do DSC F observa-se que a auto declaração de cor foi considerada como uma concessão: “(...) se você tá abrindo pra que a pessoa se auto declare (...)”, ou seja, antes não existia essa possibilidade, ou seja, “era fechada”. Revela novamente a ancoragem social deste princípio no modelo biologicista, este dado outrora entrava como uma informação a mais a ser levantada no exame físico, na anamnese, onde a conduta passiva do “paciente” resume-se a contribuir com suas queixas, cabendo ao profissional de saúde “decifrar” não só sua doença como sua cor, e oferecer o tratamento e cuidado mais adequados.

O DSC G traz o discurso do sujeito coletivo que implementou a PNSIPN e declara as facilidades encontradas neste processo.

Há alguns fragmentos que merecem destaque, sobretudo do ponto de vista das estratégias adotadas por este sujeito coletivo para avançar na implementação: promover ações intersetoriais envolvendo a secretaria municipal de promoção da igualdade racial; trazer o movimento negro como parceiro na capacitação dos trabalhadores da saúde sobre o tema e principalmente sobre a conscientização a respeito do racismo institucional para que as práticas sejam revistas: *“Trouxemos pessoas do próprio movimento negro pra fazer palestras, pra que as pessoas possam enxergar aquelas condições que a gente mostra sobre o racismo institucional”*. O sujeito coletivo afirma que sensibilizar os trabalhadores da saúde e envolve-los com o tema, traz resultados positivos: *“Quando você insere nesse processo pessoas comprometidas, apesar das dificuldades que a gente tem, a gente tem muitas alegrias também. E você começa a ter menos mortalidade infantil dessa população, você começa a ter partos humanizados(...)”*.

5.4 FRAGMENTOS ISOLADOS: DESTAQUE AO DEPOIMENTO DOS INDIVÍDUOS

Embora os DSC aqui apresentados tenham seguido à risca a orientação metodológica dos autores Lefèvre e Lefèvre, ou seja, ideias detectadas em depoimentos isolados não se constituíram em fragmentos dos DSC, posto que se referem a opiniões individuais e não pertencem ao coletivo, vale destacar algumas ideias em depoimentos únicos. Deve-se levar em consideração que apenas 10 (dez) sujeitos participaram desta pesquisa, caso o número de participantes fosse maior,

seria possível que outros sujeitos também partilhassem dessas mesma opiniões cabendo então a inclusão destas ECH nos DSC. São fragmentos que enriquecem as análises já realizadas e também apresentam caráter singular pelas afirmações que trazem.

Como primeiro exemplo verifica-se o depoimento do Sujeito 3, sobre facilidades na implementação da PNSIPN: *“Olha eu acho que o que facilita e aí por um outro lado também é a questão do constrangimento do racismo. Porque quando fica claro essa questão, ninguém quer ser racista hoje. Num pega bem, ninguém quer ser. (...) Então quando você começa a apresentar que existem comportamentos racistas que não são os comportamentos racistas explícitos e as pessoas entendem a coisa muda de figura...”* Neste fragmento isolado verifica-se o cunho pedagógico das ações afirmativas apontado por Gomes (2000), o autor destaca que estas ações servem de exemplo e podem provocar transformações culturais e sociais relevantes, apontado pelo Sujeito 3 como uma facilidade na implementação da PNSIPN. Embora Brasil e Trad (2012) afirmem que reverter o caráter subliminar do racismo, característico do mito da democracia racial que vigora no país, seja tarefa árdua, complexa e desafiadora para ser atribuída às ações afirmativas, porém as autoras convergem com o declarado pelo Sujeito 3, pois veem na gestão municipal o principal espaço de sua efetivação.

Chor (2013) coloca a experiência brasileira como única, pois a “ausência de segregação legal em toda a história do país, a miscigenação, e o denominado “preconceito de ter preconceito” configuram quadro único no mundo, diferente do norte-americano e do sul-africano” (p. 1273).

Os autores Goulart e Tannús (2007) apresentam subsídios para o enfrentamento do racismo institucional, e afirmam que não se deve restringir o debate sobre saúde da população negra ao tema doença falciforme, uma vez que “não é, nem de longe, o único problema que afeta a saúde da população negra [...]” (p.52). Esta mesma preocupação é colocada pelo sujeito 9 ao afirmar que: *“Porque elencar simplesmente a anemia falciforme como bandeira era uma coisa que estava ficando repetitiva”*, revelando que há uma compreensão, mesmo que isolada entre os participantes desta pesquisa, que corrobora com o sentido mais amplo da saúde da população negra apontado por Goulart e Tannús.

Ainda surgiu no depoimento individual do Sujeito 10 a alegação da exclusão em parte como sustentada pelos próprios negros: *“Eles mesmos falam mal deles*

mesmos. O negro não fala bem do negro, o pessoal da etnia afro se autoexclui. (...) A dificuldade maior de trabalhar com os indivíduos da raça negra, é que eles se acham inferiores. Eles mesmos falam mal deles mesmos. O negro não fala bem do negro, o pessoal da etnia afro se autoexclui.” O Sujeito 10 apresenta a justificativa histórica desta exclusão, porém não faz alusão direta ao racismo e nem tão pouco às relações de classe racializadas, ou mesmo a citação de que a ascensão social é interpretada, segundo Paixão *et al.* (2010), como “incongruência de status” (p.23).

Neste mesmo sentido outro fragmento isolado, recuperado do depoimento integral do Sujeito 9, revela o comportamento de negação do racismo atribuído como um comportamento ético, embora reconheça o preconceito como barreira: *“Me diga uma coisa, eu acho que aí tem uma dicotomia, até porque não é fácil você quebrar algumas barreiras, e principalmente preconceitos que existem. Nós, às vezes, do ponto de vista ético, não colocamos isso de uma forma aberta.”* Decorre daí mais uma possibilidade de desconhecimento dos princípios que envolvem ações afirmativas. Se for por meio destas ações que serão reduzidas as desigualdades e se provocará mudanças de hábitos e a quebra de barreiras interpostas pelo preconceito (BRASIL, 2005), este sujeito deveria ter uma opinião favorável sobre as ações afirmativas, o que não ocorreu.

Observa-se que entre as representações sociais que emergiram está a noção do SUS e seu ideário da universalidade e da igualdade entre todos os brasileiros, o que negaria por princípio práticas racistas. “No entanto, não podemos achar que em função desse ideário, tratamentos racistas ocorrem somente em outras instituições” (CHOR, 2013, p.1273).

Para Baptista e Rezende (2011) “[...] a exclusão de assuntos da agenda governamental pode ocorrer, dentre outros motivos, em função de uma base de apoio insuficiente para manutenção do assunto na agenda; por políticas mal formuladas [...]”(p.147). Cabe destacar outros fragmentos isolados que trazem esse depoimento, onde a justificativa do gestor quanto a não implementação ocorre em parte pela falta de reivindicações dos movimentos, o que declarou o Sujeito 6: *“Então assim, não existe óbice nenhum de no futuro se procurado o município, através do conselho, através de uma organização, para implementar uma política dessa que vá haver resistência, de maneira nenhuma. Mas não foi procurado, não foi discutido isso (...)”*. O Sujeito 1 também faz uma declaração que se aproxima em parte do sentido destacado pelo Sujeito 6: *“Então eles assim, têm essas cobranças,*

mas assim de um âmbito geral. Você escuta na própria conferência, que tem alguns focos voltados mesmo a essa situação, mas assim, no dia a dia você não convive muito com isso não.”

Outro fragmento isolado a ser recuperado refere-se à interessante necessidade revelada pelo Sujeito 10 de trabalhar a auto declaração de cor: “(...) *trabalha-se muito nas ações comunitárias, a questão de que o indivíduo se identifique: “eu sou negro; eu sou pardo; eu sou branco”. Não para um processo pra saber quantos são isso ou quanto são aquilo, mais pra que a pessoa se identifique”*. Aqui esta pesquisadora interpreta que o Sujeito 10, ao ter acesso aos dados desagregados segundo raça/cor, não vê a necessidade de utilizá-los para o planejamento da gestão, mas apenas para incentivar a construção da identidade racial. Cabe retomar aqui as afirmações de Faustino (2012) sobre a baixa prevalência de indicadores de saúde desagregados por raça e, com razão, o autor questiona o alcance de políticas e programas de saúde que não garantam “a pactuação de metas de redução de iniquidade racial” (p.115).

5.5 SÍNTESE EM DIREÇÃO ÀS CONCLUSÕES

O conceito de Lefèvre e Lefèvre (2005) sobre o DSC busca descrever e expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um dado tema presente em uma dada formação sociocultural. No caso deste estudo buscou-se analisar os posicionamentos desta formação sociocultural, gestores municipais do SUS representantes de Cosems e Conasems, sobre a PNSIPN e os processos de implementação das ações previstas.

Nos discursos analisados foram encontrados depoimentos singulares e curiosos que mereceram destaque mesmo não compondo os DSC apresentados. Também surgiram representações sociais que emergiram dos discursos revelando antagonismos ou oposições, como também convergências e, em ambos os casos, foi dada a relevância necessária. Portanto neste tópico serão acrescentadas as diferentes concepções de SUS, trazidas por Paim (2009), a fim de relacioná-las com os posicionamentos do sujeito coletivo em seu discurso.

Em seu livro “O que é o SUS?” Paim (2009) traz quatro concepções diferentes de SUS: O **SUS formal**, assegurado pelo marco regulatório, contudo ainda distante de sua concretização na vida dos brasileiros; o **SUS para pobres**, ligado à ideologia neoliberal e derivado de políticas focalizadas onde o subfinanciamento é a regra; o **SUS real**, submetido aos projetos das áreas econômicas, onde reina o pragmatismo, acomodando interesses clientelistas, partidários, corporativos e econômicos; e o **SUS democrático**, criado pela Reforma Sanitária Brasileira, aliado da democracia substantiva, cujos compromissos são os direitos da cidadania, com a participação social e com os valores da igualdade, solidariedade e emancipação. Vale destacar que estas concepções convivem de forma conflituosa, imbricada e se confrontam, todavia se percebe que nos diferentes espaços de deliberação e pactuação do SUS há uma concepção preponderante que muda conforme a situação e o cenário político. Outra observação curiosa feita pelo autor é que nem sempre essas concepções são nítidas e podem se alternar no discurso do mesmo ator. Nota-se que ativistas muitas vezes defendem uma das concepções de SUS e acabam por firmar alianças sem, contudo, perceberem que entre seus aliados existem concepções de SUS diferentes da sua, e que essas diferentes visões podem ameaçar a construção de seu projeto de saúde.

Com efeito, é possível perceber nos depoimentos dos DSC momentos em que emergem diferentes concepções de SUS, ora de forma articulada e nítida e ora em caráter subliminar. No entanto, as concepções preponderantes são o SUS formal e o SUS para pobres. Curioso destacar que a concepção do SUS formal muitas vezes surgiu como justificativa para não implementação da PNSIPN, porém amparado no SUS democrático, pois o sujeito coletivo afirma que o SUS formal, assegurado pela legislação, trabalha com os valores da igualdade, solidariedade e emancipação, característicos do SUS democrático.

Parte deste antagonismo, captado principalmente nos depoimentos dos DSC A e B que se confrontam, pode ser atribuída ao discurso performático que alguns indivíduos, sujeitos políticos por definição, adotam em princípio, para evitar conflitos, contudo com o desenrolar da entrevista passam a adotar um discurso mais espontâneo, que permite exteriorizar sua opinião, afirmações de fundo ideológico e por vezes até mesmo um juízo de valor. Contudo não se pode descartar que este antagonismo também pode revelar contradições internas destes sujeitos diante do desconhecimento do tema equidade, a noção de assimetria racial em saúde e da

negação do racismo, além da defesa de diferentes concepções de SUS (PAIM, 2009). Parte destas contradições internas também pode retratar o conflito entre sua militância local e sua militância em esfera nacional.

Entretanto, a representação social que emerge destes DSC que revela preocupação com a promoção da equidade na saúde para além da mera oferta de tratamento igualitário a todos, pouco se sustentou, denotando que o SUS democrático, em parte presente nos depoimentos, pouco se aproxima da noção da importância em se adotar estratégias diferenciadas para indivíduos e grupos populacionais em situação de exclusão e em condições de maior vulnerabilidade, e como tal a promoção da equidade na saúde, a oferta de respeito traduzido em práticas e atitudes destinadas a cada cidadão em suas necessidades.

Ao se recuperar o conceito de equidade adotado por esta pesquisadora e relacionando-o aos achados dos discursos percebe-se que o importante papel dos gestores como propositores e implementadores de políticas de promoção da equidade, necessita ser estimulado, preparado e capacitado para que se apropriem deste olhar sobre a diversidade de sujeitos, ampliando sua escuta, permitindo que identifiquem quem são esses sujeitos, como e onde vivem, e qual a situação de exclusão e vulnerabilidade em que vivem. Captar e gerenciar meios para implementar ações concretas de redução das desigualdades raciais em saúde, na maioria das vezes se traduz por ações afirmativas, e no caso específico da População Negra, pela avaliação dos gestores quanto à pertinência na implementação da PNSIPN. No entanto, constatou-se que as representações sociais destes gestores sobre a pertinência de políticas específicas como a PNSIPN não se revelou como tema central em suas agendas. Tal constatação vai ao encontro do que afirmam os autores Lima (2010) e Faustino (2012). Lima afiança que o Estado brasileiro ainda não se dedicou a superar o problema da falta de acesso da população negra à estrutura de oportunidades, bens e serviços no país enquanto Faustino (2012) afirma que o avanço da PNSIPN está a depender “da capacidade de priorização desse tema e incorporação do mesmo nas três esferas de gestão, inclusive nos diversos programas e políticas do Ministério da Saúde relevantes à promoção da equidade racial em saúde” (p.113).

Boa parte dos fatores críticos – facilidades e dificuldades – para a implementação da PNSIPN surgiu nos discursos destes sujeitos e sua investigação revelou que estes atribuem aos complexos problemas que envolvem o SUS como

um todo e a gestão municipal em particular, referindo-se principalmente à escassez de recursos financeiros, humanos, técnicos e físicos, e cujas soluções apontadas até o presente momento tem se mostrado insuficientes e inadequadas e em certa medida algumas soluções trazem consigo problemas ainda maiores do que aqueles que se propuseram a solucionar.

Entre as estratégias de implementação da PNSIPN verificadas constatou-se que entre os 10(dez) gestores entrevistados apenas 3(três) descreveram-nas assumindo a implementação desta em seu município, sendo que mesmo aqueles que negaram a implementação no decorrer da entrevista citaram ações previstas na PNSIPN, o que levanta a suspeita desta pesquisadora que parte dos gestores desconhece a PNSIPN assim como as ações previstas em seu escopo.

Segundo Carvalho (2002) a Constituição Brasileira caracteriza o Estado como “Servidor do Cidadão”, em contraposição ao de “usurpador”, deixando nítido e evidente os direitos individuais, sociais e políticos dos cidadãos, e já em seu artigo 2º (BRASIL, 1988) garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ao que Lobato (2009) acrescenta a posição privilegiada, embora não exclusiva, do Estado na mudança ou manutenção do que a autora chamou de “instituições”, referindo-se “às ideias, valores e normas que pautam a vida social” (p.722). Neste sentido a autora acrescenta que as políticas públicas, enquanto definidoras dos rumos governamentais, sedimentam ou transformam a posição estatal em relação aos problemas da sociedade, podem, portanto, apoiar a ação da gestão municipal do SUS no fortalecimento do Estado como “Servidor do Cidadão”, considerando a diversidade destes cidadãos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui serão apresentadas recomendações que surgiram de reflexões no decorrer desta pesquisa, em seguida serão apontadas algumas sugestões de novos estudos sobre o mesmo tema e temas semelhantes, finalizando-se com o apontamento de determinadas ações recomendadas ao Conasems.

6.1 RECOMENDAÇÕES:

As reflexões que emergiram do trato dos resultados obtidos e dos estudos necessários à sua discussão levam o presente trabalho a fazer oito recomendações:

1. Promover debate amplo entre as três esferas de gestão do SUS sobre necessidade de cumprimento do Art. 36 da Lei n. 8080/90 cuja redação diz respeito ao processo de planejamento e orçamento do SUS, afirmando que este deve ser ascendente, da esfera local até a federal, respeitando-se assim a autonomia dos entes posta no Pacto Federativo e garantido que o processo de indução de políticas desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pactuado por Conass e Conasems reflita de fato as necessidades locais. Este debate não pode ser desvinculado da crítica à maneira fragmentada como os recursos são destinados ao SUS e da prática de indução de políticas por meio de incentivos financeiros aplicada pelo Ministério da Saúde, que por vezes determina a alocação destes recursos sem que ocorra um debate tripartite, centralizando suas decisões.
2. Revisar a Portaria n. 90/GM/MS de 17 de janeiro de 2008 para atualizar o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos certificados e titulados, por município, para cálculo do teto de Equipes de Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da estratégia Saúde da Família que fazem jus ao recebimento de 50% de acréscimo em seus incentivos por atenderem a essas populações (BRASIL, 2008) e assim repassar recursos aos municípios que tenham direito a recebê-los.

3. Discutir em foros tripartite instrumentos que permitam avaliar o processo de implementação da PNSIPN na esfera municipal e estadual, entendendo que esta se encontra em fase de implementação segundo o modelo de ciclo de políticas de Howlett e Ramesh (1993), citado por Baptista e Rezende (2011), portanto este processo ainda não terá resultados qualitativos, que apontem benefícios alcançados, na maioria das localidades. O autor Faustino (2012) reitera e amplia esta preocupação, afirmando que não há sistema de monitoramento, pactuado, instituído e acessível, que possibilite visualizar o estágio de implementação das políticas públicas.
4. Propor ao MS a criação do “*Comitê Gestor da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*”, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde, que conta com representantes de diferentes áreas técnicas do MS, Conass, Conasems, representantes da academia e sociedade civil, para acompanhar e discutir avanços e desafios da implementação da PNSIPN, caso essa atividade não possa ser conduzida pelo próprio CTSPN.
5. Elaboração de material norteador sobre implementação da PNSIPN voltado a gestores e trabalhadores da esfera municipal, abordando desafios e oportunidades, pois se percebeu, por meio dos discursos, que ainda há pouco conhecimento das tarefas que envolvem a implementação da PNSIPN.
6. Promoção de espaços de debate e de troca de experiências na implementação da PNSIPN, eventos periódicos, espaços virtuais como banco de práticas ou de experiências.
7. Ampliar o debate interno no MS quanto à relevância da PNSPI e seu caráter transversal. Este debate poderia ser suscitado pelo Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa/SGEP envolvendo inicialmente o Departamento de Atenção Básica, contando com a presença do Conasems e Cosems, evidenciando as principais estratégias para que este tema ocupe a agenda de trabalho das equipes da ESF.
8. Introdução do quesito raça/cor em todas as publicações e estudos realizados ou financiados pelo Ministério da Saúde e demais Ministérios da área social como: Trabalho, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Assistência e Previdência Social e Secretarias Especiais. Vale destacar que a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) e o trabalho de pesquisa Vigitel – vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, não

apresentam dados desagregados pelo quesito raça/cor. Outro fato curioso se refere ao formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que não dispõe de campo para coleta do dado referente ao quesito raça/cor.

6.2 SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS:

Foi possível também identificar uma linha de pesquisa que pode ser construída ligando métodos e objetos semelhantes ou próximos. Aos menos três grupos de estudo podem ser sugeridos:

1. Realizar o mesmo tipo de estudo para outras políticas específicas como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, como também para a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta, ambas publicadas recentemente em 2011, e assim conhecer as representações de gestores municipais do SUS sobre essas políticas que também são voltadas à promoção da equidade de grupos populacionais específicos.
2. Estudo semelhante a este poderá ser realizado numa escala maior, ou seja, procurando aferir o olhar da gestão municipal num grupo mais amplo de gestores, o que provavelmente permitiria generalizações posteriores, e compreender o desafio de se implantar políticas específicas de promoção de equidade em realidades diferentes, considerando as especificidades regionais, culturais e econômicas, como também diferentes portes populacionais.
3. Conhecer os discursos sobre o tema Saúde da População Negra e promoção da equidade em espaços de pactuação e de deliberação, promovendo uma análise comparativa dos discursos entre CNS e CIT, agregando ao conteúdo desta análise o teor das Cartas dos Congressos do Conasems no que se refere ao posicionamento dos atores frente à aprovação e implementação de políticas de promoção da equidade. Conhecer as semelhanças, diferenças e oposições entre conteúdos e discursos proferidos sobre a ideia que cada coletivo tem sobre o SUS que se deseja implantar para a promoção da saúde, da equidade e enfrentamento das vulnerabilidades pode auxiliar na formulação de estratégias e diretrizes que se aproximem mais das diferentes realidades e cenários políticos.

Embora o estudo tenha trabalhado com um número reduzido de participantes, cabe destacar que se trata de sujeitos, cujo papel relevante de representação nos espaços de pactuação e deliberação do SUS, imprime um caráter ímpar aos discursos emitidos e uma avaliação rica que permitirá reflexões e encaminhamentos. Portanto, acredita-se que os objetivos propostos foram alcançados e que os resultados deste estudo apontam para aplicações concretas que podem ser desenvolvidas pelo corpo técnico e diretivo do Conasems, como também pela entidade em parceria com outros setores.

As propostas abaixo foram destacadas das anteriores, pois se referem a ações cuja implementação encontra-se sob a governabilidade da entidade.

1. Realizar reunião de Conares cuja pauta seja *“Implementação da PNSIPN: desafios e oportunidades para a gestão municipal”*, buscando colher relato destes secretários para elaboração de material norteador da implementação da PNSIPN, e se necessário realizar um segundo encontro com participação mais ampliada de representantes de Cosems, na modalidade de oficina, para que se produza o material orientador que poderá ser utilizado em atividade de seu XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde em 2014.
2. Manter em todos os Congressos Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde o tema *“diversidade de sujeitos”* entre as atividades desenvolvidas no evento, colocando em foco a saúde da população negra, e propor a realização de oficina de instrumentalização da gestão municipal na implementação da PNSIPN, utilizando-se o material elaborado por orientação do Conares e da oficina dos Cosems.
3. Buscar garantir a transversalidade do tema “Saúde da População Negra” em todas as publicações elaboradas pelo Conasems.

7 REFERÊNCIAS

1. ARENDT, Hannah. *Da violência*. In: _____. *Crises da República*. São Paulo. Perspectiva, 1973. p. 91-169.
2. _____. *O que é política?* In: LUDZ, Ursula (Org.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
3. ARISTIDES, Jackeline Lourenço. *Acolhimento da população negra em sofrimento psicossocial pelo candomblé de Londrina-PR*. 2012. 53 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.
4. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; REZENDE, Mônica. *A ideia de ciclo na análise de políticas públicas*. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>.
5. BARBOSA, Maria Inês da Silva. *Racismo e saúde*. São Paulo, 1998. 111p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
6. BATISTA, Luís Eduardo. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. 2002. 262p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 2002.
7. _____. 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*. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 4 jan. 2013.
8. _____. *Masculinidade, raça/cor e saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 4 jan. 2013.
9. BOBBIO, Norberto. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
10. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União. Brasília: Congresso Nacional, 05 out 1988. Disponível em: <http://www.imprensaoficial.com.br/PortallO/download/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf>.
11. _____. Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Seminário Nacional de Saúde da População Negra: Caderno de Textos Básicos*. Brasília – 2004. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_textos_basicos_snsnpn.pdf>.

12. _____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1678/GM*, em 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra e dá outras providências. Brasília/DF, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GM-1678.pdf>>.
13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e AIDS*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/programa-estrategico-de-acoes-afirmativas-populacao-negra-e-aids>>.
14. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 90/GM/MS* de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes de Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/arquivos/portaria-no-90-de-17-de-janeiro-de-2008>>.
15. _____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 992/GM*, 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>.
16. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
17. _____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.
18. _____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n. 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142>.
19. _____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n. 9.836*, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de

Atenção à Saúde Indígena. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm#art1>.

20. _____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n. 12.288*, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial altera as Leis n. 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. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm>.
21. _____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n. 12.466*, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e da outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Lei/L12466.htm>.
22. _____. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto n. 7508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 27 set. 2012.
23. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação n. 30*, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_12.htm>.
24. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 339*, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339_04_03_2013.htm>.
25. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 340*, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>.
26. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 341*, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0341_04_03_2013.html>.

27. BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bonfim. *O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; e LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra*, Petrópolis-RJ, p.172-192, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
28. CAMARGO, Clímene Laura de *et al.* *Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra*, Petrópolis-RJ, p.303 – 319, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
29. CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. 2002. 363p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
30. _____. *Participação da Comunidade na Saúde*. Passo Fundo/RS. Instituto Superior de Filosofia Berthier (IFIBE); CEAP, 2007. Editora IFIBE.
31. CARVALHO, Luzia Alves. *Utilização de software na construção do discurso social coletivo em pesquisa “qualiquantitativa” sobre formação de professoras*. ISECENSA – GT: Formação de Professores / n. 08. Agência Financiadora: ISECENSA. 2006
32. CHOR, Dóra e LIMA, Claudia Rizzo de Araujo. *Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez. 2012.
33. CHOR, Dóra. *Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, jul. 2013.
34. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias*. Brasília/DF. Conasems, 2007. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/Livro_Movimento_SanitarioDecada_70.pdf>.
35. _____. *Estatuto do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*, 2010. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/index.php/o-conasems/estatuto>>.
36. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. *Relatório final: SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*. Ministério da Saúde: Brasília, 1996.

37. _____, 11, 2000, Brasília. Relatório final: *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*. Ministério da Saúde: Brasília, 2000.
38. _____, 12, 2004, Brasília. Relatório final: *Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos o SUS que queremos*. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.
39. _____, 13, 2007, Brasília. Relatório final: *Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.
40. _____, 14, 2012, Brasília. Relatório final: *Todos usam o SUS, SUS na seguridade social, política pública, Patrimônio do Povo Brasileiro*. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.
41. COELHO, Ivan Batista. *Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100023 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2012.
42. COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. *Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? Saúde soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200006 &lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 16 dez. 2012.
43. CUBAS, Márcia Regina. *Planejamento local de unidades básicas de saúde de Curitiba/Paraná: da teoria à prática aspectos facilitadores e limitantes*. 2002. 111 p. Dissertação (mestrado em saúde pública). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002.
44. DOISE, Willem. *Da psicologia social à psicologia societal*. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 18, n. 1, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100004 &lng=en&nrm=iso>.
45. DRAIBE, Sonia Miriam. *Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*. In: Barreira, M. C. R. N.; Carvalho, M. C. B. de (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. IEE/PUC-SP. São Paulo: [s.n.], 2001. p.13-42
46. FAUSTINO, Deivison Mendes. *Equidade racial nas políticas em saúde*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luis Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra* Petrópolis-RJ, p.98-120, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
47. FLEURY, Sonia e OUVENEY, Mafort Assis. *Política de saúde: uma política social*. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LÓBATO, Lenaura de Vasconcellos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo

- de (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e CEBES, 2008. p. 23-64.
48. GOMES, Joaquim Benedito Barbosa. *Instrumentos e métodos de mitigação da desigualdade em direito constitucional e internacional*. Rio de Janeiro, 10 nov. de 2000. Acesso em 13 de fev. de 2013. Texto disponível em <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31989-37507-1-PB.pdf>>.
49. GOULART, Flávio; TANNÚS, Liliane. *Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde*. Brasília, 2007. Realização DFID – Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional.
50. GUIZARDI, Francini Lube et al. *Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100003&lng=pt&nrm=iso>.
51. GURGEL, Maria Aparecida. *Discriminação Positiva*. *Rev. MPT*, Brasília, ano X, n. 19, p. 15-24, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.anpt.org.br/site/download/revista-mpt-19.pdf>>.
52. HABERMAS, Jürgen. *Três modelos normativos de democracia*. In: *A inclusão do outro: estudos da teoria política*. São Paulo: Loyola, 2002. p. 269-284.
53. HOROCHOVSKI, Marisete Terezinha Hoffmann. *Representações Sociais: Delineamentos de uma Categoria Analítica*. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v. 2, n. 1, p. 92-106, jan.-jun. 2004. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/2_art7.pdf>.
54. HORSBURG, D. Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*, 12, p.307-312, 2003.
55. LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; CRESTANA, Maria Fazanelli; CORNETTA, Vitória Kedy. *A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH"*, São Paulo – 2002. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 12, n. 2, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200007&lng=en&nrm=iso>.
56. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro, 2005 (Série Pesquisas, 12)
57. ____; _____. *O sujeito coletivo que fala*. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 jan. 2013.

Formatado: Inglês (EUA)

Código de campo alterado

Formatado: Inglês (EUA)

Formatado: Inglês (EUA)

58. ____; _____. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo*. Brasília: Liber Livro, 2010 (Série Pesquisas, 20)
59. LIMA, Márcia. *Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. Novos estud.* – CEBRAP, São Paulo, n. 87, Jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000200005 &lng=en&nrm=iso>.
60. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300008 &lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 16 dez. 2012.
61. LOPES, Fernanda. *Para além da barreira dos números: desigualdades raciais em saúde. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5 p. 1.595-1.601, set.-out., 2005.
62. _____. *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil*. In: Fundação Nacional de Saúde. Brasília, p. 9-48, 2005. Versão preliminar in: Caderno de Textos Básicos do I Seminário de Saúde da População Negra. Brasília, agosto de 2004.
63. LORENZO, Claudio. *Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 2, n. 3 p. 299-313, out., 2006.
64. LUCCHESI, Patrícia T. R. *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200009 &lng=pt&nrm=iso>.
65. LUZ, Madel Therezinha. *Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 ago. de 2012 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200006>.
66. MARTINS, Roberto Borges. *Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente*. Santiago de Chile, Chile: Cepal, 2004. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/2/LCL2082PP/Serie82_P.pdf>.
67. MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilza Ramos de (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

68. MOEHLECKE, Sabrina. *Ação afirmativa: História e debates no Brasil*. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 117, nov. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 11 fev. 2013.
69. MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011.
70. PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
71. PAIXÃO, Marcelo; ROSSETTO, Irene; MONTOVANELE, Fabiana; CARVANO, Luiz Marcelo. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010*. Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais – LAESER. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
72. PAULA, Kelly Andressa; PALHA, Pedro Fredemir e PROTTI, Simone Teresinha. *Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado*. *O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste-Ribeirão Preto*. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 15 p. 331- 48 mar./ago. 2004.
73. PEREIRA, Cícero; TORRES, Ana Raquel Rosas; ALMEIDA, Saulo Teles. *Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial*. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000100010&lng=en&nrm=iso>.
74. PIMENTA, Aparecida Linhares. *A História do CONASEMS: da fase heroica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000*. Edição Especial da *Revista CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*, Brasília, 2008
75. PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. *Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2012.
76. PNUD et al. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Documento resultante do Workshop Interagência de Saúde da População Negra. Brasília: 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>>.

77. RIBEIRO, Denize de Almeida. *Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra*. Petrópolis-RJ, p.121- 140, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
78. ROCHA, Ana Carolina Rocha Peixoto *et al.* *O discurso coletivo de ex-hanseniano morador de um antigo leprosário no nordeste do Brasil*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 36, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100017&lng=en&nrm=iso>.
79. SALES, Fernanda de; SOUZA, Francisco das Chagas de; JOHN, Valquíria Michela. *O Emprego da Abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em educação*. LINHAS, Florianópolis, v. 8, n. 1, jan.-jun. 2007.
80. SANTOS, Diego Junior da Silva *et al.* *Raça Versus etnia: diferenciar para melhor aplicar*. *Dental Press J Orthod.*, Maringá, v. 15. n. 3, jun. 2010.
81. SENNA, Dulce M.; LIMA, Thais F. *Saúde da População Negra e Atenção Primária em Saúde*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luis Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra*. Petrópolis-RJ, p.121-140, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
82. SILVA, Eliana Gesteira da; FONSECA, Alexandre Brasil C. da. *A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luis Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra*. Petrópolis-RJ, p. 225-244, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
83. SILVA, Ligia Maria Vieira da; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400004&lng=pt&nrm=iso>.
84. SILVA, Luiz Fernando Martins da. *Políticas de ação afirmativas para negros no Brasil: Considerações sobre a compatibilidade com o ordenamento jurídico nacional e internacional*. *Rev. Jur.*, Brasília, v. 8, n. 82, p.64-83, dez.-jan., 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/revista/Rev_82/Artigos/PDF/LuizFernando_rev82.pdf>.
85. SOARES, Sergei Suarez Dillon. *O ritmo na queda da desigualdade no Brasil é aceitável?* *Rev. Econ. Polit.*, São Paulo, v. 30, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572010000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2013.
86. TEIXEIRA, Cristiane. *Estado brasileiro e desigualdades raciais: reflexões sobre as políticas de Ações Afirmativas*. VÉRTICES, Campos dos

- Goytacazes/RJ, v. 11, n. 1/3, p. 27-42, jan./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/14/7>>.
87. TONG, Allison, SAINSBURY, Peter, CRAIG, Jonathan – *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item check-list for interviews and focus groups* «Int J Qual Health Care». *Oxford Journals*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.
88. TRAD, Leny *et al.* *Percepção sobre a política de saúde da população negra: perspectivas polifônicas*. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luis Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da População Negra*. Petrópolis-RJ, p.172-192, março 2012. De Petrus. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate)
89. WERNECK, Jurema Pinto. *Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido*. In: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005. p. 315-386.
90. WILLIG, Mariluci Hautsch. *Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras*. Curitiba, 2004. 121 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oWillig.pdf>>.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada

- 1) Qual sua opinião sobre a pertinência social de uma política específica para a população negra?
- 2) Qual sua opinião sobre a relação entre políticas de ações afirmativas e a PNSIPN?
- 3) Há ações implementadas neste município que estão previstas na PNSIPN? Quais?
- 4) Quais as facilidades percebidas no processo de implementação dessas ações?
- 5) Quais as dificuldades percebidas no processo de implementação dessas ações?
- 6) Caso tenha surgido alguma dificuldade, quais foram as estratégias adotadas para superá-la?
- 7) Qual a agenda programada de implementação das ações previstas na PNSIPN em seu município?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.



UnB
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA – DF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar do projeto: “POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: discursos da gestão municipal do SUS”

O objetivo desta pesquisa é: Investigar a visão dos membros da Diretoria Executiva do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e os processos de implementação das ações previstas.

O(A) 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 garantido por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será por meio de uma entrevista semiestruturada para a qual o(a) senhor(a) será convidado(a) a responder questões que envolvem sua avaliação sobre a pertinência da PNSIPN e de suas ações programadas, e sobre facilidades e dificuldades para sua implementação.

A pesquisa não prevê qualquer benefício direto à sua pessoa. Entretanto poderá trazer benefícios institucionais e sociais muito relevantes, pois a partir dos resultados extraído das informações de gestores que ocupam posições de liderança em suas respectivas regiões e estão em constante contato com outros gestores municipais, o Conasems poderá reformular ou fortalecer suas estratégias de capacitação de novos gestores, assim como a forma de divulgação e repasse de informações. Ela poderá contribuir também para que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) elabore, em parceria com o Conasems, instrumentos contendo orientações específicas voltadas à implementação da PNSIPN, seu monitoramento e avaliação, contribuindo em última análise para a construção da equidade em saúde.

Alguns participantes ao responder questões em pesquisa que envolvem seu trabalho podem sentir-se desconfortáveis, como se estivessem passando por um processo de avaliação. Outros podem temer que suas opiniões envolvendo pessoas ou instituições tornem-se públicas, podendo causar-lhes problemas de conflitos sociais ou morais. A pesquisadora garante o mais rigoroso tratamento confidencial dos dados. Seu nome será protegido por um código alfanumérico e qualquer dado pessoal ou profissional que permita identifica-lo (a) será omitido em apresentações ou publicações dos resultados. Apenas a pesquisadora principal realizará as entrevistas e transcreverá os textos, não sendo permitida a nenhuma outra pessoa, além dela e do orientador de pesquisa, Dr. Cláudio Lorenzo, o acesso ao nome dos entrevistados. Da mesma maneira o local da entrevista será escolhido pelo (a) senhor (a), seja na oportunidade de sua presença em Brasília, quando da realização de reuniões ou eventos de nossa entidade, seja em outro local escolhido em seu município, em data agendada previamente de comum acordo.

O(A) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos que julgar necessários antes e no decorrer da pesquisa.

O tempo estimado para realização da entrevista é de duas horas. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor. Sua participação é de natureza puramente voluntária.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília-UnB, através do banco de teses e dissertações, em documentos do próprio Conasems e ainda publicados posteriormente em periódicos científicos. Reafirmamos que em nenhum desses casos será possível identificar nome dos participantes nem relacionar os participantes ao conteúdo das informações cedidas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora até a compilação e publicação final dos resultados, sendo posteriormente destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, favor telefonar para: Denise Rinehart, assessora técnica do Conasems no telefone (61)3223 0155, das 8h às 18h de segunda a sexta-feira, ou ainda Dr. Claudio Lorenzo, no Departamento de Saúde Coletiva da UnB, fone: (61)31071834, no horário: 9h as 17h. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. As dúvidas com relação à assinatura do

TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Tendo lido e sentindo-me esclarecido(a) sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, assino esse termo, concordando em participar da pesquisa.

Participante da Pesquisa

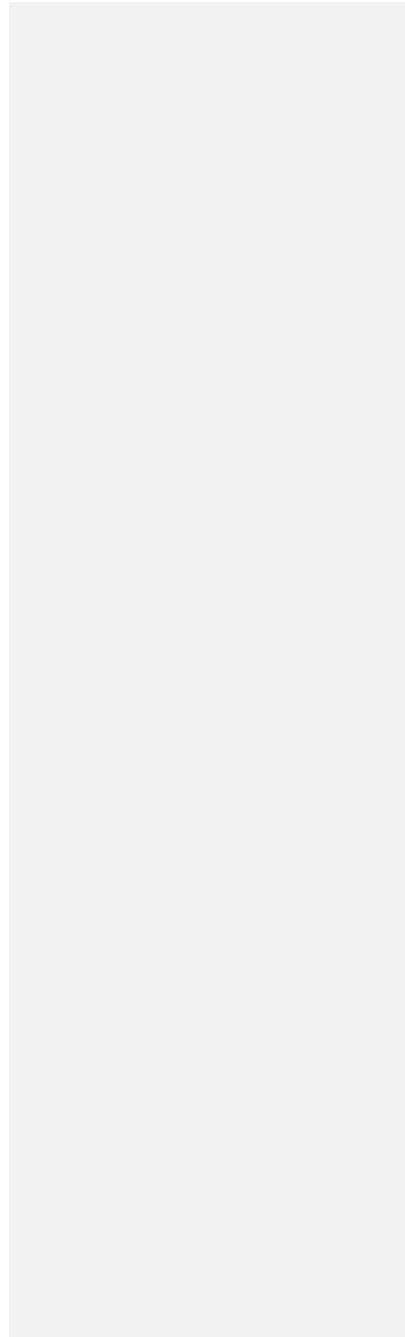
Pesquisadora Responsável

Denise Rinehart

Brasília, ___ de _____ de 2013.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

APÊNDICE C – Quadro de Categorias de Ideias Centrais



Quadro 1 – Categorias de Ideias Centrais agrupadas segundo suas semelhanças e complementariedade, e quantificação de sujeitos que contribuíram na composição destas categorias.

IDEIAS CENTRAIS	CATEGORIAS de IC	Total de Sujeitos p/Categorias
Reafirma a relevância da política específica Reafirma relevância de Política de Ações Afirmativas	1. Reafirma a relevância da PNSIPN	09
Justificativas por condições socioeconômicas e culturais. Justificativa pela necessidade de reparação da dívida sócio-histórica	2. Pertinência pela necessidade de reparação da dívida sócio-histórica	05
Justificativas por condições epidemiológicas ou biológicas ligadas à raça. Justifica por condições epidemiológicas ligadas à raça. Justificativa pelo critério Biológico racial. S8 Justifica pela especificidade racial. Reafirma a relevância pela necessidade de conhecer doenças específicas da raça. Reconhece especificidade racial na determinação do processo saúde-doença. Associa à necessidade de política específica à maior prevalência de algumas doenças às raças e critica poucas ações para elas.	3. Pertinência por condições epidemiológicas e biológicas ligadas à raça	05
Justificativa pela magnitude da população negra Justifica a pertinência das ações pela existência local de população negra A PNSIPN parece importante principalmente para municípios que tem grandes contingentes de população negra	4. Pertinência onde há elevada magnitude da população negra	03

<p>Entendimento da política como específica para comunidades tradicionais negras Reafirma a necessidade de implementação de fato da política para locais e grupos alvos PNSIPN é importante apenas para regiões com aglomerados populacionais negros ou comunidades quilombolas./apenas para localidades e comunidades específicas</p>	<p>5. Direcionamento para grupos negros específicos</p>	<p>06</p>
<p>Papel da PNSIPN como provocadora de uma visão dos gestores sobre o problema. Reafirma a relevância pela necessidade do olhar diferenciado.</p>	<p>6. Política estimula o conhecimento do problema</p>	<p>02</p>
<p>Dificuldade de gestores, sanitaristas e trabalhadores da saúde compreenderem a necessidade de uma política específica Dificuldade de compreensão de trabalhadores da saúde sobre a importância do recorte racial Dificuldade de compreensão da sociedade pode produzir rejeição à PNSIPN como ocorre com as cotas Pesquisas ajudam a compreender diferenças de acesso em função do quesito raça /cor Relata a dificuldade dos trabalhadores compreenderem a necessidade da coleta do quesito raça/cor por autodeclararão</p>	<p>7. Compreensão da necessidade da PNSIPN é restrita</p>	<p>02</p>

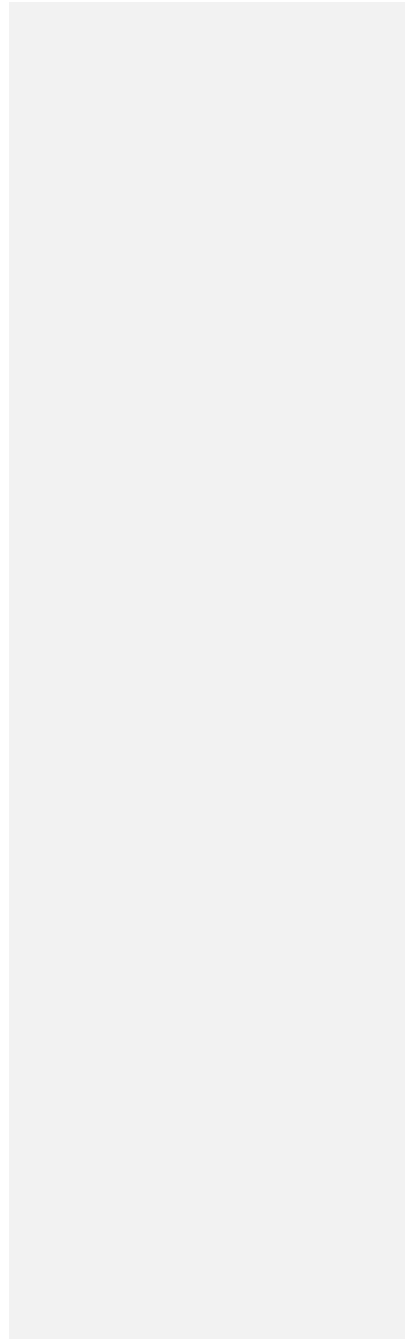
<p>Justificativa pela existência de racismo institucional Reconhece o racismo institucional e na maioria populacional Reconhece a existência de racismo institucional e dificuldade de implantação de ações de inclusão Considera que há dificuldade de falar abertamente sobre racismo e preconceito Necessidade de capacitar os profissionais de saúde para a questão do racismo institucional e da saúde da população negra Relato de ações de capacitação dos trabalhadores para melhorar esta compreensão Parcerias com movimento negro para discutir racismo institucional Doenças de maior prevalência em negros podem criar estigmas sociais</p>	<p>8. Reconhecimento da existência de racismo e de sua expressão institucional</p>	<p>03</p>
<p>Nega o movimento negro como aliado para a efetivação das ações Discriminação racial justificada pela situação socioeconômica Populações que ficam a margem do sistema são problemáticas para a gestão Anuncia ações de saúde independentes do recorte racial Nega ocorrência de diferenças no acesso à saúde por questão racial Crítica à política específica por recorte racial Nega a necessidade de políticas para grupos humanos específicos Afirma como prioridade a oferta de especialidades médicas, o que indiretamente favorece a população negra A atenção à saúde deve ser centrada no indivíduo e no tipo de doença que possui e não na raça Entendimento de ações de saúde para a população negra centradas no indivíduo Entende a atenção à saúde como centrada no indivíduo e minimiza especificidades ao falar de integralidade Conhecimento de doenças específicas de grupos populacionais é importante não apenas para a raça negra Questões de saúde ligadas ao quesito raça/cor se estabelecem exclusivamente pela incidência de doenças específicas Doenças que acometem a população negra são apenas outros tipos de doença que chegam às unidades de saúde A elevada cobertura da ESF e sua rede local e regional de serviços de média e alta complexidade garantem a resolutividade da atenção, o que dispensa a</p>	<p>9. Negativa da questão racial como determinante de diferenças em saúde e acesso aos serviços</p>	<p>06</p>

implementação de ações previstas na PNSIPN		
<p>Aparente contradição entre os princípios de Universalidade e Equidade e uma política específica para a população negra</p> <p>Justifica a falta de agenda devido a aparente contradição entre implementação de política específica e política universal</p> <p>Identifica conflito entre acesso universal e políticas específicas</p> <p>Considera o princípio da universalidade e da igualdade suficiente para dispensar a implementação da PNSIPN</p> <p>Considera a política específica como contraditória com os princípios de integralidade e de igualdade</p> <p>Justificativa de ausência pela dificuldade em lidar com políticas específicas diante da busca de integralidade.</p> <p>Considera o princípio da equidade suficiente para dispensar a implementação da PNSIPN</p> <p>Considera o princípio da integralidade da assistência suficiente para dispensar a implementação da PNSIPN</p> <p>Considera a PNSIPN como uma aplicação prática do princípio da equidade</p> <p>Vê contradição entre o princípio da igualdade e políticas específicas e não diferencia discriminação positiva de negativa</p>	10. Aponta contradição entre os princípios do SUS e a PNSIPN	05
<p>Defende o princípio da igualdade de acesso e aponta para sua conquista.</p> <p>Defende a promoção da igualdade e da inclusão.</p> <p>Reafirma o objetivo da integralidade da Política</p>	11. A PNSIPN é coerente com princípios do SUS	02

PNSIPN representa uma evolução do SUS O SUS deve acolher demandas específicas PNSIPN como resultado e conquista das lutas sociais	12.A PNSIPN como produto de lutas sociais	02
Reconhece dificuldades de implementação e necessidades de adaptação Considera as peculiaridades locais na implementação das políticas Defende a mudança de critérios para contemplar peculiaridades regionais e público alvo Justifica a ausência de ações devido a atitudes de dependência ao Ministério da Saúde Aponta a centralização na implementação das políticas Discordância em relação à elaboração e implementação de políticas específicas Critica o descompasso entre a elaboração centralizada e a implementação municipalizada e pede maior discussão sobre a política na esfera local	13.Críticas à centralização e inadequação das políticas às diferentes realidades	04
Estabelece relação entre PNSIPN e políticas de ações afirmativas	14.PNSIPN entendida como política de ação afirmativa	03
Políticas afirmativas não deveriam ser exclusivas para negros Políticas específicas criam privilégios e sentimentos de injustiça Questiona o impacto negativo das políticas afirmativas ao privilegiar grupos	15.Interpretação de Políticas Afirmativas como privilégio	03
Distingue a PNSIPN das políticas afirmativas. As políticas específicas devem constar do plano municipal	16.Distinção entre PNSIPN e políticas de ações afirmativas	04

<p>A condução da PNSIPN é errônea, seja pela insuficiência de recursos financeiros ou pela má aplicação</p> <p>Dificuldade devido ao baixo financiamento</p> <p>Justifica a ausência por dificuldades como planejamento, financiamento e recursos humanos</p> <p>Justificativa de ausência por escassez de recursos</p> <p>Justificativa de ausência por falta de recursos humanos</p> <p>Dificuldade devido à necessidade de investimento em estrutura física e recursos humanos</p> <p>Aponta como dificuldade a falta de apoio para promover ações intersetoriais voltadas à População Negra</p>	17. Dificuldade de implementação por escassez de recursos	04
<p>Justifica a ausência por hábito de orientar a gestão às demandas espontâneas e assistência</p> <p>Justificativa de ausência em função de demandas que ultrapassam o município</p> <p>Justificativa de ausência pela necessidade de implementação de outras ações prioritárias</p>	18. Foco em outras prioridades	01
<p>Usa de criatividade para superar a dificuldade do baixo financiamento</p> <p>Priorização de ações de baixo custo</p> <p>Aponta como facilidade a existência de ações de baixo custo, em especial a capacitação e conscientização dos trabalhadores</p>	19. Estratégias de superação baseada na escolha de ações de baixo custo.	02
<p>Relata resultados positivos em diagnóstico e tratamento da anemia falciforme e na saúde da mulher negra</p> <p>A assistência para anemia falciforme, como exemplo de ação autônoma do município e mobilização de recursos próprios</p> <p>Ação específica para anemia falciforme, entendimento ligado a doenças específicas da raça</p>	20. Ações exclusivas para anemia falciforme	03

<p>Nega agenda de implementação das ações, embora haja consciência da relevância do tema Confessa a ausência de ações ainda que reconheça a necessidade Nega agenda de implementação das ações, embora tenha sido proposto no plano municipal Inclusão das políticas específicas no plano estadual Justifica de ausência pelo atual estágio de desenvolvimento do SUS</p>	<p>21. Nega agenda e implementação embora reconheça relevância da política</p>	<p>04</p>
<p>Nega a implementação da PNSIPN Nega agenda de implementação das ações Nega agenda de implementação das ações e resultados relacionados à saúde da população negra</p>	<p>22. Nega implementação da PNSIPS</p>	<p>09</p>
<p>Não vê necessidade de implementação de ações da PNSIPN Nega necessidade da PNSIPN em seu município em função de pequena extensão do município Nega implementação Justificada pela baixa magnitude da população negra Nega implementação justificada pela falta de convívio cotidiano com o problema</p>	<p>23. Justifica a falta de necessidade da PNSIPN em sua localidade</p>	<p>03</p>
<p>Consta da agenda programada de implementação das ações previstas na PNSIPN a inclusão do quesito raça/cor nos formulários. Afirma uma agenda já posta em execução para curto e longo prazo Existe um indicativo de formular uma agenda em curto prazo para implementação das ações previstas na PNSIPN que serão incluídas no Plano Municipal de Saúde Afirma intenção de implementar política Afirma divisão de tarefas entre equipes do PSF para inclusão da observação do quesito raça cor nos demais programas Implementação de ações da PNSIPN por meio de uma secretaria específica Defende a implementação e Divulgação ações previstas na PNSIPN</p>	<p>24. Relato de Agendas de implementação</p>	<p>04</p>



**APÊNDICE D – QUADROS DE RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DOS ROTEIROS ORGANIZADAS SEGUNDO
IC, ECH E AC.**

Quadro 2 – Transcrição das respostas dos sujeitos à questão 1, organizadas em ideias centrais, expressões chaves e ancoragem.

QUESTÃO 1: Qual sua opinião sobre a pertinência social de uma política específica para a população negra?		
SUJEITO 1		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância	Eu acho que é importante	
Defende a mudança de critérios para contemplar peculiaridades regionais e público alvo	os critérios dessa política tem que ser modificados(...) E às vezes não contemplam as regiões (...) (...) e realmente as vezes não contempla também o público alvo.	
Aponta a centralização na implementação das políticas	Muitas vezes as políticas são implementadas aqui pelo governo federal sem olhar as peculiaridades de cada região	
Eu acho que é importante, mas os critérios dessa política tem que ser modificados. Muitas vezes as políticas são implementadas aqui pelo governo federal sem olhar as peculiaridades de cada região. E as vezes não contempla as regiões e realmente as vezes não contempla também o público alvo.		
SUJEITO 2		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância	“Eu penso que a política é pertinente, porque existe uma especificidade, uma peculiaridade referente à população negra (...)” “(…) em algumas situações você tem que ter a especificidade, e eu penso que a política voltada, é... em cima da população negra, é uma política que tem razão de ser, e ela deve ser implementada.”	
Justificativas por condições socioeconômicas e culturais	“(…) uma peculiaridade referente à população negra tanto do processo mesmo de vida, como cultura(…)”	
Justificativas por condições epidemiológicas ou biológicas ligadas à raça.	“(…) como na evolução do processo saúde doença mesmo (...)” “Têm algumas doenças mais prevalentes e mais incidentes dentro da própria população.”	

Justificativa pela magnitude da população negra.	“(…)tendo em vista a grande população negra que existe em todo território nacional. (...)”	
Papel da PNSIPN como provocadora de uma visão dos gestores sobre o problema.	“Então eu penso que tem que haver mesmo até pra despertar o olhar de todos os gestores do SUS, dos três entes federados.”	
<p>Eu penso que a política é pertinente, porque existe uma especificidade, uma peculiaridade referente à população negra tanto do processo mesmo de vida, como cultura, também como na evolução do processo saúde doença mesmo. Têm algumas doenças mais prevalentes e mais incidentes dentro da própria população. Fora, vamos dizer assim, muitas políticas são bem abrangentes, tá certo, mas em algumas situações você tem que ter a especificidade, e eu penso que a política voltada, é... em cima da população negra, é uma política que tem razão de ser, e ela deve ser implementada, tendo em vista a grande população negra que existe em todo território nacional, tá certo? E muitas vezes nós até, não diria assim sonhando, não seria isso. São tantas as demandas que existem em cima, e as vezes algumas necessidades específicas ficam em segundo plano. Então eu penso que tem que haver mesmo até pra despertar o olhar de todos os gestores do SUS, dos três entes federados.</p>		
SUJEITO 3		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância	“Acho extremamente importante (...)”	
Justificativa pela necessidade de reparação da dívida sócio-histórica.	“(…) em função da correção da dívida histórica com a população negra,(...)”	
Justificativas por condições epidemiológicas ou biológicas ligadas à raça.	“ (...) existe uma diferença, por raça, do comportamento dessas doenças, tipo a Tuberculose, a Hipertensão (...)”	
Justificativa pela existência de racismo institucional.	“(…) mas principalmente pela questão do racismo <i>intrínseco</i> (institucional)”	
	“Os negros têm dificuldade de ter acesso ao serviço de saúde. Eles têm parece que uma “dificultação”, e é claro que é por causa do racismo <i>intrínseco</i> (institucional).”	
	“Os negros, apesar de ser o maior contingente da população na Atenção Básica nos locais mais pobres, têm dificuldade de ter acesso ao serviço de saúde.”	
Dificuldade de gestores, sanitaristas e	É difícil pra nós compreendermos isso, gestores e até	

trabalhadores da saúde compreenderem a necessidade de uma política específica.	sanitaristas.	
	Eu tive alguma dificuldade pra entender isso	
	Boa parte dos trabalhadores de saúde não entende porque tu tens que fazer uma política específica para uma parcela da população estratificando pelo quesito raça cor	
Aparente contradição entre os princípios de Universalidade e Equidade e uma política específica para a população negra.	O SUS ele é universal, então ele deve garantir o acesso universal a todas as pessoas.	
	O SUS trabalha com a equidade, quer dizer e a gente vai ver dentro desta equidade a população mais pobre, as populações mais necessitadas que entre elas têm negros e têm brancos.	
Pesquisas ajudam a compreender diferenças de acesso em função do quesito raça /cor	“Passei a entender isso a partir do momento que eu assisti uma pesquisa apresentada de saúde da população negra, aonde falava da diferença de oferta de serviços e da dificuldade de acesso da População negra em Unidades Básicas de Saúde”	
Necessidade de capacitar os profissionais de saúde para a questão do racismo institucional e da saúde da população negra.	“Isso tem que ser trabalhado com profissional de saúde, a parte histórica da dívida com a população negra, a questão da vulnerabilidade e esse negócio do racismo <i>intrínseco</i> ” (institucional).	
Eu acho extremamente importante em função da correção da dívida histórica com a população negra. É claro que assim ó, é difícil para nós entendermos isso, gestores e até sanitarias, boa parte dos trabalhadores de saúde não entendem porque tu tens que fazer uma política específica para uma parcela da população estratificando pelo quesito raça cor. Porque o SUS ele é universal, então ele deve garantir o acesso universal a todas as pessoas. E o SUS trabalha com equidade, quer dizer e a gente vai ver dentro desta equidade a população mais pobre, as populações mais necessitadas que entre elas tem negros e tem brancos. E acho que isso não foi bem entendido e bem digerido pelo conjunto das pessoas, trabalhadores, gestores, salvo aquelas pessoas que tem militância nas questões de saúde da população negra. Essas entenderam. Eu vou te dizer eu tive alguma dificuldade pra entender isso. Eu passei a entender isso a partir do momento que eu assisti aqui no Conselho Nacional de Saúde a uma pesquisa apresentada, não lembro quem era a pessoa, foi numa dessas discussões de saúde da população negra, aonde ele falava da		

diferença de oferta de serviços e da dificuldade de acesso da População negra em Unidades Básicas de Saúde. Não foi o F., foi um militante do movimento negro. Onde ele falava isso: que os negros, apesar de tá lá, de serem o maior contingente da população na Atenção Básica nos locais mais pobres, os negros têm dificuldade de ter acesso ao serviço de saúde. Eles têm parece que uma “dificultação”, e é claro que é por causa do racismo intrínseco. Então, isso tem uma lógica, não é só pela questão das doenças próprias que atingem mais o negro, tipo a Tuberculose, a Hipertensão isso tudo tem que ser levado em consideração, isso tem que ser reforçado nos profissionais que atendem, que existe uma diferença, por raça, do comportamento dessas doenças, mas principalmente pela questão do racismo intrínseco, só que isso não é bem trabalhado com as pessoas, isso não é bem divulgado, porque todos nós achamos que não somos racistas dificilmente alguém assume que é racista mas esse comportamento ele existe, ele existe tanto que foi comprovado pela pesquisa e acho que isso tinha que ser mais divulgado isso tem que ser trabalhado com profissional de saúde, não só toda a parte histórica da dívida com a população negra mas a questão da vulnerabilidade e tentar superar esse negócio do racismo intrínseco.

SUJEITO 4		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância	“Eu concordo.”	
Justificativa por condições epidemiológicas e sociais ligadas à raça.	“Eu acho que a população negra do país, além dos critérios epidemiológicos sociais”.	
Justificativas por condições biológicas ligadas à raça	existe outros critérios biológicos, Teria que fazer um estudo a respeito das doenças mais prevalentes da população negra.	Modelo centrado nas doenças.
Justificativa por reparação sócio-histórica	existe um grande débito social com a população negra, você tá inserindo toda uma parte da população que ficou a margem da sociedade a população que ficou a margem da sociedade desde a criação do próprio país.	
Eu concordo. Eu acho que a população negra do país, além dos critérios epidemiológicos sociais, existe outros critérios biológicos aí, que teria que fazer um estudo a respeito, das doenças mais prevalentes da população negra. Mas eu acho que existe um grande debito social com a população negra, então eu acho que a realização de fazer uma política de saúde especifica ou direcionada a população negra você tá inserindo toda uma parte da população que ficou a margem da sociedade desde a criação do próprio país.		

SUJEITO 5		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância pela necessidade de conhecer doenças específicas da raça.	<p>“Mas, a política pertinente da população negra ela é muito importante conhecer as doenças específicas dessa população.”</p> <p>“Mas doenças específicas e determinantes dessa população nós tentamos resolver através de programas.”</p>	
Conhecimento de doenças específicas de grupos populacionais é importante não apenas para a raça negra.	“(…) estamos fazendo todo levantamento epidemiológico de todas as populações, não só da negra, pra ver se tem doenças específicas dessa população.”	
A PNSIPN parece importante apenas para municípios que tem grandes contingentes de população negra.	“(…) no Brasil inteiro tem vários tipos de municípios, o nosso município a predominância não é uma população negra, nós temos muitos sulistas, é uma miscigenação de raças, não temos índios.”	
Nega ocorrência de diferenças no acesso à saúde segundo recorte racial	“(…) quanto à questão de fila, a questão do atendimento, de medicamento, nós temos uma política igualitária pra toda população.”	Princípio da igualdade do SUS
Afirma como prioridade a oferta de especialidades médicas, o que indiretamente favorece a população negra.	<p>“Pelo histórico desse município, nós demos ênfase principalmente a quantidade de especialistas, que não tinham algumas especialidades, dermatologista, que tem algumas doenças específicas até da população negra sobre isso (…)”</p> <p>“(…) a gente tá incluindo agora algumas especialidades até pra ter um tratamento diferenciado de alguns pacientes que formam a população negra nesse motivo.”</p>	Modelo centrado nas doenças e em médicos especialistas.
Então assim, no Brasil inteiro tem vários tipos de municípios, o nosso município a predominância não é uma população negra, nós temos muitos sulistas, é uma miscigenação de raças, não temos índios. Mas a política pertinente da população negra ela é muito		

importante conhecer as doenças específicas dessa população. É... quanto à questão de fila, a questão do atendimento, de medicamento, nós temos uma política igualitária pra toda população. Mas doenças específicas e determinantes dessa população nós tentamos desenvolver através de programas. Estou assumindo um município novo agora, no município que eu estava a gente tinha algumas ações. Nesse município novo nós estamos fazendo todo levantamento epidemiológico da todas as populações, não só da negra, pra ver se tem doenças específicas dessa população pra ser tratada de maneira diferente dessa população. Pelo histórico desse município, nos demos ênfase principalmente a quantidade de especialistas, que não tinha algumas especialidades, dermatologista, que tem algumas doenças específicas até da população negra sobre isso, que a gente tá incluindo agora algumas especialidades até pra ter um tratamento diferenciado de alguns pacientes que formam a população negra nesse motivo.

SUJEITO 6

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância geral para o país e regiões específicas.	<p>“Eu acho que num país continental que nem o Brasil políticas como essas são realmente importantes.”</p> <p>“Mas olhando a nível estadual a gente percebe que algumas regiões isso é importante.”</p>	
PNSIPN é importante apenas para regiões com aglomerados populacionais negros ou comunidades quilombolas.	<p>“Então às vezes um bairro pequeno de uma grande cidade de um município (...)”</p> <p>“(...) estamos em uma região que não tem quilombola, (...), a gente não tem essa percepção de uma necessidade de uma política específica.”</p> <p>“(...) na minha região especificamente, é totalmente desnecessário uma política dessas.”</p> <p>“Não implementamos a política do negro ou a política do índio porque não temos esses aglomerados.”</p>	
Nega a necessidade de políticas para grupos humanos específicos	<p>“(...) a gente não tem essa percepção de necessidade de uma política específica, pra uma área, para uma classe ou outra de pessoas.”</p> <p>“(...) você deveria fazer diferente, integrar, desenvolver políticas para poder permitir o mesmo acesso igualitário para todos.”</p>	
Nega existência de diferença de acesso	“Porque tratamos todos da mesma forma, (...) fazemos uma	

por questão racial	política natural.”	
Populações que ficam a margem do sistema são problemáticas para a gestão	“São consideradas como problemas para a gestão municipal, problemas na hora do atendimento, porque não integram, que trazem só problemas pra gestão (...)”	
<p>Eu acho que num país continental que nem o Brasil políticas como essas são realmente importantes. Falando da minha experiência, da minha atuação na minha região, na minha micro região, embora tenha 42 mil habitantes, ela tá lá no sul do estado e é referência para 24 municípios. Também parece muito, mas é uma população total de 280 mil hab. Então às vezes um bairro pequeno de uma grande cidade de um município, por exemplo a capital, que tem lá 2 milhões de habitantes. Então assim, na minha região especificamente, é totalmente desnecessário uma política dessas. Porque tratamos todos da mesma forma ,é... estamos em uma região que não tem quilombola, que não tem população indígena, né, não tem assim, aglomerados, sem terras, então assim, a gente não tem essa percepção de uma necessidade de uma política específica, pra uma área, para uma classe ou outra de pessoas. Mas fazemos uma política natural. Não implementamos a política do negro ou a política do índio porque não temos esses aglomerados. Mas olhando a nível estadual, estado de Minas, a gente percebe que algumas regiões isso é importante, porque essas populações ficam a margem do sistema. São consideradas como problemas para a gestão municipal, problemas na hora do atendimento, porque não integram, que trazem só problemas pra gestão, ao passo que você deveria fazer diferente, integrar, desenvolver políticas para poder permitir o mesmo acesso igualitárias para todos.</p>		
SUJEITO 7		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Compreende a relevância da PNSIPN apenas para localidades e comunidades específicas	“tudo que existe de política pra uma determinada população, (...), e que seja trabalhada relativamente com essa população em determinadas localidades, em determinados quilombolas isso eu acho super interessante.” “no meu estado, que eu saiba, só existem duas comunidades quilombolas”	
Reafirma a necessidade de implementação de fato da política para locais e grupos alvos.	(...) O sentido faz, desde que vc aja. Não adianta você ter uma política na área da saúde sem ação, só no papel, não adianta. (...)	
Tudo que o Ministério da Saúde, tudo que existe de política pra uma determinada população, e que de fato essa política seja efetuada com eficiência, com eficácia, e que seja trabalhada relativamente com essa população em determinadas localidades, em determinados quilombolas isso eu acho superinteressante. E vejo que, e vejo que, no meu estado a gente, que eu saiba, só existem		

duas comunidades quilombolas. Uma no município de P.F., e outra me parece no município de A. No município de P.F. num povoado chamado C., e no município de A. chamado C.N. E até hoje, pelo pouco conhecimento que eu tenho, não existem evidências de um trabalho ligado diretamente com essa população negra nessas duas regiões específicas do meu estado. A questão é o seguinte. O sentido faz desde que você aja. Não adianta você ter uma política na área da saúde sem ação, só no papel, não adianta. No meu estado infelizmente, eu acho que não existe praticamente ação nenhuma com relação a esse grupo de quilombolas, a meu conhecimento, não.

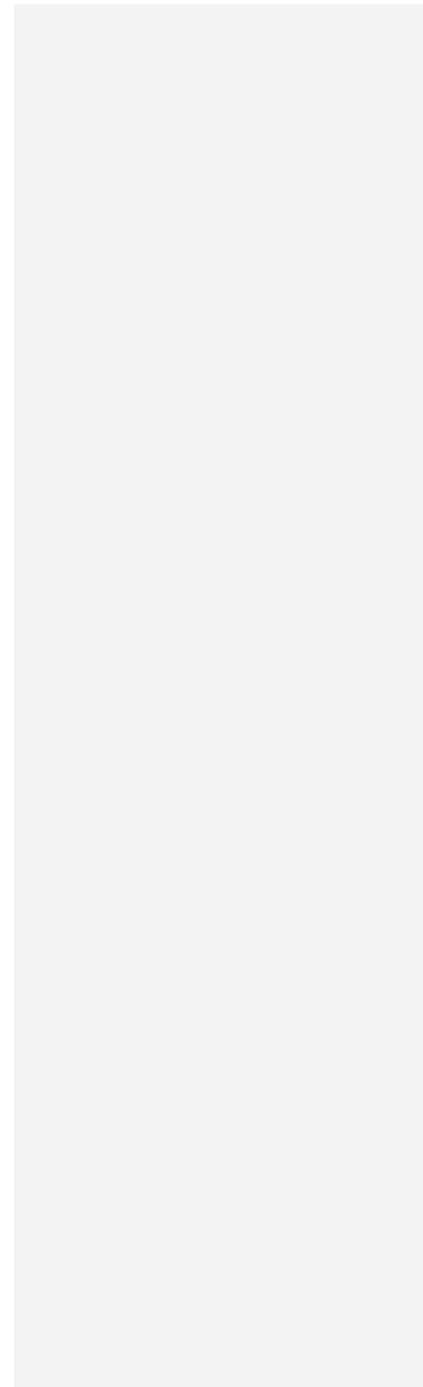
SUJEITO 8		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância	<p>“ Eu acredito que é de suma importância, fomos extremamente favoráveis à criação desta política, à elaboração e a esse desenvolvimento,(...)”</p> <p>“Então a política é de extrema importância, é ... eu acho que é extremamente pertinente,(...)”</p>	
Justifica por condições epidemiológicas e biológicas	“é... no caso específico da população negra, algumas doenças que só atingem, ou melhor, que atingem com muito maior incidência devido a raça e a cor, né, (...)”	
Reconhece especificidade racial na determinação do processo saúde-doença.	(...) tem essa necessidade por ter especificidades próprias, necessidades e peculiaridades que existem, é...no caso específico da população negra,(...)	
PNSIPN representa uma evolução do SUS	“ eu acho que isso é uma evolução que o Sistema Único e Saúde já está oferecendo a determinado segmentos”	
PNSIPN como resultado e conquista de lutas sociais.	<p>“ (...) acima de tudo é uma conquista que a população teve frente as suas lutas de tantos anos junto dos conselhos, dos movimentos que estão disparados em várias partes do país, (...)”</p> <p>“(...) nós não podemos deixar de colocar que é uma conquista que a população(...) devido às deficiências que eles mesmos encontraram, tiveram como ganho para eles.”</p>	
Dificuldade de compreensão de trabalhadores da saúde sobre a	“(...) os atores que atuam na atenção, tanto primária, quanto secundária e terciária do sistema único ou público de saúde,	

importância do recorte racial	não estão aptos e capacitados a ter este olhar diferenciado.”	
Reconhece dificuldades de implementação e necessidades de adaptação	e com alguns vieses de dificuldade , é claro, de inserção, de adaptação e mesmo de implantação nos estados, nos municípios, de uma maneira geral.	
<p>Eu acredito que é de suma importância, fomos extremamente favoráveis à criação desta política, à elaboração e a esse desenvolvimento, e eu acho que isso é uma evolução que o Sistema Único e Saúde já está oferecendo a determinados segmentos que tem essa necessidade por ter especificidades próprias, necessidades e peculiaridades que existem, é... no caso específico da população negra, algumas doenças que só atingem, ou melhor, que atingem com muito maior incidência devido a raça e a cor, né, e que o sistema, ou os atores que atuam na atenção, tanto primária, quanto secundária e terciária do sistema único ou público de saúde, não estão aptos e capacitados a ter este olhar diferenciado . Então a política é de extrema importância, é ... eu acho que é extremamente pertinente, e com alguns vieses de dificuldade , é claro, de inserção, de adaptação e mesmo de implantação nos estados, nos municípios, de uma maneira geral. Mas é pertinente, necessário, e acho que acima de tudo é uma conquista que a população teve frente as suas lutas de tantos anos junto dos conselhos, dos movimentos que estão disparados em várias partes do país, algumas cidades em maior número com movimentos mais articulados, mais organizados, mas de uma forma geral nós não podemos deixar de colocar que é uma conquista que a população, devido às deficiências que eles mesmos encontraram, tiveram como ganho para eles.</p>		
SUJEITO 9		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância	“Primeiro dizer da pertinência”	
Justifica pela necessidade de reparação sócio-histórica	“A pertinência, eu acho que é uma dívida que nós estamos pagando de algum tempo atrás.”	
	“A pertinência que eu me refiro, é o pagamento de uma dívida que nos temos há algum tempo, de se tomar atitudes propositivas específicas de uma política de saúde que atinge uma população que há algum tempo ela vinha sendo marginalizada.”	
Justificativa pela magnitude da população negra.	“um país, que tem uma inserção muito grande de afrodescendentes.”	
	“Você pode imaginar nós temos municípios dentro da microrregião que eu moro e que eu trabalho e	

	que tive a oportunidade de ser secretário em três, dos nove municípios que tem lá na região que seguramente mais de 70 % da população é de afrodescendente.”	
Considera a PNSIPN como uma aplicação prática do princípio da equidade	“E aí agente pode inserir a equidade como papel fundamental em qualquer elaboração e em qualquer planejamento de políticas específicas pra uma população.”	Princípios orientadores do SUS.
<p>Bem, primeiro dizer da pertinência, a pertinência, eu acho que é uma dívida que nos estamos pagando de algum tempo atrás. Não é possível um país, que tem uma inserção muito grande de afrodescendentes, e eu me coloco bem à vontade pra colocar a representação, que eu tenho município e o meu estado está inserido principalmente numa região onde a maior parte da população negra escolheu pra ficar. Você pode imaginar nós temos municípios dentro da microrregião que eu moro e que eu trabalho e que tive a oportunidade de ser secretário em três, dos nove municípios que tem lá na região. Nós temos os municípios de C.M. e C.P. que seguramente mais de 70 % da população é de afrodescendente. A pertinência que eu me refiro, é o pagamento de uma dívida que nos temos há algum tempo, de se tomar atitudes propositivas específicas de uma política de saúde que atinge uma população que há algum tempo ela vinha sendo marginalizada. E aí agente pode inserir a equidade como papel fundamental em qualquer elaboração e em qualquer planejamento de políticas específicas pra uma população.</p>		
SUJEITO 10		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Discriminação racial justificada pela situação socioeconômica	O negro por si só ele é excluído, porque a maioria dos negros é humilde, de menor poder aquisitivo.	
Reconhece o racismo institucional e na maioria populacional	O processo do acolhimento, o negro tem dificuldade no acolhimento. Quando chega um negro, a nossa população ela ainda é discriminatória, não adianta, ela discrimina.	
	Nem todos os gestores e nem todos os trabalhadores tem a consciência que todos são iguais.	
	Na minha região principalmente que é a região de maior domínio da etnia alemã, italiana, polonesa, tem uma certa dificuldade.	

	<p>A política, não só na saúde, eu acho que a política de inclusão da população negra, (...) ainda tem a questão racial muito acentuada.</p> <p>E nós ainda temos muito da cultura colonial “aqueles são os alemães, aqueles são os negros, aqueles são os índios”. E isso é que faz com que haja distinção, não é, entre os povos, entre as raças.</p>	
<p>Defende a promoção da igualdade e da inclusão</p>	<p>Eu acho que... O que precisa é criar uma conscientização da cultura da igualdade.</p> <p>E se nós fizermos um trabalho voltado, toda política nacional for trabalhada com a inclusão, e a inclusão não se faz a não ser realmente buscando reduzir as diferenças.</p> <p>No nosso município nós trabalhamos muito com o princípio da igualdade por equipe, o princípio da igualdade direto.</p> <p>Mas específico, a campanha de trabalho eu acho que a mídia deve fazer que o Ministério deve fazer, que o Brasil deve fazer é e fazer adotar o princípio da igualdade.</p> <p>não são diferenças intelectuais, são diferenças de pele.</p> <p>Porque a hora que a população negra tiver o mesmo direito de igualdade, no momento que a cor não for mais importante, se prova que todos realmente são iguais.</p> <p>a inclusão não se faz a não ser realmente buscando reduzir as diferenças</p> <p>É importante a política das cotas, acho que é importantíssimo isso, mas não pode ser permanente, tem que ter um limite, porque daqui um pouco ele começa a excluir os outros.</p> <p>O Brasil tem 500 anos, mas ele tem um bom trabalho</p>	<p>Reafirma o princípio da igualdade</p>

	pela frente pra mostrar o direito da igualdade	
Justificativa por reparação sócio-histórica	Infelizmente tem que ter a política racial, tem que ter a política de inclusão racial, porque nós não criamos nesses 500 anos o espírito humano de ver que todos são iguais.	
<p>Bom, é...eu sou, eu posso falar um pouquinho, viu? Eu sou, a minha mãe de leite é negra, tá? Na verdade, assim, a política da população negra ... a política de saúde ela é uma política assim, a política da população negra ela é uma política, como eu vou dizer, pelo menos no meu município, onde eu trabalho. Eu já trabalhei em quatro municípios, dois que tem uma grande população negra. O negro por si só ele é excluído, porque a maioria dos negros são humildes, de menor poder aquisitivo, e a política enfrentada hoje na maioria dos municípios ela deveria ser igual pra todos. O processo do acolhimento, o negro tem dificuldade no acolhimento. Quando chega um negro, a nossa população ela ainda é discriminatória, não adianta, ela discrimina. Nem todos os gestores e nem todos os trabalhadores tem a consciência que todos são iguais. Na minha região principalmente que é a região de maior domínio da etnia alemã, italiana, polonesa, tem uma certa dificuldade. A política, não só na saúde, eu acho que a política de inclusão da população negra, é ruim de dizer isso num país livre, né mas ainda tem a questão racial muito acentuada. Eu acho que... O que precisa é criar uma conscientização da cultura da igualdade. E se nós fizermos um trabalho voltado, toda política nacional for trabalhada com a inclusão, e a inclusão não se faz a não ser realmente buscando reduzir as diferenças. Temos que reduzir as diferenças, que não são diferenças intelectuais, são diferenças de pele. Porque a hora que a população negra tiver o mesmo direito de igualdade, no momento que a cor não for mais importante, se prova que todos realmente são iguais.</p> <p>No nosso município nós trabalhamos muito com o principio da igualdade por equipe, o principio da igualdade direto. E temos essa resistência bastante. E na nossa região não é só a questão do negro com, nós temos a questão, por ter proximidade com outro país, a questão das etnias, a questão da. Castelhana é espanhol, também é discriminado, filho de descendente de espanhol de país vizinho, tbem é discriminado. Mas específico, a campanha de trabalho eu acho que a mídia deve fazer que o Ministério deve fazer, que o Brasil deve fazer é e fazer adotar o principio da igualdade. É importante a política das cotas, acho que é importantíssimo isso, mas não pode ser permanente, tem que ter um limite, porque daqui um pouco ele começa a excluir os outros. O Brasil tem 500 anos, mas ele tem um bom trabalho pela frente pra mostrar o direito da igualdade, o direito democrático de incluir o povo brasileiro com uma só população. E nós ainda temos muito da cultura colonial "aqueles são os alemães, aqueles são os negros, aqueles são os índios". E isso é que faz com que haja distinção, não é, entre os povos, entre as raças. O povo brasileiro, não é a raça negra. Infelizmente tem que ter a política racial, tem que ter a política de inclusão racial, porque nós não criamos nesses 500 anos o espírito humano de ver que todos são iguais.</p>		



Quadro 3 – Transcrição da resposta dos sujeitos à questão 2, organizadas em ideias centrais, expressões chaves e ancoragem

Questão 2: Qual sua opinião sobre a relação entre políticas de ações afirmativas e a PNSIPN?		
SUJEITO 1		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
A condução da PNSIPN é errônea, seja pela insuficiência de recursos financeiros ou pela má aplicação	Eu vejo que as políticas voltadas diretamente à população negra. A própria condução dela é uma condução errônea.	
	Muitas vezes você, o governo as vezes deixa de investir, ou as vezes investe mal em determinadas situações.	
Discordância em relação à elaboração e implementação de políticas específicas.	Acho que as políticas elas tem que ser adotadas de uma forma geral.	
	criarmos alguma política especifica a alguma área, e muitas vezes a gente não consegue fazer com que aquela política seja implementada e	
	Nós não podemos enfocar só em áreas específicas, nós temo que enfocar de uma forma geral porque muitas vezes a gente não consegue, se fizermos só a forma especifica, muitas vezes nós não vamos alcançar.	
	não consegue fazer com que aquela política seja implementada e alcançar o público que tem que realmente alcançar.	
	Então eu entendo que essa política ela tem que ser revista, muitas vezes nós temos que rever essas políticas, não só da população negra, de outras situações que a gente precisa rever.	
Então acho que tem que ser melhorado o sistema da política pública no Brasil, da saúde pública.		
Eu vejo que as políticas voltadas diretamente à população negra. Ela... muitas vezes ela... A própria condução dela é uma condução errônea. Muitas vezes você, o governo as vezes deixa de investir, ou as vezes investe mal em determinadas situações. Acho que as políticas elas tem que ser adotadas de uma forma geral. Eu vejo que às vezes eles tentam, eu digo eles né, até nós porque nós fazemos parte também, criarmos alguma política especifica a alguma área, e muitas vezes a gente não consegue fazer com que aquela política seja implementada e alcançar o público que tem que realmente alcançar. Então eu entendo que essa política ela tem que ser revista, muitas vezes nós temos que rever essas políticas, não só da população negra, de outras situações que a gente precisa rever. Então acho que tem que ser melhorado o sistema da política pública no Brasil, da saúde pública. Nós não podemos		

enfocar só em áreas específicas, nós temo que focar de uma forma geral porque muitas vezes a gente não consegue, se fizermos só a forma específica, muitas vezes nós não vamos alcançar.

SUJEITO 2

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Distingue a PNSIPN das políticas afirmativas.	Eu penso que são duas coisas distintas	
Justifica a PNSIPN pela especificidade racial	Eu penso que a Política da população negra vai pela necessidade específica desta categoria mesmo, tá certo. uma situação de priorização de um olhar pela particularidade que essa população exige.	
Reafirma a relevância da PNSIPN	Então eu penso que ela é uma política assim essencial Então todo tipo de política nesse tipo de segmento, tem razão de ser.	
Justifica a PNSIPN pela magnitude da População Negra	devido a questão da abrangência e da totalidade que existe da população sim	
Justificativa a PNSIPN pela necessidade de reparação da dívida sócio-histórica.	o Brasil vem com a situação há muito tempo já é uma população, vamos dizer assim, afirmativa em todos os aspectos, desde nosso nascimento e descobrimento até hoje.	
O SUS deve acolher demandas específicas	Eu penso que o SUS tem esse tipo de olhar.	

Eu penso que são duas coisas distintas, né. Eu penso que a Política da população negra vai pela necessidade específica desta categoria mesmo, tá certo. Então eu penso que ela é uma política assim essencial, devido a questão da abrangência e da totalidade que existe da população sim. E essas outras políticas são mais pontuais, tá certo, mais de caráter as vezes até transitório as vezes, dependendo do momento, da situação. E da população negra, não. Teoricamente, né, o Brasil vem com a situação há muito tempo, já é uma população, vamos dizer assim, afirmativa em todos os aspectos, desde nosso nascimento e descobrimento até hoje. Eu penso que o SUS, tá certo, tem esse tipo de olhar. Então todo tipo de política nesse tipo de segmento, tem razão de ser. Só que a população negra, né, ela já é muito, além disso, e às vezes a gente não tem um olhar assim voltado justamente no cuidado desse tipo de situação. Agora, outras políticas afirmativas muitas vezes dependem da situação que se encontra. Agora específico da população negra, não, é uma situação de priorização de um olhar pela particularidade que essa população exige.

SUJEITO 3

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Estabelece relação entre as duas políticas	Na verdade eu acho que a própria política de saúde da população negra é uma política afirmativa	
Dificuldade de compreensão da sociedade pode produzir rejeição à PNSIPN como ocorre com as cotas	ela tem que ser melhor trabalhada entre as pessoas pra que não haja, da mesma maneira da política de cotas que existe uma reação muito grande por parte das pessoas com relação a política de cotas, a política de saúde da população negra ela pode ser vista dessa forma.	
Políticas específicas criam privilégios e sentimentos de injustiça.	daqui a pouco, eu vou entrar numa Unidade Básica de Saúde dentro de um Conselho Local de Saúde onde tem a população e eles vão perguntar porque eu tenho que ter alguma coisa direcionada para o negro? Porque que o ...eu vou ter uma atenção diferenciada pro negro que eu não vou ter uma atenção diferenciada pra os outros... pras outras raças etnias que compõe a população.	
Crítica o descompasso entre a elaboração centralizada e a implementação municipalizada e pede maior discussão sobre a política em nível local.	Então e isso precisa ser bem discutido, não dá pra fazer a implementação desta política de cima pra baixo.	
	Não dá pra chegar e vou aprovar no Conselho Municipal de Saúde sem ter uma discussão com as pessoas a implementação da saúde da população negra. Porque vai ter uma discussão.	
	Eu acho que a gente tá num nível de discussão a nível central com as pessoas que pensam, e que tem um acúmulo, e aí tu cria uma determinada política que ela tem que descer e que ela tem que ser implementada a partir do município a partir da Unidade de Saúde.	
	tá num nível de discussão a nível central com as pessoas que pensam, e que tem um acúmulo, e aí tu cria uma determinada política que ela tem que descer e que ela tem que ser implementada a partir do município a partir da Unidade de Saúde com as pessoas que tão lá e que não tem esse acumulo de discussão e não tem esse grau de compreensão das coisas	
Na verdade eu acho que a própria política de saúde da população negra é uma política afirmativa, ela é uma política afirmativa, mas como eu falei antes ela tem que ser melhor trabalhada entre as pessoas pra que não haja, da mesma maneira da política de cotas que existe uma reação muito grande por parte das pessoas com relação a política de cotas, a política de saúde da população negra ela pode ser vista dessa forma. Ela pode ser daqui a pouco, eu vou entrar numa Unidade Básica de Saúde dentro de um Conselho		

Local de Saúde onde tem a população e eles vão perguntar porque eu tenho que ter alguma coisa direcionada para o negro? Porque que o. eu vou ter uma atenção diferenciada pro negro que eu não vou ter uma atenção diferenciada pra os outros... pras outras raças etnias que compõe a população. Então e isso precisa ser bem discutido, não dá pra fazer a implementação desta política de cima pra baixo. Não dá pra chegar e vou aprovar no Conselho Municipal de Saúde sem ter uma discussão com as pessoas a implementação da saúde da população negra. Porque vai ter uma discussão. Eu acho que a gente tá num nível de discussão, muitas vezes isso acontece com quase tudo né, tá num nível de discussão a nível central com as pessoas que pensam, num é, e que tem um acúmulo, e aí tu cria uma determinada política que ela tem que descer e que ela tem que ser implementada a partir do município a partir da Unidade de Saúde com as pessoas que tão lá não tem esse acúmulo de discussão e não tem esse grau de compreensão das coisas.

SUJEITO 4

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Estabelece relação entre as duas políticas	Eu acho que temos aí políticas afirmativas na educação e eu acho que a saúde também vai por esse contexto.	
Justifica pela necessidade de reparação social e de melhoria de acesso às políticas sociais	E eu acredito que é o que já vem refletido, socialmente você precisa resgatar grande parte da população brasileira e se você verificar os índices sociais a população que mais tá a margem dos benefícios da máquina social, de acesso aos serviços de saúde, de acesso aos serviços de educação é a população negra. Então as ações afirmativas vêm, eu acho que, ao conjunto desse ponto.	
Políticas afirmativas não deveriam ser exclusivas para negros	<p>Existe um debate grande no país a respeito, dizendo que a população negra na verdade não difere de outras raças, de outros segmentos da população brasileira, mulatos, índios, que mereceriam políticas afirmativas.</p> <p>Mas não esquecendo que não é só o negro que vive a margem da sociedade brasileira, eu acho que o índio aí também tem uma importância tão forte quanto o negro. Com a diferença de que o índio culturalmente já existe uma política aceita pela sociedade e já constituída e direcionada, enquanto a população negra não.</p>	
Reafirma a relevância de políticas afirmativas	Eu acho que sim, merecem, tem que ter política afirmativa, política de inclusão.	
Eu acho que temos aí políticas afirmativas na educação e eu acho que a saúde também vai por esse contexto. E eu acredito que é o que já vem refletido, socialmente você precisa resgatar grande parte da população brasileira e se você verificar os índices sociais a		

população que mais tá a margem dos benefícios da máquina social, de acesso aos serviços de saúde, de acesso aos serviços de educação é a população negra. Então as ações afirmativas vêm, eu acho que, ao conjunto desse ponto. Existe um debate grande no país a respeito, dizendo que a população negra na verdade não difere de outras há...de outros, digamos... raças, é meio complicado, mas de outros segmentos da população brasileira, mulatos, índios, que mereceriam políticas afirmativas. Eu acho que sim, merecem, tem que ter política afirmativa, política de inclusão. Mas não esquecendo que não é só o negro que vive a margem da sociedade brasileira, eu acho que o índio aí também tem uma importância tão forte quanto o negro. Com a diferença de que o índio culturalmente já existe uma política aceita pela sociedade e já constituída e direcionada, enquanto a população negra não.

SUJEITO 5

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
A atenção à saúde deve ser centrada no indivíduo e no tipo de doença que possui e não na raça.	<p>Questão de saúde. Acho que a gente tem que tratar o indivíduo, é... cada paciente com um tratamento diferenciado pra sua doença.</p> <p>Acho que a gente consegue diferenciar o índio, o negro, mas da maneira geral o atendimento, a gente tenta, ou por ordem de chegada ou por processo de paciente com febre, com risco de vida, toda aquela classificação do atendimento, seja no hospital com classificação de risco, e hoje com o PMAQ a gente também tem classificação de risco nas unidades de saúde.</p>	
Doenças que acometem a população negra são apenas outros tipos de doença que chegam às unidades de saúde.	Mas não deixar de levantar, como a gente tem gestante, tem hipertenso e diabético, e da população negra também as doenças específicas pra cada unidade de saúde que diferencia nas unidades de saúde de cada bairro.	

Ah, é ruim falar isso.

Questão de saúde. Acho que a gente tem que tratar o indivíduo, é... cada paciente com um tratamento diferenciado pra sua doença. Acho que a gente consegue diferenciar o índio, o negro, mas da maneira geral o atendimento, a gente tenta, ou por ordem de chegada ou por processo de paciente com febre, com risco de vida, toda aquela classificação do atendimento, seja no hospital com classificação de risco, e hoje com o PMAQ a gente também tem classificação de risco nas unidades de saúde. Mas não deixar de levantar, como a gente tem gestante, tem hipertenso e diabético, e da população negra também as doenças específicas pra cada unidade de saúde que diferencia nas unidades de saúde de cada bairro.

SUJEITO 6

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Estabelece relação entre as duas políticas	Olha, eu acho que tá completamente relacionada.	
Considera o princípio da universalidade e da igualdade	O sistema, ele se propões a ser um sistema universal, né, assim, direito de todos, independente de classe, cor social, credo, quer dizer. (...)e é pra todos, independente.	
Considera o princípio da equidade	Nós temos que tratar o sistema que permita acesso a todos, com equidade. Obviamente a equidade é você buscar dar mais pra regiões que mais precisam, pra populações que tem maior carência	
Considera o princípio da integralidade da assistência	Que tem lá desde atenção básica até a alta complexidade, tem todos os degraus, todos os caminhos a serem seguidos.	
As políticas específicas devem constar do plano municipal	são políticas que integram a política nacional, mas que tem que ser vistas, em minha opinião, dentro daquilo que está sendo planejado, dentro do plano municipal de saúde (...) E integrar essas políticas específicas dentro daquilo que está sendo feito no planejamento municipal.	
Olha, eu acho que tá completamente relacionada. É o que eu falei inicialmente. Nós temos que tratar. O sistema, ele se propões a ser um sistema universal, né, assim, direito de todos, independente de classe, cor social, credo, quer dizer. Nós temos que tratar o sistema que permita acesso a todos, com equidade. Obviamente a equidade é você buscar dar mais pra regiões que mais precisam, pra populações que tem maior carência. Então assim, são políticas que integram a política nacional, mas que tem que ser vistas, em minha opinião, dentro daquilo que está sendo planejado, dentro do plano municipal de saúde, que é fazer a Atenção Básica, e é pra todos, independente. Obviamente que nós temos que buscar a afirmação do sistema, Sistema Único de Saúde, como porta de entrada, trabalhar isso de uma forma muito clara pra população pra evitar entradas “pela janela”, que são as organizações,... o atendimento privado, o atendimento de convênios, que usa o convênio de repente vem querer fazer exames vem querer ter um atendimento do SUS que o convênio não cobre. Então é assim, afirmar que a porta de entrada é o SUS, né. Que tem lá desde atenção básica até a alta complexidade, tem todos os degraus, todos os caminhos a serem seguidos. E integrar essas políticas específicas dentro daquilo que está sendo feito no planejamento municipal.		
SUJEITO 7		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem

Não estabelece relação entre as duas políticas, embora haja relação entre educação e saúde.	Em relação à política de saúde não, vejo mais em relação à política de educação do que em relação à saúde. Não se aplica, pra mim não se aplica. Muito embora que a saúde tá ligada muito à questão da educação, e a educação tá ligada à saúde, uma coisa tá ligada à outra.	
Questiona o impacto negativo das políticas afirmativas ao privilegiar grupos	Eu não vejo com muita simpatia, essa relação das duas não Eu sei, mas...Será que essa cota nas universidades as vezes de trazer o bem não tá trazendo o mal? (...) deveria dar suporte, suporte educacional a essas comunidades, pra que elas competissem de igual pra igual, e não privilégios de A ou B	
<p>Eu sei, mas...Será que essa cota nas universidades as vezes de trazer o bem não tá trazendo o mal? Eu vejo no meu estado, adora umas cotas, as cotas com relação a colégios públicos e colégios privados em relação, evidentemente a classe negra. Enquanto as cotas dos colégios privados eram numa média 8, 9, a cota da relação negra baixava pra 5, colégio público 5 e 4. Será que isso é..., será que vai haver um acompanhamento dessa população no nível universitário que chegue pelo menos a ficar num parâmetro igual aos alunos da classe privada? O exemplo mais claro, eu digo na área de Geologia, que minha filha faz Geologia, de 20 pessoas que entraram por cotas, 14 desistiram, por não acompanhar o curso, entendeu? Será que se agente fortalecesse a base, será que se agente fortalecesse a educação de base, será que isso não seria mais interessante? Do que vc pegar a pessoa pra fazer? Eu não vejo com muita simpatia, essa relação das duas não. Eu acho que a gente deveria dar suporte, suporte educacional a essas comunidades, pra que elas competissem de igual pra igual, e não privilégios de A ou B. E no mínimo, se pudesse acontecer isso, deveria focar numa média, uma média universitária pra que não houvesse tanto, tanto, como é que se diz, tanto afastamento do aluno da classe.</p> <p>Em relação à política de saúde não, vejo mais em relação à política de educação do que em relação à saúde. Não se aplica, pra mim não se aplica. Muito embora que a saúde tá ligada muito à questão da educação, e a educação tá ligada à saúde, uma coisa tá ligada à outra.</p>		
SUJEITO 8		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Reafirma a relevância da Política	acho que é de suma importância	
Justificativa pelo critério Biológico racial	eu afirmo sim a necessidade de ter tido essa política Então é de importância, é uma vitória, é uma conquista e nós temos que fazê-la, em maior ou menor grau, ela estar sendo implementada.(...) mas na maioria dos municípios do país	

	Nós temos, por exemplo, o caso da anemia falciforme (...) as especificidades da saúde bucal da população negra. A alta incidência de câncer bucal que a população negra tem. A questão das pigmentações que a população negra tem	
Reafirma a relevância pela necessidade do olhar diferenciado	Então, é lógico que havia necessidade de um olhar diferenciado.	
Inclusão das políticas específicas no plano estadual	nós fizemos questão de colocar, no plano estadual de saúde, uma atenção diferenciada às gestantes da raça, da cor negra, exatamente pelas especificidades e peculiaridades que elas tem, e que também estão inseridas nessa política nacional.	
Considera as peculiaridades locais na implementação das políticas	nós temos que fazê-la, em maior ou menor grau, ela estar sendo implementada. Alguns com maior rapidez, outros com algum tipo de lentidão e dificuldade, mas na maioria dos municípios do país, ou pelo menos termos uma referência em cada estado da federação	
Justificativa pela promoção do acesso	para acesso a esses casos que são contados como extraordinário quando tiverem algum tipo de agravamento	
<p>Na verdade eu acho que eu já falei um pouco disso também, na primeira, na primeira resposta, né... exatamente porque, acho que é de suma importância, nós temos, é... eu afirmo sim a necessidade de ter tido essa política. Nós temos, por exemplo, o caso da anemia falciforme, né? Nós temos, eu como profissional da área odontológica, as especificidades da saúde bucal da população negra. A alta incidência de câncer bucal que a população negra tem. A questão das pigmentações que a população negra tem, A questão das pigmentações que a população negra tem, né, é...que incidem frequentemente. Então, é lógico que havia necessidade de um olhar diferenciado.</p> <p>Nós assistimos hoje, porque hoje nós estamos na capital, num encontro de gestores, junto com a Secretaria de Estadual de Saúde, e nós fizemos questão de colocar, no plano estadual de saúde, uma atenção diferenciada às gestantes da raça, da cor negra, exatamente pelas especificidades e peculiaridades que elas têm, e que também estão inseridas nessa política nacional. Então é de importância, é uma vitória, é uma conquista e nós temos que fazê-la, em maior ou menor grau, ela estar sendo implementada. Alguns com maior rapidez, outros com algum tipo de lentidão e dificuldade, mas na maioria dos municípios do país, ou pelo menos termos uma referência em cada estado da federação para acesso a esses casos que são contados como extraordinário quando tiverem algum tipo de agravamento.</p>		
SUJEITO 9		

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Considera os preconceitos barreiras	eu acho que aí tem uma dicotomia, até porque não é fácil você quebrar algumas barreiras, e principalmente preconceitos que existem.	
Considera que há dificuldade de falar abertamente sobre racismo e preconceito	Nós, às vezes, do ponto de vista ético, não colocamos isso de uma forma aberta. Eu acho que quando a gente apresenta um estudo, quando a gente apresenta um trabalho, quando a gente se debruça em cima de uma tese, essas coisas tem que aflorar e tem que aflorar de uma forma bem clara. Entendeu?	
Questiona a importância do papel propositivo dos municípios e do Conasems	Até que ponto, prepositivamente, nós estamos influenciando nessa construção? Até que ponto, institucionalmente nós estamos, evidentemente proporcionando, a essas políticas prepositivas específicas pra isso?	
Considera insuficiente a iniciativa de ambas as políticas	Então, eu vejo de que há um passo se dando, mas eu vejo de que ele ainda é muito tímido, para as resoluções.	
Me diga uma coisa, eu acho que aí tem uma dicotomia, até porque não é fácil você quebrar algumas barreiras, e principalmente preconceitos que existem. Nós, às vezes, do ponto de vista ético, não colocamos isso de uma forma aberta. Eu acho que quando a gente apresenta um estudo, quando a gente apresenta um trabalho, quando a gente se debruça em cima de uma tese, essas coisas tem que aflorar e tem que aflorar de uma forma bem clara. Entendeu? Até que ponto, prepositivamente, nós estamos influenciando nessa construção? Até que ponto, institucionalmente nós estamos, evidentemente proporcionando, a essas políticas prepositivas específicas pra isso? E aí nós vamos nos reportar não somente ao problema social ao problema cultural e ao problema econômico. Aí vem a predisposição, que eu poderia te dizer, das instituições devidamente constituídas pra isso. Então, eu vejo de que há um passo se dando, mas eu vejo de que ele ainda é muito tímido, para as resoluções.		
SUJEITO 10		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Não estabelece relação entre as duas políticas	Não, na nossa região, (...), hoje praticamente inexistente a distinção da política de saúde, né	
Entende a atenção à saúde como centrada no indivíduo e minimiza especificidades ao falar de integralidade.	a gente trabalha muito a atenção integral ao indivíduo.	Princípios do SUS
	Na nossa região a gente trabalha muito a questão do sistema de saúde como um todo: a integralidade.	
	Nós temos que trabalhar efetivamente a atenção integral ao indivíduo	

Reafirma a relevância da política com base no princípio de igualdade	Eu acho que a política nacional ela deve existir sim, ela deve existir pra que a gente possa criar o espírito da cidadania, o princípio da igualdade. Então a política de inclusão, a política de garantia de igualdade elas tem que existir pra criar a consciência.	Princípios do SUS
Identifica conflito entre acesso universal e políticas específicas.	Nós temos que trabalhar efetivamente a atenção integral ao individuo, a política de saúde tem que ser igual pra todos. mas, acho que a política de saúde não deve ser vinculada às etnias. Nós temos que trabalhar efetivamente a atenção integral ao individuo, a política de saúde tem que ser igual pra todos. Não, vamos dar condições de que todo negro, toda etnia ela tenha o princípio da igualdade no acesso. Na nossa região a gente trabalha muito a questão do sistema de saúde como um todo: a equidade.	Reafirma o princípio da igualdade
Associa à necessidade de política específica à maior prevalência de algumas doenças às raças e critica poucas ações para elas. Doenças de maior prevalência em negros podem criar estigmas sociais	Tem uma doença que é específica da raça negra... a anemia falciforme. Eu acho que a anemia falciforme, é uma doença que realmente ataca mais a raça negra e que já não está mais na raça negra (...). Veja que a anemia falciforme já com alguns traços independente de afro, mas que são brancos. Obviamente que a raça alemã, por exemplo, na nossa região, tem mais índice de suicídio, é questão de saúde mental. Eu acho que a anemia falciforme, é uma doença que realmente ataca mais a raça negra e que já não está mais na raça negra, um estudo que nós fizemos rápido no município, todos aqueles descendentes de afro, mesmo brancos, mas com descendência afro, tem tendência a ter a anemia falciforme e eu acho que isto é um trabalho que tem que ser intensificado e a gente não vê isto. O que a gente tem que ver na nossa região é a questão da anemia falciforme com a pouca intensificação. e isto tem que cuidar muito como se trabalha, aquilo é doença, pra não se tornar doença de negro... porque daqui um pouco "eu sou branco mas tenho doença de negro".	
Identifica política de ações	Mas a política de atenção, a política de educação, a política de formação ela	

afirmativas como privilégios	não pode ser discriminatória.	
Associa à necessidade de política específica à maior prevalência de algumas doenças às raças e critica poucas ações para elas.	Aquilo lá então, “vamos dar um privilégio para o negro!” Não, vamos dar condições de que todo negro, toda etnia ela tenha o princípio da igualdade no acesso.	
	Tem uma doença que é específica da raça negra... a anemia falciforme. Eu acho que a anemia falciforme, é uma doença que realmente ataca mais a raça negra e que já não está mais na raça negra (...). Veja que a anemia falciforme já com alguns traços independente de afro, mas que são brancos.	
<p>Não, na nossa região, do estado que eu participo, hoje praticamente inexistente a distinção da política de saúde, né. Porque dentro do contexto que eu já te falei a gente trabalha muito a atenção integral ao indivíduo. Eu acho que a política nacional ela deve existir sim, ela deve existir pra que a gente possa criar o espírito da cidadania, o princípio da igualdade. Na nossa região a gente trabalha muito a questão do sistema de saúde como um todo: a equidade a integralidade. Na nossa região, tá bem acentuada a questão dos direitos. Existe ainda a questão da discriminação, mas a assistência à saúde, o que nós vimos que falta, eu não sei no restante do Brasil. Mas tem uma questão que atinge muito a população negra, e alguns descendentes de negros com brancos, que é... E que eu acho, já trabalhei bastante com isso em dois municípios, é a questão da... Tem uma doença que é específica da raça negra....a anemia falciforme. Eu acho que a anemia falciforme, é uma doença que realmente ataca mais a raça negra e que já não está mais na raça negra, um estudo que nós fizemos rápido no município, todos aqueles descendentes de afro, mesmo brancos, mas com descendência afro, tem tendência a ter a anemia falciforme e eu acho que isto é um trabalho que tem que ser intensificado e a gente não vê isto. A gente não vê esse trabalho, quer dizer, muitas pessoas da raça negra já com anemia em fase adiantada, e isto tem que cuidar muito como se trabalha, aquilo é doença, pra não se tornar doença de negro... porque daqui um pouco “eu sou branco mas tenho doença e negro”. Então eu acho que a saúde tem que ter muito cuidado com isso. Só que assim, eu não entendo, eu não vejo essa divulgação da anemia falciforme ser combatida e vejo a grande população negra em risco. Eu acho que a política de saúde na minha região, no município que eu trabalho, principalmente no meu estado que tem bastante cultura de trabalhar a questão étnica, a questão das diferenças raciais, o estado tem um trabalho bom nisso, mas, acho que a política de saúde não deve ser vinculada às etnias. Nós temos que trabalhar efetivamente a atenção integral ao indivíduo, a política de saúde tem que ser igual pra todos. Obviamente que a raça alemã, por exemplo, na nossa região, tem mais índice de suicídio, é questão de saúde mental. O que a gente tem que ver na nossa região é a questão da anemia falciforme com a pouca intensificação. Veja que a anemia falciforme já com alguns traços independente de afro, mas que são brancos. Então é um trabalho que daqui um pouco ele vai fazendo um cruzamento e ela deixa de ser. Então a política de inclusão, a política de garantia de igualdade elas tem que existir pra criar a consciência. Agora as políticas públicas de saúde, de educação, elas não podem ser discriminatórias. Lógico que nós temos que</p>		

criar, através do acesso muito criticado das cotas, mas acho que necessário nesse momento pra inclusão. Mas a política de atenção, a política de educação, a política de formação ela não pode ser discriminatória. Aquilo lá então, “vamos dar um privilégio para o negro!” Não, vamos dar condições de que todo negro, toda etnia ela tenha o principio da igualdade no acesso.

Quadro 4 – Transcrição das respostas dos sujeitos à questão 3, organizadas em ideias centrais, expressões chaves e ancoragem.

Questão 3: Há ações implementadas neste município que estão previstas na PNSIPN? Quais?		
SUJEITO 1		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega existências de ações implementadas	Não, não tenho.	
Entendimento da política como específica para comunidades tradicionais negras	Até porque no meu município a gente não tem quilombola, a gente não tem assim uma política específica porque ele também não tem essa peculiaridade na questão negra mesmo.	
Não, não tenho. Até porque no meu município a gente não tem quilombola, a gente não tem assim uma política específica porque ele também não tem essa peculiaridade na questão negra mesmo. Mas no meu estado me parece que também...assim... que eu tenha conhecimento específico não tem não.		
SUJEITO 2		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega existências de ações implementadas	Não, não há.	
Justifica ausência pelo atual estágio de desenvolvimento do SUS	Ainda, como eu te disse, o SUS ainda é um processo em construção E acredito também que está (a PNSIPN) em construção, assim como o SUS,	
Justifica a ausência por hábito de orientar a gestão às demandas espontâneas e assistência.	E muitas vezes gestores municipais, ficam muito fazendo a gestão da demanda, o que mais dá da demanda, e não, muitas vezes, da necessidade. E muitas vezes devido a grande demanda que a gente, que existe hoje, você acaba priorizando. Muitas vezes você prioriza só a parte da assistência, e muitas vezes da emergência, e as vezes, o mais	

	importante, que seria mesmo lá da Atenção Primária lá, que você gostaria de fazer muito, “cê” não consegue fazer ,	
Justifica a ausência por dificuldades como planejamento, financiamento e recursos humanos.	<p>você não tem assim... vamos dizer assim... um espaço ou mesmo um financiamento, um planejamento voltado pra determinadas categorias, não só da população negra como outras também.</p> <p>“cê” não consegue fazer , ou por déficit de profissional mesmo, disponibilidade de profissionais, e também devido a questão de financiamento, que as vezes não da pra você abranger toda aquela ação que você deveria.</p>	
Reafirma a relevância da PNSIPN	<p>Num quer dizer aqui que a política da população negra não seja prioritária, eu vejo que seja,</p> <p>Então eu penso que a política, é uma política de construção e de conscientização, tá certo. Eu penso que não só os municípios, o Brasil todo vai ganhar.</p> <p>Então se você fazer uma estatística você vê que é uma população que tá chegando ali já com as consequências , de uma, as vezes ação que poderia ser mais eficaz se fosse mais precocemente.</p>	
<p>Não, não há. Ainda, como eu te disse o SUS ainda é um processo em construção. E muitas vezes gestores municipais, ficam muito fazendo a gestão da demanda, o que mais dá da demanda, e não, muitas vezes, da necessidade. E de você também vem muitos tipo de colocações que as vezes você não tem assim... vamos dizer assim... um espaço ou mesmo um financiamento, um planejamento voltado pra determinadas categorias, não só da população negra como outras também. E muitas vezes devido a grande demanda que a gente, que existe hoje, você acaba priorizando. Muitas vezes você prioriza só a parte da assistência, e muitas vezes da emergência, e as vezes, o mais importante, que seria mesmo lá da Atenção Primária lá, que você gostaria de fazer muito, “cê” não consegue fazer , ou por déficit de profissional mesmo, disponibilidade de profissionais, e também devido a questão de financiamento, que as vezes não da pra você abranger toda aquela ação que você deveria. Num quer dizer aqui que a política da população negra não seja prioritária, eu vejo que seja, haja vista as situações emergenciais que chegam em nossos</p>		

hospitais. Então se você fazer uma estatística você vê que é uma população que tá chegando ali já com as consequências, de uma, as vezes ação que poderia ser mais eficaz se fosse mais precocemente. Então eu penso que a política, é uma política de construção e de conscientização, tá certo. Eu penso que não só os municípios, o Brasil todo vai ganhar. E acredito também que está em construção, assim como o SUS, de você reconhecer a necessidade de uma população específica que as vezes esta se deixando de ser não prioritária já há algum tempo.

SUJEITO 3		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Ação específica para anemia-falciforme, entendimento ligado a doenças específicas da raça.	Nós temos a atenção à anemia falciforme que a gente tem, com as nossas unidades de saúde essa coisa do encaminhamento, a detecção principalmente durante o pré-natal.	
Anuncia ações de saúde independentes do recorte racial	Nós temos no município o programa Primeira Infância Melhor (PIM). Ele atende igualmente a população independente do quesito raça/cor	
Entendimento da política como específica para comunidades tradicionais negras	mas como nós temos população quilombola em nosso município, a nossa ideia é o programa Primeira Infância Melhor na zona rural, ele é restrito a área urbana, então nos vamos fazer uma proposição e vamos criar uma equipe exclusiva pra população quilombola.	
	É o PIM então a nossa ideia é implantar um PIM quilombola, com contratação de uma visitadora capacitada, que seja das áreas quilombolas, nós temos quatro quilombos reconhecidos aqui.	

Nós temos a atenção à anemia falciforme que a gente tem, com as nossas unidades de saúde essa coisa do encaminhamento, a detecção principalmente durante o pré-natal. Nós estamos discutindo com a Secretaria Estadual de Saúde o financiamento pra fazer a eletroforese de proteína durante o Pré Natal a gente não começou a fazer ainda porque não tem financiamento pra poder implantar, não adianta eu propagandear que eu vou fazer, mas isso tá dentro da nossa pauta de discussão. Outra questão importante que nós vamos implementar é o programa Primeira Infância Melhor. Nós temos no município o programa Primeira Infância Melhor. Ele atende igualmente a população independente do quesito raça/cor, mas como nós temos população quilombola em nosso município, a nossa ideia é o programa Primeira Infância Melhor na zona rural, ele é restrito a área urbana, então nos vamos fazer uma proposição que a gente fez inclusive pra secretaria estadual de saúde, nós vamos fazer o programa Primeira Infância Melhor no interior e vamos criar uma equipe exclusiva pra população quilombola. É o PIM então a nossa ideia é implantar um PIM quilombola, com contratação de uma visitadora capacitada, que seja das áreas quilombolas nós temos quatro quilombos reconhecidos aqui.

SUJEITO 4

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega existências de ações implementadas	eu acredito que o município possa fazê-lo, mas normalmente não temos não.	
Justifica a ausência de ações devido a atitudes de dependência ao Ministério da Saúde.	<p>A gente sempre achou que a Política da População Negra é induzida pelo Ministério da Saúde, e esse é um erro dos gestores locais, que a gente acaba, não só na população negra, mas todas as políticas de atenção básica ou políticas de média complexidade, a gente espera sempre a condução do Ministério da Saúde.</p> <p>Essa é uma falha, que nós gestores temos que colocar a carapuça, e verificar que a gente pode iniciar políticas de saúde.</p>	
Entendimento da política como específica para comunidades tradicionais negras	E como o Ministério da Saúde tem colocado que as ações afirmativas, as ações de financiamento ou política programática, elas tão em áreas quilombolas, a gente acredita	

	que não haja necessidade de uma política específica no município.	
<p>A gente sempre achou que a Política da População Negra é induzida pelo Ministério da Saúde, e esse é um erro dos gestores locais, que a gente acaba, não só na população negra, mas todas as políticas de atenção básica ou políticas de média complexidade, a gente espera sempre a condução do Ministério da Saúde. Essa é uma falha, que nós gestores temos que colocar a carapuça, e verificar que a gente pode iniciar políticas de saúde. E como o Ministério da Saúde tem colocado que as ações afirmativas, as ações de financiamento ou política programática, elas tão em áreas quilombolas, a gente acredita que não haja necessidade de uma política específica no município. Mas eu, eu acabo ouvindo essa situação, eu acredito que o município possa fazê-lo, mas normalmente não temos não.</p>		
SUJEITO 5		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega existências de ações implementadas	Nesse município que eu estou hoje não tem nenhuma ação específica.	
	Hoje no nosso município não tem uma política prevista e exclusiva de saúde da população negra.	
Afirma intenção de implementar política	tudo isso vai ser colocado em determinantes pra gente tentar montar uma política conforme a situação do Plano Nacional da política da População Negra.	
<p>Nesse município que eu estou hoje não tem nenhuma ação específica. Porque nós entramos no 3º mês ainda, mas tá levantando, primeiro montamos toda a equipe, vigilância epidemiológica, sanitária, vigilância em saúde e tudo isso vai ser colocado em determinantes pra gente tentar montar uma política conforme a situação do Plano Nacional da política da População Negra. Como tem do diabético, hipertenso e tudo, que também são doenças de todas essas comunidades, algumas específicas a gente tem que montar o plano, juntamente com a vigilância em saúde, pra gente tá implementando. Hoje no nosso município não tem uma política prevista e exclusiva de saúde da população negra.</p>		
SUJEITO 6		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega existências de ações implementadas	Como eu te falei, no meu município especificamente a gente não implementou,	

Nega necessidade da PNSIPN em seu município em função de pequena extensão do município	em função de não ter a necessidade. Por ser um município pequeno	
Associa a PNSIPN a comunidades rurais negras	(...) Nós não temos zona rural, então assim é muito fácil, porque é tudo urbano.	
Associa a PNSIPN a agrupamentos urbanos específicos.	obviamente que a gente tem algumas periferias, que tem aí casas populares, população de baixa renda, mas em momento nenhum chega a comparar com uma favela, com problemas mais graves de esgoto e coisas desse tipo. Então assim, não temos esse problema.	
O princípio da igualdade aparece em oposição às políticas específicas	Toda a população é tratada de forma igual.	
A ESF dispensa a implementação da PNSIPN em seu município.	Obviamente nesses lugares a gente uma atenção maior do PSF.	
	Então assim, nas áreas que são menos privilegiadas de financiamento, de recurso, o PSF tá atuando.	
	Então assim já dá atenção, e aí segue dentro do programa normal da Atenção Básica da atenção à mulher, à gestante, por aí fora.	
Como eu te falei, no meu município especificamente a gente não implementou, em função de não ter a necessidade. Por ser um município pequeno, nós somos o 5º menor município em extensão municipal no país. Nós não temos zona rural, então assim é muito fácil, porque é tudo urbano. É tudo urbano com uma população, obviamente que a gente tem algumas periferias, que tem aí casas populares, população de baixa renda, mas em momento nenhum chega a comparar com uma favela, com problemas mais graves de esgoto e coisas desse tipo. Então assim, não temos esse problema. Toda a população é tratada de forma igual. Obviamente nesses lugares a gente tem uma atenção maior do PSF. Hoje o município tá coberto com 70% de PSF, mas 30% onde não há cobertura é exatamente na área central da cidade. Então assim, é onde a população tem melhor condição de renda, tem plano de saúde. Então assim, nas áreas que são menos privilegiadas de financiamento, de recurso, o PSF tá atuando. Então assim já dá atenção, e aí segue dentro do programa normal da Atenção Básica da atenção à mulher, à gestante, por aí fora.		

SUJEITO 7		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega existências de ações implementadas	Não, nenhuma. Não existe nenhuma. Não, especificamente pra população, não.	
Justifica a ausência pela baixa magnitude da população negra e Colonização europeia	Em primeiro lugar no meu município a gente tem poucos negros, a gente foi praticamente colonizado por holandeses, as pessoas são mais de cor branca.	
Entendimento da política como específica para comunidades tradicionais negras	e ações quilombola, que eu saiba, é só implantado nesses dois municípios	
Crítica à política específica por quesito raça/cor.	A gente, em minha cidade, é voltada pra todas as raças, entendeu.	
Não, nenhuma. Não existe nenhuma. É como falei pra você, o meu estado é muito pequeno, e ações quilombola, que eu saiba, é só implantado nesses dois municípios. Não, especificamente pra população, não. A gente, em minha cidade, é voltada pra todas as raças, entendeu. Em primeiro lugar no meu município a gente tem poucos negros, a gente foi praticamente colonizado por holandeses, as pessoas são mais de cor branca.		
SUJEITO 8		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega a implementação da PNSIPN	nós não temos uma política específica para a população negra, então a política não está implementada.	
Implementação de ações da PNSIPN por meio de uma secretaria específica	isso já foi feito desde, há três anos atrás já está implementada, ou há 4 anos atrás, nós implementamos e criamos uma Secretaria da Igualdade Racial. E esta, como uma secretaria do município, uma secretaria extraordinária do município, e tem um Secretário Extraordinário da Igualdade Racial no município E neste processo o que a gente procurou fazer	

	<p>foi integrar a Secretaria Extraordinária da Igualdade Racial às demais secretarias do municípios, implantando e implementando políticas de acesso, de atenção e de inclusão da raça negra.</p>	
	<p>Então na Secretaria de Saúde, falando especificamente, porque saúde, educação, cultura, esporte, nós fizemos várias ações intersetoriais que foram e estão sendo implementadas e o que a gente coloca é exatamente isso.</p>	
	<p>Na secretaria da saúde nós tivemos reuniões permanentes com esse secretário, e a sua equipe administrativa, para ver as necessidades as reivindicações,</p>	
	<p>e na medida do possível, pelo menos duas ou três unidades básicas de saúde ficaram como referencia, com alguns profissionais, para o atendimento específico de doenças inerentes à raça.</p>	
	<p>implantando e implementando políticas de acesso, de atenção e de inclusão da raça negra.</p>	
	<p>e na medida do possível em todas as Unidades Básicas de Saúde nós teremos equipes que terão um olhar diferenciado , para atender as demandas da população negra no município.</p>	
	<p>Este foi o encaminhamento que nós demos, e também como uma política de inclusão, e eles entenderam e acataram esse encaminhamento,</p>	

Na verdade nós em M., que é o município onde eu sou secretário municipal de saúde, nós não temos uma política específica para a população negra, então a política não está implementada. Nós trabalhamos sim, e aí então eu não posso falar de ações implementadas, ou de dificuldades ou facilidades, ou mesmo algo para supera-las. O que nós tivemos em M., e isso já foi feito desde, há três anos atrás já está implementada, ou há 4 anos atrás, nós implementamos e criamos uma Secretaria da Igualdade Racial. E esta, como uma secretaria do município, uma secretaria extraordinária do município, e tem um Secretário Extraordinário da Igualdade Racial no município de M. E neste processo o que a gente procurou fazer foi integrar a Secretaria Extraordinária da Igualdade Racial às demais secretarias do municípios, implantando e implementando políticas de acesso, de atenção e de inclusão da raça negra. Então na Secretaria de Saúde, falando especificamente, porque saúde, educação, cultura, esporte, nós fizemos várias ações intersetoriais que foram e estão sendo implementadas e o que a gente coloca é exatamente isso. Na secretaria da saúde nós tivemos reuniões permanentes com esse secretário, e a sua equipe administrativa, para ver as necessidades as reivindicações, e na medida do possível, pelo menos duas ou três unidades básicas de saúde ficaram como referencia, com alguns profissionais, para o atendimento específico de doenças inerentes à raça. Este foi o encaminhamento que nós demos, e também como uma política de inclusão, e eles entenderam e acataram esse encaminhamento, nós não quisemos fazer algum tipo de especificidade própria, até para nós colocarmos – “todos estão incluídos”- e na medida do possível em todas as Unidades Básicas de Saúde nós teremos equipes que terão um olhar diferenciado, para atender as demandas da população negra no município de M.

SUJEITO 9		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Implementação de ações da PNSIPN por meio de uma secretaria específica	Nós do município criamos a secretaria para cuidar especificamente da população negra e inclui-la dentro do projeto de governo do município	
	algumas coisas começaram a ser identificadas. E são bem claras.	
Especificidades culturais raciais	Você vê que no meu estado, de forma particular, nós temos ainda populações que são totalmente quilombolas.	
	Nós temos por outra parte a religiosidade, a religião, aí você vê de que tem os cultos, entendeu?	

<p>A saúde da população negra como preocupação da gestão</p>	<p>Até que ponto se abrem as portas para que a gente possa penetrar dentro do próprio município? Até que ponto nós entrávamos nisso?</p> <p>Até que ponto nós nos passamos a nos preocupar na morbimortalidade da população negra?</p> <p>Mas até que ponto você pegava a gestante, negra, pra você trazer ela? Até que ponto você garante a ela as mesmas condições que se garantia a outra população, aquelas que ficam confinadas principalmente.</p> <p>E você tem que ver de que, pode-se colocar de uma forma diferente, mas o acesso que nós gestores teríamos que dar a essa população, algum tempo também foi colocada em segundo plano.</p> <p>e as vezes deixamos de nos preocupar com acesso igualitário, de uma forma realmente democrática para, principalmente para essas populações.</p>	
<p>Crítica ao reducionismo da anemia falciforme como exemplo de cuidado específico para a população negra 129</p>	<p>Porque elencar simplesmente a anemia falciforme como bandeira era uma coisa que estava ficando repetitiva.</p>	
<p>Defende o princípio da igualdade de acesso e aponta para sua conquista</p>	<p>Agora, vamos dar a essas populações o mesmo acesso que nós temos aqui,</p>	
<p>Defende a implementação e Divulgação ações previstas na PNSIPN.</p>	<p>Vamo lá, vamo fazer uma ação nos terreiros, vamo fazer uma ação nas populações quilombolas... para mostrar naquela vitrine da</p>	

	coisa toda que nós colocamos dentro de uma política de ação de atenção a saúde.	
Necessidade de educação continuada para trabalhadores da saúde sobre a PNSIPN como combate ao racismo institucional	E ai nós temos a segunda coisa, e que eu acho que é muito mais importante, que deve ser colocada. Até que ponto nós estamos trabalhando com os nossos colaboradores, o trabalhador de saúde?	
	De que entenda de que isso é uma mudança interior nossa, entendeu? De trabalhadores da saúde de lidar com essa população, sem discriminar. É um dos grandes problemas que nós temos tido dentro do município.	
	E posso te dizer que uma coisa muito mais importante de que além de ter levado algumas políticas específicas pra isso, tem sido trabalhar com os nossos colaboradores.	
	Pra que eles façam o acolhimento necessário pra que a gente possa ter ali na frente o resultado positivo.	
	E eu tô te dizendo colaboradores inclusive afrodescendentes... entendeu? Afrodescendentes que eles mesmos têm muita dificuldade, eu não vou te colocar discriminação a princípio, eu vou te colocar dificuldade. De ter esse acolhimento igualitário, humano, totalmente democrático, realmente em todo sentido da palavra.	
Nós do município criamos a secretaria para cuidar especificamente da população negra e inclui-la dentro do projeto de governo do município, algumas coisas começaram a ser identificadas. E são bem claras. Você vê de que no meu estado, de forma particular, nós temos ainda populações que são totalmente quilombolas. Nós temos por outra parte a religiosidade, a religião, aí você vê de		

que tem os cultos, entendeu? Até que ponto se abrem as portas para que a gente possa penetrar dentro do próprio município. Até que ponto nós entrávamos nisso? Até que ponto nós nos passamos a nos preocupar na morbimortalidade da população negra? Porque elencar simplesmente a anemia falciforme como bandeira era uma coisa que estava ficando repetitiva. Mas até que ponto você pegava a gestante, negra, pra você trazer ela? Até que ponto você garante a ela as mesmas condições que se garantia a outra população, aquelas que ficam confinadas principalmente. E você tem que ver de que, pode-se colocar de uma forma diferente, mas o acesso que nós gestores teríamos que dar a essa população, algum tempo também foi colocada em segundo plano. Porque nós falamos tanto em assistência e as vezes deixamos de nos preocupar com acesso igualitário, de uma forma realmente democrática para, principalmente para essas populações. Vamo lá, vamo fazer uma ação nos terreiros, vamo fazer uma ação nas populações quilombolas... Agora, vamos dar a essas populações o mesmo acesso que nós temos aqui, para mostrar naquela vitrine da coisa toda que nós colocamos dentro de uma política de ação de atenção a saúde.

E ai nós temos a segunda coisa, e que eu acho que é muito mais importante, que deve ser colocada. Até que ponto nós estamos trabalhando com os nossos colaboradores, o trabalhador de saúde? De que entenda de que isso é uma mudança interior nossa, entendeu? De trabalhadores da saúde de lidar com essa população, sem discriminar. É um dos grandes problemas que nós temos tido dentro do município. E posso te dizer que uma coisa muito mais importante de que além de ter levado algumas políticas específicas pra isso, tem sido trabalhar com os nossos colaboradores. Pra que eles façam o acolhimento necessário pra que a gente possa ter ali na frente o resultado positivo. E eu tô te dizendo deste estado! Eu imagino como que deve ser em um outro lugar. E eu tô te dizendo colaboradores inclusive afrodescendentes... entendeu? Afrodescendentes que eles mesmos têm muita dificuldade, eu não vou te colocar discriminação a princípio, eu vou te colocar dificuldade. De ter esse acolhimento igualitário, humano, totalmente democrático, realmente em todo sentido da palavra.

SUJEITO 10		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Não implementou a PNSIPN	Efetiva só pra população negra, ou programa de saúde pra população negra não temos.	
	Então não é assim uma política: Bom, isto aqui é uma política pra raça negra, isso não tem.	
	Mas não temos assim carimbado, "política da etnia afro" isso não tem.	
	Essa aqui é a política da raça negra, não, isso não tem,	
Usa o princípio da integralidade para se	Como eu dizia, nós, na questão da saúde, nós	

opor a um política específica de saúde integral da população negra.	<p>trabalhamos a atenção integral igual a todos.</p> <p>Então nós temos lá sim, nós temos um, grupos da etnia afro formados, todas as etnias no município onde eu trabalho, tem inclusive uma casa dentro do parque de exposições, pra que cada etnia, alemã, russa, polonesa, italiana e a etnia afro também tem a sua casa lá, (...). A gente faz esse trabalho pra mostrar que também é uma cultura tanto quanto a outra, e justamente pra integrar.</p> <p>até porque se possa desenvolve uma política de saúde da forma integral</p> <p>Bom, ele colocou aqui que ele é negro, o que que tem de origem da raça negra , porque o próprio profissional, enfermeiro, médico, psicólogo ele tem que ter presente aquele histórico da raça, pra poder fazer uma atenção integral. Isso a gente faz.</p>	
Entendimento da política como específica para comunidades tradicionais negras	<p>Nós temos na nossa região, onde eu já fui secretário num município de lá, nós temos um quilombo.</p> <p>Então por ter um quilombo a gente trabalha também o resgate disso a inclusão e a valorização do negro.</p>	
Entendimento de ações de saúde para a população negra apenas como relacionada a incidência de doenças e centradas no indivíduo.	<p>Ações específicas, nós fizemos vários seminários inclusive pra discutir isso, como eu falei, assim ó: na raça alemã a gente vê que tem muito suicido, então temos que trabalhar com a questão da origem disso.</p> <p>Agora que tem uma política de saúde voltada as</p>	

	<p>questões epidemiológicas de cada raça, de cada segmento</p> <p>A política da raça negra ela faz parte do conjunto epidemiológico de estudos das equipes de saúde pra ver como melhor atender</p> <p>Tem um trabalho de buscar as origens das patologias, as origens dos fatos dentro de um contexto de trabalho integral.</p> <p>Na raça negra, nós detectamos a questão da anemia falciforme, então se detalha isso.</p> <p>Então a preocupação nossa, bom, nós vimos que há o problema de anemia falciforme.</p> <p>Trabalha-se também muito nas escolas, trabalha-se muito nas ações comunitárias, a questão de que o individuo se identifique: "eu sou negro; eu sou pardo; eu sou branco". mais pra que a pessoa se identifique.</p> <p>Não para um processo pra saber quantos são isso ou quanto são aquilo, mais pra que a pessoa se identifique.</p> <p>como melhor resolver, como melhor entender o individuo.</p>	
<p>Como eu dizia, nós, na questão da saúde, nós trabalhamos a atenção integral igual a todos. Nós temos na nossa região, onde eu já fui secretário num município de lá, nós temos um quilombo. Então por ter um quilombo a gente trabalha também o resgate disso a inclusão e a valorização do negro. Nós temos, é uma cultura, e aí já num é nem a questão de raça, é uma cultura que faz parte da historia do Brasil, é uma cultura que deve ser valorizada como todas as outras culturas. Então nós temos lá sim, nós temos um, grupos da etnia afro formados, todas as etnias no município onde eu trabalho, tem inclusive uma casa dentro do parque de exposições, pra que cada etnia, alemã, russa, polonesa, italiana e a etnia afro também tem a sua casa lá, aonde uma ou duas vezes por mês tem comida típica, tem danças típicas. A gente faz esse trabalho pra mostrar que também é uma cultura tanto quanto a outra, e justamente pra integrar. Na nossa região como, já falei, porque a raça negra ela veio como escravo, dos</p>		

alemães, dos italianos e dos espanhóis. Então a gente criou isso, a cultura da praça das nações, que nós chamamos, dentro da praça das nações cada um tem a sua casa típica de acordo com a sua etnia. Então a casa da etnia afro realmente é uma casa muito bonita, muito bonita, e é uma das únicas casa que tem atividade todos os meses, e muita gente participa. São bem ativos, justamente porque tem um comprometimento microrregional de valorizar a questão das culturas, então isso é importante. A cultura árabe tá muito presente também. Nós desenvolvemos sim um trabalho de inclusão, uma política de acolhimento e de igualdade até porque as crianças, os jovens sejam valorizados igual. Hoje já não se vê tanta discriminação até uns doze anos atrás.

Efetiva só pra população negra, ou programa de saúde pra população negra não temos.

Ações específicas, nós fizemos vários seminários inclusive pra discutir isso, como eu falei, assim ó: na raça alemã a gente vê que tem muito suicido, então temos que trabalhar com a questão da origem disso. Na raça negra, nós detectamos a questão da anemia falciforme, então se detalha isso. Trabalha-se também muito nas escolas, trabalha-se muito nas ações comunitárias, a questão de que o individuo se identifique: “eu sou negro; eu sou pardo; eu sou branco”. Não para um processo pra saber quantos são isso ou quanto são aquilo, mais pra que a pessoa se identifique. Esse trabalho existe, e bem forte, porque no momento em que tu começa a trabalhar, a construir, como nós construímos na região o fortalecimento das etnias, obviamente você obrigatoriamente tem que trabalhar isso, né.

Então não é assim uma política: Bom, isto aqui é uma política pra raça negra, isso não tem. Agora que tem uma política de saúde voltada as questões epidemiológicas de cada raça, de cada segmento até porque se possa desenvolve uma política de saúde da forma integral, a gente começa a ver isso. Então a preocupação nossa, bom, nós vimos que há o problema de anemia falciforme. Não sentimos, a nível de Brasil, essa preocupação, na região nós temos eventos e seminários, envolvidos a isso. É importante? É. Uma política... Essa aqui é a política da raça negra, não, isso não tem, ela faz parte do conjunto epidemiológico de estudos das equipes de saúde pra ver como melhor atender, como melhor resolver, como melhor entender o individuo. Chegou um individuo da raça negra na unidade de saúde. Chegou um individuo da raça negra no serviço social. Chegou um individuo da raça negra lá na secretaria de cultura, ou a denominação que deu na região. A gente buscar coletar aquilo que tem de cultura, aquilo que tem da questão social, porque que cê tá lá se é inclusão se é excluído, ou se tá muito bem de que forma foi incluído, é feito isso, e a assistência à saúde. Bom, ele colocou aqui que ele é negro, o que que tem de origem da raça negra , porque o próprio profissional, enfermeiro, médico, psicólogo ele tem que ter presente aquele histórico da raça, pra poder fazer uma atenção integral. Isso a gente faz. Mas não temos assim carimbado, “política da etnia afro” isso não tem. Tem um trabalho de buscar as origens das patologias, as origens dos fatos dentro de um contexto de trabalho integral.

Quadro 5 – Transcrição das respostas dos sujeitos às questões 4 e 5, organizadas em ideias centrais, expressões chaves e ancoragem

QUESTÃO 4: Quais as facilidades percebidas no processo de implementação dessas ações?		
QUESTÃO 5: Quais as dificuldades percebidas no processo de implementação dessas ações?		
SUJEITO 3		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Dificuldade de trabalhadores da saúde em compreender a necessidade de uma política específica	Eu acho que assim, as dificuldades é a própria compreensão dos profissionais de saúde com relação à política específica.	
	Isso é uma coisa, é uma das dificuldades do entendimento dos trabalhadores de saúde.	
	E aí tu não pega, inclusive o trabalhador de saúde negro, ele também, muito questionamento que nós tivemos de trabalhadores de saúde, independente da raça, é entender porque que tem que ter uma política específica, então uma das coisas é essa.	
	a outra questão é o entendimento mesmo de porque q tem q ter uma política de saúde específica e saúde pra população negra.	
Dificuldade devido ao baixo financiamento	O financiamento é uma	
Relato de ações de capacitação dos trabalhadores para melhorar esta compreensão	Nós tivemos já dois seminários de capacitação das equipes de saúde família pra discussão da saúde da população negra, envolvendo todos os trabalhadores da saúde da estratégia de saúde da família, pra buscar uma uniformidade de pensamento.	
<p>Eu acho que assim, as dificuldades é a própria compreensão dos profissionais de saúde com relação à política específica. Nós tivemos já dois seminários de capacitação das equipes de saúde família pra discussão da saúde da população negra, envolvendo todos os trabalhadores da saúde da estratégia de saúde da família, pra buscar uma uniformidade de pensamento. Isso é uma coisa, é uma das dificuldades do entendimento dos trabalhadores de saúde. E aí tu não pega por, inclusive o trabalhador de saúde negro, ele também, muito questionamento que nós tivemos de trabalhadores de saúde, independente da raça, é entender porque que tem que ter uma política específica, então uma das coisas é essa. O financiamento é uma, a outra questão é o entendimento mesmo de porque que tem que ter uma política de saúde específica e saúde pra população negra.</p> <p>Olha facilidade... Eu acho que o que facilita e aí por outro lado também é a questão do constrangimento do racismo. Porque quando fica clara essa questão, ninguém quer ser racista hoje. Ninguém quer ser racista... Num pega bem, ninguém quer ser. E eu acho até</p>		

o seguinte, que a maioria das pessoas elas não são racistas na intencionalidade, assim “Ah eu não gosto de negro, acho que negro...” e as pessoas tentam se policiar nisso, a grande maioria. A grande maioria tenta se policiar nessa coisa de não. Então quando tu começa a apresentar que existem comportamentos racistas que não são os comportamentos racistas explícitos e as pessoas entendem a coisa muda de figura... Realmente isso acontece e isso a gente não quer que siga acontecendo. Eu acho assim, eu acho que isso é uma facilidade, porque apesar de existir esse racismo as pessoas não querem fazer parte dele. Seja por uma questão de é feio ser racista, seja por uma questão humana mesmo de... É uma coisa horrível ser racista, que é uma coisa que não tem nenhum fundamento.

PESQUISADORA – Aqueles que são racistas inconscientemente e tomam contato com a prática do racismo, racismo institucional principalmente, e tomam essa consciência e já mudam sua prática e...

Aderem, aderem e passam a defender a política.

SUJEITO 9

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Dificuldade devido ao baixo financiamento	As dificuldades maiores, principalmente é ter uma rubrica especifica do ponto de vista financeiro. Não dá pra gente implementar nenhum tipo de política especifica sem que a gente pense no financiamento. (...) todo mundo fala que o gestor primeiro pensa naquilo. Pra eu poder fazer ou elaborar alguma coisa, eu preciso ter com qual o sustento que eu tenho pra esse tipo de política especifica e quando a gente solicitava e solicita esse tipo de colaboração ele fica a titulo sempre como migalhas, entendeu?	
Aponta como dificuldade a falta de apoio para promover ações intersetoriais voltadas à População Negra	<p>Como alguma coisa a mais que você tá fazendo. Porque vocês da saúde tão se preocupando com isso se a Ação Social, se a gente tem uma secretaria especifica pra isso? O destino desses recursos vão pra essas secretarias? E quando é necessário colocar alguma coisa digam “tragam a saúde porque a saúde tem dinheiro”. Essa dificuldade é imensa na operacionalidade, a principio parece ser pequena, mas ela é imensa.</p> <p>E aí eu tenho dificuldade muito grande com a procuradoria, eu tenho dificuldade muito grande com a secretaria de administração, principalmente, e com aquelas pessoas que tem poder dentro do município e dos estados de definir essas coisas. Que acham que isso é muito mais floreio, que isso é mais pintura, que isso é mais folclore.</p>	

Dificuldade devido à necessidade de investimento em estrutura física e recursos humanos	Porque aí além do equipamento que você tem que ter, não somente o equipamento humano, que é importante, o equipamento que você tem que ter uma estrutura física adequada, e, além disso, você tem que ter aquilo que eu digo, o que é maior, que é o investimento nas pessoas, nas pessoas que definem isso.	
Aponta como facilidade a existência de ações de baixo custo, em especial a capacitação e conscientização dos trabalhadores.	Tem algumas coisas que você não precisa de recursos, que basta o poder e principalmente o capital humano.	
	O que eu acho de tudo isso importante é que quando você insere nesse processo pessoas comprometidas, dentro disso, apesar das dificuldades que a gente tem, a gente tem muitas alegrias também.	
	Porque, você pegar um grupo de agentes comunitários juntamente com uma equipe de saúde da família numa comunidade onde você tem uma predominância específica de população negra, quilombolas, e você vê que apesar das dificuldades econômicas, e da falta de estrutura, a formação e a conscientização desses colaboradores nossos, começa a suprir de alguma forma aquelas dificuldades, (...)	
	e aí você tem a maior participação de pessoas se envolvendo dentro do processo, saindo das unidades de saúde da família para os clubes de serviços, para os clubes de mães, para o artesanato da região, se envolver com as redes sociais informais, que existem dentro disso.	
	Você passa a ter essa população muito mais reivindicatória, ela passa a reivindicar os seus direitos de uma forma melhor, mais clara porque começam a ouvir começam também a se internar disso.	
	Eu acho que o grande capital e a grande alegria que a gente tem, que eu acho muito mais positivo, é que essa conscientização não tá ficando somente dentro, ela tá saindo fora, ela passa a ser exemplo as vezes, também.	
Aponta impactos positivos do ponto de vista epidemiológicos com a implantação.	E você começa a ter menos mortalidade infantil dessa população, você começa a ter partos humanizados dessa população.	
	Então, do ponto de vista epidemiológico eu acho que nós temos alguns	

	avanços dentro disso e que já começam a ser mostrados quando você implanta.	
--	---	--

Me diga uma coisa, facilidades a gente dificilmente encontra. As dificuldades maiores, principalmente é ter uma rubrica específica do ponto de vista financeiro. Não dá pra gente implementar nenhum tipo de política específica sem que a gente pense no financiamento. Eu tô te falando isso, todo mundo fala que o gestor primeiro pensa naquilo. Pra eu poder fazer ou elaborar alguma coisa, eu preciso ter com qual o sustento que eu tenho pra esse tipo de política específica e quando a gente solicitava e solicita esse tipo de colaboração ele fica a título sempre como migalhas, entendeu? Como alguma coisa a mais que você tá fazendo. Porque vocês da saúde tão se preocupando com isso se a Ação Social, se a gente tem uma secretaria específica pra isso? O destino desses recursos vão pra essas secretarias? E quando é necessário colocar alguma coisa digam “tragam a saúde porque a saúde tem dinheiro”. Essa dificuldade é imensa na operacionalidade, a principio parece ser pequena, mas ela é imensa. Porque aí além do equipamento que você tem que ter, não somente o equipamento humano, que é importante, o equipamento que você tem que ter uma estrutura física adequada, e, além disso, você tem que ter aquilo que eu digo, o que é maior, que é o investimento nas pessoas, nas pessoas que definem isso. E aí eu vou me abrir claramente, eu tenho dificuldade muito grande com a procuradoria, eu tenho dificuldade muito grande com a secretaria de administração, principalmente, e com aquelas pessoas que tem poder dentro do município e dos estados de definir essas coisas. Que acham que isso é muito mais floreio, que isso é mais pintura, que isso é mais folclore.

PESQUISADORA – Quer dizer, além dessas pessoas não considerarem a importância dessas ações quando consideram não destinam recursos para elas?

Exatamente. E principalmente a perenidade das ações. No meu estado, de forma específica, e naqueles municípios que eu te disse que a população negra ela é significativa, nos períodos eleitorais nos temos uma posição diferente. Nós temos colocado essa coisa bem clara! Vem cá isso aqui não é pra gente fazer política para o negro na época pré-eleitoral. Nós temos que fazer a política para o negro direto, o tempo inteiro, de uma forma perene, não pode ser sensacional, entendeu? Apenas na época do voto, é que se lembra daquela população, que eles mais precisam, e no momento em que passa isso novamente vc se esvazia. Então o que acontece? Você cria um problema, porque você induz uma expectativa e no momento que você precisa tocar ela pra frente, e realmente você consolidar ela, novamente você fica voltando atrás. Então nós passamos a ter relâmpagos de políticas indutoras num momento em que nós não deveríamos estar fazendo isso, deveríamos estar iniciando no inicio de qualquer projeto de governo e colocar a perenidade dentro disso, e não simplesmente no momento em que a gente precisa dessa população. Isso eu coloco às vezes de que isso é uma falsa ilusão, que nós levamos e que nos leva a um descrédito inclusive com essa mesma população.

Veja uma coisa. Tem algumas coisas que você não precisa de recursos, que basta o poder e principalmente o capital humano. O que eu acho de tudo isso importante é que quando você insere nesse processo pessoas comprometidas, dentro disso, apesar das dificuldades que a gente tem, a gente tem muitas alegrias também. Porque, você pegar um grupo de agentes comunitários

juntamente com uma equipe de saúde da família numa comunidade onde você tem uma predominância específica de população negra, quilombolas, e você vê que apesar das dificuldades econômicas, e da falta de estrutura. A formação e a conscientização desses colaboradores nossos, começa a suprir de alguma forma aquelas dificuldades, e aí você tem a maior participação de pessoas se envolvendo dentro do processo, saindo das unidades de saúde da família para os clubes de serviços, para os clubes de mães, para o artesanato da região, se envolver com as redes sociais informais, que existem dentro disso. E você começa a ter menos mortalidade infantil dessa população, você começa a ter partos humanizados dessa população. Você passa a ter essa população muito mais reivindicatória, ela passa a reivindicar os seus direitos de uma forma melhor, mais clara porque começam a ouvir começam também a se internar disso. Eu acho que o grande capital e a grande alegria que a gente tem que eu acho muito mais positivo, é que essa conscientização não tá ficando somente dentro, ela tá saindo fora, ela passa a ser exemplo as vezes, também. Então, do ponto de vista epidemiológico eu acho que nós temos alguns avanços dentro disso e que já começam a ser mostrados quando você implanta.

SUJEITO 10

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
A principal dificuldade é com os próprios negros devido à autoexclusão, autodiscriminação e sentimentos de inferioridade.	As principais dificuldades é com o próprio indivíduo da raça negra. Que pelo que a gente discute muito com eles. Eles mesmos falam deles mesmos. O negro não fala bem do negro. Parece que é um reflexo de auto exclusão.	
	Até nos levantamentos que a gente fez que, que pode ser pela história do negro, sempre ser levado a segundo plano. Então aquele que consegue melhorar um pouquinho eles lá na minha região eles usam muito “viu só aquela negrada?” Eles mesmos dizem a negrada. Ele melhorou um pouquinho ele já vê o negro como... eles mesmos se auto excluem.	
	(...) Então o trabalho, as dificuldades que a gente têm, é de conseguir conscientizar, principalmente os mais antigos, mais antigos que eu digo de 40 anos pra trás, de que eles são iguais.	
	Então a dificuldade maior, com os mais jovens agora de 15, 20 anos, 25 anos é mais tranquilo, mas a dificuldade de trabalhar com eles é que eles se acham inferiores, eles se sentem inferiorizados.	
	“Não, eu não vou lá, eu sou negro”. Não, num é isso, tem direito, direitos deveres e obrigações E a dificuldade realmente é de incluir a própria raça no seu direto de viver o dia a dia, (...) Então, e incluir eles é difícil.	

	(...) Então é uma dificuldade da inclusão do negro(...) Mas a maior dificuldade foi de incluir eles e dizer que bom, tu tem os mesmos direitos, então essa é a maior dificuldade.	
	O pessoal da etnia afro se auto exclui.	
	Esses 500 anos fez com que a raça negra se sentisse inferiorizada mesmo não sendo, né.	
Reconhece a existência de racismo institucional e dificuldade de implantação de ações de inclusão.	Até nos levantamentos que a gente fez que, que pode ser pela história do negro, sempre ser levado a segundo plano.	
	Soubemos que tem pessoas que tem dificuldade de incluir o negro na roda da conversa, porque é negra.	
	Não pergunta por que acha que ele não vai responder, isso eu já vi muito. “Não, nós num... porque, negro é negro”,(...)	
Reafirma o objetivo de integralidade da Política.	a política tem que ser voltada a atenção integral ao individuo	
<p>As principais dificuldades é com o próprio individuo da raça negra. Que pelo que a gente discute muito com eles. Eles mesmos falam deles mesmos. O negro não fala bem do negro. Parece que é um reflexo de auto exclusão. Até nos levantamentos que a gente fez que, que pode ser pela história do negro, sempre ser levado a segundo plano. Então aquele que consegue melhorar um pouquinho eles lá na minha região eles usam muito “viu só aquela negrada?” Eles mesmos dizem a negrada. Ele melhorou um pouquinho ele já vê o negro como... eles mesmos se auto excluem. Então o trabalho, as dificuldades que a gente têm, é de conseguir conscientizar, principalmente os mais antigos, mais antigos que eu digo de 40 anos pra trás, de que eles são iguais. Então é uma dificuldade da inclusão do negro, é sim, não sei nas outras regiões do país, mas na nossa região lá todos eles são oriundos de escravos. Principalmente escravos da viação férrea, que foram com a viação férrea. Então nós temos a maioria 90 a 100 %, quase 100%, dos negros da nossa região vieram pra construção da viação férrea. E aí acabaram ficando nas fazendas e tal, e trabalhando lá nas fazendas. Então a dificuldade maior, com os mais jovens agora de 15, 20 anos, 25 anos é mais tranquilo, mas a dificuldade de trabalhar com eles é que eles se acham inferiores, eles se sentem inferiorizados. E aí você diz não, vai lá e briga que você tem o mesmo direito. Eu sou líder comunitário há 40 anos quase, então a gente sempre percebeu isso, não vamos junto lá “Não eu não vou lá, eu sou negro”. Não, num é isso, tem direito, direitos deveres e obrigações. Mas a maior dificuldade foi de incluir eles e dizer que bom, tu tem os mesmos direitos, então essa é a maior dificuldade. Agora quando você consegue trabalhar isso, tu tem grandes aliados.</p> <p>PESQUISADORA – Então a facilidade, seria isso, eles se tornam potentes aliados...</p>		

Muito potentes, muito bons, muito bons. Nós temos jovens líderes lá, negros, né, que inclusive estão tocando a etnia afro no município e na região, então assim ó, e que bom, nas rodas da etnia afro a maioria é branco que vai. Já tá se conseguindo isso. E a dificuldade realmente é de incluir a própria raça no seu direto de viver o dia a dia, ele se auto exclui. Tem um professor que fez um estudo lá que diz, que bom, isso eles trazem da repressão. Ainda vem, é cultura não do negro da África, lá do negro do outro continente, é dos negros que vieram e bom, nós temos que nos calar. Esses 500 anos fez com que a raça negra se sentisse inferiorizada mesmo não sendo, né. Então, e incluir eles é difícil por isso a política tem que ser voltada a atenção integral ao individuo. Bom, tem um negro numa reunião, você conversa com o negro como tu conversa com todos. Soubemos que tem pessoas que tem dificuldade de incluir o negro na roda da conversa, porque é negra. Não pergunta por que acha que ele não vai responder, isso eu já vi muito. “Não, nós num... porque, negro é negro”, não, não existe isso. Então esse trabalho lá na região a gente tá superando com base nisso, agora, ele se auto exclui. O pessoal da etnia afro se auto exclui.

Quadro 6 – Transcrição das respostas dos sujeitos à questão 6, organizadas em ideias centrais, expressões chaves e ancoragem

QUESTÃO 6: Caso tenha surgido alguma dificuldade, quais foram as estratégias adotadas para supera-la?		
SUJEITO 3		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Parcerias com movimento negro para discutir racismo institucional.	trazendo pessoas do próprio movimento negro pra fazer palestras pra levantar, pra que as pessoas possam enxergar aquelas condições que a gente tá mostrando a respeito desse racismo institucional.	
	Trouxe gente do estado lá. Tem algumas pessoas da cidade também, mas tu sabes que “santo de casa não faz milagre”, então tu trazendo gente de fora.	
Usa de criatividade para superar a dificuldade do baixo financiamento.	Na verdade o baixo financiamento tu não supera né, tu vai fazendo aquilo que dá pra fazer, tu vai driblando naquilo que consegue, naquilo que tá ao nosso alcance de poder implementar, aquela coisa de pouco dinheiro muita criatividade.	

A assistência para anemia falciforme, como exemplo de ação autônoma do município e mobilização de recursos próprios	Uma coisa importante hoje no meu estado, a gente definiu uma rede pra atendimento de pessoas com anemia falciforme, com referência, contra referência inclusive descentralizada da Capital, (...) Agora, no município nós identificamos a gente começou a ficar mais atento pra isso, e bom, pra fazer o acompanhamento dele lá na Atenção Básica, qdo identifica no teste do pezinho o traço falciforme a gente transporta as pessoas todas pra Capital pra fazer o acompanhamento nos serviços de referência e isso a gente faz sem ajuda financeira nenhuma, faz com o que o município tem de disponibilização.	
<p>Exatamente, trazendo pessoas do próprio movimento negro pra fazer palestras pra levantar, pra que as pessoas possam enxergar aquelas condições que a gente tá mostrando a respeito desse racismo institucional.</p> <p>Trouxe gente do estado lá. Tem algumas pessoas da cidade também, mas tu sabes que “santo de casa não faz milagre”, então tu trazendo gente de fora. Eu tentei levar a Jurema uma vez pra qdo era presidente , mas não casou agenda, eu cheguei a mudar duas vezes a data do evento, e aí na terceira vez, ela disse que não podia ir, mas já tava tudo marcado não teve como mudar de novo.</p> <p>Na verdade o baixo financiamento tu não supera né, tu vai fazendo aquilo que dá pra fazer, tu vai driblando naquilo que consegue, naquilo que tá ao nosso alcance de poder implementar, aquela coisa de pouco dinheiro muita criatividade.</p> <p>Uma coisa importante, hoje no meu estado a gente definiu já, uma rede pra atendimento de pessoas com anemia falciforme, com referência, contra referência inclusive descentralizada da capital, com hospitais do interior, que vão fazer o atendimento e acompanhamento das pessoas. Agora, no município nós identificamos a gente começou a ficar mais atento pra isso, e bom, pra fazer o acompanhamento dele lá na Atenção Básica qdo identifica no teste do pezinho o traço falciforme a gente transporta as pessoas todas pra Capital pra fazer o acompanhamento nos serviços de referência e isso a gente faz sem ajuda financeira nenhuma, faz com o que o município tem de disponibilização.</p>		
SUJEITO 9		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
priorização de ações de baixo custo	A estratégia adotada para superar dificuldades foi centrar força nas ações e nas atividades que não demandam custos.	
A estratégia adotada para superar dificuldades foi centrar força nas suas ações e nas atividades que não demandam custos.		
SUJEITO 10		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem

Inclusão dos negros nos espaços comunitários.	A estratégia que nós adotamos foi de buscar eles pra participar das associações comunitárias. Bom, na nossa associação de moradores tem que ter todos os segmentos. Tu vai buscando eles e vai envolvendo eles. Com isso hoje nós conseguimos incluir os negros, até negro vereador, que não tinha era um problema...	
	O avanço nos últimos 20 anos é muito importante, foi grande, dá pra se dizer grande, porque se consegui se colocar eles no movimento comunitário. (...) E a gente conseguiu, tá fazendo um bom trabalho. O último presidente da associação de moradores do bairro onde eu moro é negro. Então, e todo mundo trabalha junto.	
Nega o movimento negro como aliado para a efetivação das ações.	Porque no momento que tu faz o movimento negro, é um movimento de negro. (...) Já discuti com o pessoal do movimento negro meu estado, “não, que é o movimento negro!” Não, é o movimento dos afrodescendentes. Porque eu posso ter sangue negro, e não ser preto, não ser negro. Então e tu tem que chamar ele pra roda , mas não na roda de negros. Que a roda de negros exclui.	
	Nosso conceito lá, e que a gente adotou e que trabalha muito isso, negro é gente, negro é um ser humano. Então o negro não tem que tá na roda do negro, ele tem que tá na roda que também tem que ter negro, não é?	
Considera a política específica como contraditória com os princípios de integralidade e de igualdade.	Eu acho que a política de inclusão, a política de igualdade, a política de saúde não se parte, tem que ser integral.	Princípios do SUS
	E nas questões de inclusão social é incluindo realmente, políticas de inclusão, é inserindo no contexto e não criando um contexto só pra ele.	
Questões de saúde ligadas ao quesito raça/cor se estabelecem exclusivamente pela incidência de doenças específicas.	é vendo as patologias , vendo as questões epidemiológicas que afeta a raça negra, né, com um olhar especial pra aquela etnia.	
	Como o câncer de pele na raça alemã, na raça branca, né. Bom, ter uma mancha de pele num negro pode não ser um câncer, mas uma mancha na pele de um alemão pode ser câncer de pele.	
A estratégia que nós adotamos foi de buscar eles pra participar das associações comunitárias. Bom, na nossa associação de		

moradores, que a gente chama lá associação de bairro, tem que ter todos os segmentos. Tu vai buscando eles e vai envolvendo eles. Com isso hoje nós conseguimos incluir os negros, até negro vereador, que não tinha era um problema...

O avanço nos últimos 20 anos é muito importante, foi grande, dá pra se dizer grande, porque se consegui se colocar eles no movimento comunitário. Não é no movimento negro, é no movimento comunitário. Porque no momento que tu faz o movimento negro, é um movimento de negro. Então nós trabalhamos muito isso. Já discuti com o pessoal do movimento negro do meu estado, “não, que é o movimento negro!” Não, é o movimento dos afrodescendentes. Porque eu posso ter sangue negro, e não ser preto, não ser negro, não é? Então e tu tem que chamar ele pra roda, como se diz, mas não na roda de negros. Que a roda de negros exclui. Nosso conceito lá, e que a gente adotou e que trabalha muito isso, negro é gente, negro é um ser humano. Então o negro não tem que tá na roda do negro, ele tem que tá na roda que também tem que ter negro, não é? E a gente conseguiu, tá fazendo um bom trabalho. O último presidente da associação de moradores do bairro onde eu moro é negro. Então, e todo mundo trabalha junto.

Eu acho que a política de inclusão, a política de igualdade, a política de saúde não se parte, tem que ser integral. Voltando um pouquinho, é vendo as patologias, vendo as questões epidemiológicas que afeta a raça negra, né, com um olhar especial pra aquela etnia. Como o câncer de pele na raça alemã, na raça branca, né. Bom, ter uma mancha de pele num negro pode não ser um câncer, mas uma mancha na pele de um alemão pode ser câncer de pele. Não quer dizer que um negro também não possa ter um antecedente alemão na família e ter o câncer de pele, mas é, o que afeta mais isso, essas questões que a gente... E nas questões de inclusão social é incluindo realmente, políticas de inclusão, é inserindo no contexto e não criando um contexto só pra ele.

Quadro 7 – Transcrição das respostas dos sujeitos à questão 7, organizadas em ideias centrais, expressões chaves e ancoragem

QUESTÃO 7: Qual a agenda programada de implementação das ações previstas na PNSIPN em seu município?		
SUJEITO 1		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem

Nega agenda de implementação das ações.	Especificamente não, especificamente não	
Justificativa pela falta de convívio cotidiano com o problema.	As vezes naqueles movimentos da consciência negra onde a gente já participou(...) tem essas cobranças , mas assim de um âmbito geral. Você escuta na própria conferência, que tem que alguns focos voltados mesmo a essa situação, mas assim, no dia a dia você não convive muito com isso não.	
Especificamente não, especificamente não. Às vezes naqueles movimentos da consciência negra onde a gente já participou. Então eles assim têm essas cobranças, mas assim de um âmbito geral. Você escuta na própria conferência, que tem que algumas... Focos voltados mesmo a essa situação, mas assim, no dia a dia você não convive muito com isso não.		
SUJEITO 2		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega agenda de implementação das ações, embora haja consciência da relevância do tema	A questão já foi colocada várias vezes dentro do conselho de saúde municipal, referente a essa questão, tá certo. Inclusive teve conselheiro lá que veio em conferência nacional referente a esse tema. Então não é falta, assim, de uma discussão sobre a importância que é dessa política, isso aí a gente já tem a consciência dessa situação.	
Justificativa de ausência pela necessidade de implementação de outras ações prioritárias.	Mas é que existem outras situações lá, pelas quais estamos em construção, prioritárias, tipo a materno infantil, que era também deixada assim... Num diria em segundo plano, mas não prioritária, a saúde mental e outras, que também são tão importante quanto.	
	Então, são tantas ações prioritárias, que mesmo essa, a discussão de algumas políticas que agente vê que é essencial e importante, às vezes vc não consegue fazer devido aquilo que eu te falei, por causa da questão da demanda, tamanha na sua porta que vc não consegue absorver aquela demanda que requer, que é a necessária.	
	Foi por isso que eu te falei, que o município meu não é tão grande assim, às vezes você tem que priorizar.	
	Porque pra você ter noção, a região de saúde na qual o meu município esta inserido não tem um leito de UTI neonatal, (risos) num tem um leito de UTI	

	pediátrica, tá certo. Quer dizer, uma região não tem leito de obstetrícia de alto risco. Então, pra gente isso mexe muito.	
	E até as próprias pessoas que faz às vezes a fala da representação, reconhecem a fragilidade que a gente ainda tem em outras políticas prioritárias, que acaba envolvendo a população negra como um todo.	
Justificativa de ausência pela dificuldade em lidar com políticas específicas diante da busca de integralidade.	É como um conselheiro falou lá: O quê que a gente tem que fazer? É melhorar nosso pré-natal com olhar na integralidade, pra depois ver as peculiaridades.	
	Então eu acho que nós, enquanto município, ainda temos muito a aprender, nessa questão de tratar cada especificidade, tá certo.	
Justificativa de ausência em função de demandas que ultrapassam o município.	(...) Principalmente no caso específico do meu município, que é um município polo, você acaba sendo... Fazendo algumas ações que não envolvem só o seu município sede.	
Justificativa de ausência por falta de recursos humanos.	(...) isso preocupa muito a gente, a gente vê coisa extremamente importante que a gente poderia estar fazendo e não consegue fazer devido a questões mesmo, em especial a falta de profissional mesmo, né, relacionado à saúde, médico, enfermeiro, dentista também.	
Justificativa de ausência devido a escassez de recursos.	E a questão do financiamento, que é o que mais tá “gargalando” a questão dos municípios mesmo.	
<p>A questão já foi colocada várias vezes dentro do conselho de saúde municipal, referente a essa questão, tá certo. Inclusive teve conselheiro lá que veio em conferência nacional referente a esse tema. Então não é falta, assim, de uma discussão sobre a importância que é dessa política, isso aí a gente já tem a consciência dessa situação. Mas é que existem outras situações lá, pelas quais estamos em construção, prioritárias, tipo a materno infantil, que era também deixada assim... Num diria em segundo plano, mas não prioritária, a saúde mental e outras, que também são tão importante quanto. Foi por isso que eu te falei, que o município meu não é tão grande assim, às vezes você tem que priorizar. Porque pra você ter noção, a região de saúde na qual o meu município esta inserido não tem um leito de UTI neonatal, (risos) num tem um leito de UTI pediátrica, tá certo. Quer dizer, uma região não tem leito de obstetrícia de alto risco. Então, pra gente isso mexe muito. Então, são tantas ações prioritárias, que mesmo essa, a discussão de algumas políticas que a gente vê que é essencial e importante, às vezes vc não consegue fazer devido aquilo que eu te falei, por causa da questão da demanda, tamanha na sua porta que vc não</p>		

consegue absorver aquela demanda que requer, que é a necessária. Então a discussão já existe, não é de agora, dentro do conselho já é uma discussão antiga. A gente tem, no conselho, algumas representações inclusive, do movimento, a gente tem alguns assentamentos lá também, tá certo, então não é por isso. E até as próprias pessoas que faz às vezes a fala da representação, reconhecem a fragilidade que a gente ainda tem em outras políticas prioritárias, que acaba envolvendo a população negra como um todo. Bom, já que eu citei aqui a materno infantil, uma das principais intercorrências de eclampsia e pré-eclâmpsia que a gente tem lá foi um dia lá colocando no conselho, era voltado à população negra. Então isso preocupa. É como um conselheiro falou lá: O quê que a gente tem que fazer? É melhorar nosso pré-natal, com olhar na integralidade, pra depois ver as peculiaridades. Então eu acho que nós, enquanto município ainda tem muito a aprender, nessa questão de tratar cada especificidade, tá certo. Tenho duvidas se a gente tivesse uma política assim de: “vamos deixar uma fatia fazer isso, outra aquilo e aquilo outro”, ou seja, fazer uma seção de prioridades vamos dizer assim. A fragmentação das prioridades, essa é alta, média e baixa, mas as grandes demandas às vezes não deixam a gente fazer isso, tá certo. Principalmente no caso específico do meu município, que é um município polo, vc acaba sendo... Fazendo algumas ações que não envolvem só o seu município sede. Então vc fica sempre, e quando você vê “cê” tá mais reclamando do que fazendo, né, isso preocupa muito a gente, a gente vê coisa extremamente importante que a gente poderia estar fazendo e não consegue fazer devido a questões mesmo, em especial a falta de profissional mesmo, né, relacionado à saúde, médico, enfermeiro, dentista também. E a questão do financiamento, que é o que mais tá “gargalando” a questão dos municípios mesmo.

SUJEITO 3

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Consta da agenda programada de implementação das ações previstas na PNSIPN a inclusão do quesito raça/cor nos formulários	Inclusão do quesito raça/cor nos formulários, que até tem que ver isso porque a gente pediu na gráfica pra, porque a gente tinha um estoque grande lá de fichas tudo mais, então nos pedimos pra que isso fique... .. Isso é uma coisa interessante da pessoa que tá lá, de perguntar: qual é a sua cor? Num é?	
Relata a dificuldade dos trabalhadores compreenderem a necessidade da coleta do quesito raça/cor por autodeclararão.	Isso causa um constrangimento pra quem tá fazendo a ficha? e pra pessoa que , eu num sei como é que é da pessoa que tá respondendo né? Pelo menos relatado pelo nosso pessoal lá: “Mas como, a gente tá olhando pra pessoa, eles vai achar que a gente é burro”.	

	<p>As gurias do PIM, que no formulário do PIM já tem o quesito raça/cor, elas acham isso muito interessante isso daí, até porque elas dizem o seguinte: “olha, a gente tá olhando pra criatura, e a gente vê que ela é negra e ela diz que é branca”. E aí o que a gente responde, tem que responder o que a pessoa diz, se tu tá abrindo pra que a pessoa se auto declare, é a auto declaração dela, é a que vai valer. É muito engraçado isso, e estranho.</p>	
<p>Relata choques culturais entre as comunidades quilombolas remanescentes em seu município e a colonização alemã, (como possível origem do racismo).</p>	<p>a população quilombola lá fugiu das charqueadas.(...) O que que aconteceu, com a abolição da escravatura houve a necessidade da mudança da mão de obra, e ao mesmo tempo houve a necessidade de colonizar a serra dos T. Quem colonizou isso? O colono alemão.(...) então tem um choque de culturas na serra dos T.</p> <p>A segunda coisa que ele nunca tinha visto, um negro. E aí o que que ele pensa: “Nós viemos conquistar a América pra ter liberdade”, e na terra da liberdade, aonde nós vamos ter chances, aonde nós vamos ser donos da própria terra, existem pessoas, que pela cor elas são propriedades de outros. Lá a terra era propriedade, aqui a pessoa é propriedade. Então o cara toma esse choque.</p> <p>O Pomerano veio pra cá numa expectativa de poder trabalhar, mas ele não, ele lá na Pomerânia ele nunca se revoltou contra o senhor feudal, a subserviência, abaixar a cabeça e fazia tudo. Tanto que deixou a terra e foi embora foi prum outro país pra não questionar a propriedade da terra. O escravo fugitivo totalmente o contrário, tava brigando, e sempre lutando e sempre reivindicativo das coisas, então tem um choque de culturas na serra dos Tapes.</p>	
<p>Inclusão do quesito raça/cor nos formulários, que até tem que ver isso porque a gente pediu na gráfica pra, porque a gente tinha um estoque grande lá de fichas tudo mais, então nos pedimos pra que isso fique... Isso é uma coisa interessante da pessoa que tá lá, de perguntar: qual é a sua cor? Num é? Isso causa um constrangimento pra quem tá fazendo a ficha? e pra pessoa que , eu num sei como é que é da pessoa que tá respondendo né? Pelo menos relatado pelo nosso pessoal lá: “Mas como, a gente tá olhando pra pessoa, eles vai achar que a gente é burro” As gurias do PIM, que no formulário do PIM já tem o</p>		

quesito raça/cor, elas acham isso muito interessante isso daí, até porque elas dizem o seguinte: “olha, a gente tá olhando pra criatura, e a gente vê que ela é negra e ela diz que é branca”. E aí o que a gente responde, tem que responder o que a pessoa diz, se tu tá abrindo pra que a pessoa se auto declare, é a auto declaração dela, é a que vai valer. É muito engraçado isso, e estranho.

E mantem mais na proporção de que, Então eles fugiram das charqueadas e algumas instâncias que tinha ali, porque S.L. fica na divisa entre a área de várzea da L.P. e o começo do P. e a serra dos T., que começa a região montanhosa. Então esses quilombos ficam todos na serra, em cima, claro, porque pra poder fugir do capitão do mato e pra poder enxergar lá de baixo. O que que aconteceu, com a abolição da escravatura houve a necessidade da mudança da mão de obra, e ao mesmo tempo houve a necessidade de colonizar a serra dos T. Quem colonizou isso? O colono alemão. Alemão, não alemão, pomerano nossa colonização, é toda de pomeranos. Então aqueles pomeranos entram e foi o que acabou predominando, hoje predomina o alemão pomerano e a gente tem essa reminiscência quilombola que também é muito grande. É uma coisa muito interessante. Eu tenho um livro, eu vou te trazer pra tu ler, é um romance escrito por um historiador lá de S. L. Ele escreveu um romance a respeito da imigração pomerana. E assim os pomeranos eles saíram... porque a Pomerânia era o lugar mais atrasado da Europa. Inclusive eles não têm língua escrita, o pomerano não tem língua escrita, eles têm a língua falada, mas não tem nada escrito em pomerano. E o regime deles era regime ainda feudal. Quando eles vieram pra cá na segunda leva da Europa que veio. Um pouco antes da abolição da escravatura. Eles não vieram pra substituir o negro, eles vieram pra colonizar a serra dos T. Acabaram em algum grau fazendo essa substituição. Aí eles saíram desse regime feudal, aonde eles trabalhavam sem discutir de coisa nenhuma com o Senhor Feudal, onde a propriedade não era deles. A propriedade deles era só pra trabalhar e pra entregar. Entregar pro Senhor Feudal e entregar o imposto pro Rei. E aí ele conta a história de uma família, metade do livro é contando a história da vida deles lá na Europa, na Pomerânia. E depois a vinda de do de um, na verdade como a família se espalhou. Uns foram pros Estados Unidos, outros vieram pro Brasil, alguns ficaram aqui em S. P. outros foram pra outro estado, tem Pomerode em S.C. Não é S.P., é E. S., tem outra comunidade pomerana. E aí o cara quando chega lá a primeira coisa que ele toma um choque, o militarismo, no tempo do império, né. E ele toma um choque com o militarismo, porque lá na Pomerânia o exercito ou ia na casa deles pra cobrar imposto ou ia na casa deles pra arrecada alguém pra ir pra guerra E aí ele se apavora, com isso com a presença constante do uniformizado, do exercito. A segunda coisa que ele nunca tinha visto, um negro. E aí o que que ele pensa: “Nós viemos conquistar a américa pra ter liberdade”, e na terra da liberdade, aonde nós vamos ter chances, aonde nós vamos ser donos da própria terra, existem pessoas, que pela cor elas são propriedades de outros. Lá a terra era propriedade, aqui a pessoa é propriedade. Então o cara toma esse choque. Só que ai o historiador descreve um outro choque diferente, porque o choque com o quilombola. Porque o quê que era? O Pomerano veio pra cá numa expectativa de poder trabalhar, mas ele não, ele lá na Pomerânia ele nunca se revoltou contra o senhor feudal, a

subserviência, abaixar a cabeça e fazia tudo. Tanto que deixou a terra e foi embora foi prum outro país pra não questionar a propriedade da terra. O escravo fugitivo totalmente o contrário, tava brigando, e sempre lutando e sempre reivindicativo das coisas, então tem um choque de culturas na serra dos T. E outra coisa, o sincretismo religioso. O sincretismo religioso, porque o cristianismo na Pomerânia não era uma coisa tão difundida, eles ainda eram apegados aos deuses nórdicos. E eles daqui com toda mitologia dos deuses africanos, aquela coisa toda. E não houve choque, eles se encontraram, eles se enxergaram. Mais tarde veio toda aquela coisa dos pastores e da igreja luterana.

SUJEITO 4

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega agenda de implementação das ações, embora tenha sido proposto no plano municipal	Foi levantado no plano de saúde do município, mas nunca adotado nenhuma linha de ação efetiva de trabalho com foco específico da população negra.	
Foi levantado no plano de saúde do município, mas nunca adotado nenhuma linha de ação efetiva de trabalho com foco específico da população negra.		

SUJEITO 5

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Afirma uma agenda já posta em execução para curto e longo prazo.	<p>Ontem nós fizemos uma reunião, dividimos todos os setores e até o final de março, nós temos a perspectiva... Nós temos até o dia 30 de março, até por causa do PMAQ de todas as aderências e os prazos que a gente tem que tá, mas essa agenda nós vamos ter.</p> <p>nos vamos ter como trabalhar a partir de abril, numa agenda pros quatro anos que nós estamos montando o plano também que vai ser inserida de uma vez.</p>	
Afirma divisão de tarefas entre equipes do PSF para inclusão da observação do quesito raça cor nos demais programas.	<p>Como nós tivemos reunião com todas as equipes, então depois da programação dos prazos das agendas nós já pedimos e soltamos todas as tarefas pra cada um fazer, desde montar o grupo de hipertenso, diabético, também de todas as populações.</p> <p>Mas os PSF as unidades de saúde vão tá levantando isso e nos trazendo conforme a política, ou seja, da criança, do adolescente, do homem, todas elas inseridas</p>	

Justifica a pertinência das ações pela existência local de população negra.	Nós não temos a população indígena, mas população negra nós temos, em menor quantidade, mas nós temos.	
<p>Ontem nós fizemos uma reunião, dividimos todos os setores e até o final de março, nós temos a perspectiva... Nós temos até o dia 30 de março, até por causa do PMAQ de todas as aderências e os prazos que a gente tem que tá, mas essa agenda nós vamos ter. Como nós tivemos reunião com todas as equipes, então depois da programação dos prazos das agendas nós já pedimos e soltamos todas as tarefas pra cada um fazer, desde montar o grupo de hipertenso, diabético, também de todas as populações. Nós não temos a população indígena, mas população negra nós temos, em menor quantidade, mas nós temos. Mas os PSF as unidades de saúde vão tá levantando isso e nos trazendo conforme a política, ou seja, da criança, do adolescente, do homem, todas elas inseridas, nos vamos ter como trabalhar a partir de abril, numa agenda pros quatro anos que nós estamos montando o plano também que vai ser inserida de uma vez.</p>		
SUJEITO 6		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Não vê necessidade de implementação de ações da PNSIPN.	Não, em momento algum foi levantada essa necessidade, porque a população se sente acolhida na sua totalidade.	
	Mas não foi procurado, não foi discutido isso, porque não existe sentido na atual conjuntura.	
Nega resistências no futuro para implementação da PNSIPN	Então assim, não existe óbice nenhum de no futuro, se procurado o município, através do conselho, através de uma organização, para implementar uma política dessa que vá haver resistência, de maneira nenhuma.	
A elevada cobertura da ESF e sua rede local e regional de serviços de média e alta complexidade garantem a resolutividade da atenção, o que dispensa a implementação de ações previstas na PNSIPN	Mas hoje por ter cobertura de PSF nas áreas mais carentes, 70% da região coberta, por ter uma proximidade muito grande, uma relação muito boa com o hospital do município que é referencia regional.	
	Tem duas UTIs, temos hemodiálise, nós temos serviços de média complexidade, como Saúde Mental, DST/AIDS, um centro "Viva a Vida" de atenção à saúde da mulher e da criança, uma policlínica de especialidades, e temos também no município um consórcio, que é referencia para 16 municípios, e que ajuda na parte complementar. Aquilo	

	que o município não consegue, ele faz junto com outros municípios na média complexidade.	
	Então, com todos os problemas que o município tem, ele tem uma boa resolutividade na área da saúde.	
<p>Não, em momento algum foi levantada essa necessidade, porque a população se sente acolhida na sua totalidade. É lógico, tem inúmeros problemas. A demanda ela é muito maior do que nossa capacidade. Mas hoje por ter cobertura de PSF nas áreas mais carentes, 70% da região coberta, por ter uma proximidade muito grande, uma relação muito boa com o hospital do município que é referencia regional. Tem duas UTIs, temos hemodiálise, nós temos serviços de média complexidade, como Saúde Mental, DST/AIDS, um centro “Viva a Vida” de atenção à saúde da mulher e da criança, uma policlínica de especialidades, e temos também no município um consórcio, que é referencia para 16 municípios, e que ajuda na parte complementar. Aquilo que o município não consegue, ele faz junto com outros municípios na média complexidade.</p> <p>Então, com todos os problemas que o município tem, ele tem uma boa resolutividade na área da saúde. Então assim, não existe óbice nenhum de no futuro, se procurado o município, através do conselho, através de uma organização, para implementar uma política dessa que vá haver resistência, de maneira nenhuma. Mas não foi procurado, não foi discutido isso, porque não existe sentido na atual conjuntura.</p>		
SUJEITO 7		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega agenda de implementação das ações	Nenhuma prevista, nenhuma prevista. (...) Nenhum movimento a gente faz com relação a população negra.	
Justifica a inexistência pela baixa magnitude da população negra em seu município e região.	Meu município, ele foi praticamente colonizado uma parte de holandeses, naquela região (...). A população praticamente, predominante é mais a branca... uma mistura, negro quase nenhum, negro muito pouco, é mais a cor branca .	
Nenhuma prevista, nenhuma prevista. Como eu volto a repetir, eu volto a repetir. Meu município, ele foi praticamente colonizado uma parte de holandeses, naquela região, tem muitos holandeses. A população praticamente, predominante é mais a branca... uma mistura, negro quase nenhum, negro muito pouco, é mais a cor branca . Nenhum movimento a gente faz com relação a população negra.		
SUJEITO 8		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem

Existe um indicativo de formular uma agenda em curto prazo para implementação das ações previstas na PNSIPN que serão incluídas no Plano Municipal de Saúde	Nós já temos essas demandas, e eu estou procurando fazer com a nossa equipe agora já este ano nós vamos estar elaborando o plano municipal de saúde para o próximo quadriênio, que neste plano municipal de saúde nós contemplemos a implementação de ações que contemplem a política nacional para a população negra, de inclusão da população negra, num atendimento mais específico no nosso município.	
Nós já temos, como eu disse, essas demandas, e eu estou procurando fazer com a nossa equipe agora já este ano nós vamos estar elaborando o plano municipal de saúde para o próximo quadriênio, que neste plano municipal de saúde nós contemplemos a implementação de ações que contemplem a política nacional para a população negra, de inclusão da população negra, num atendimento mais específico no nosso município.		
SUJEITO 9		
Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega agenda de implementação das ações e resultados relacionados à saúde da população negra.	Veja uma coisa, eu confesso a você de que nós não temos nos dedicado muito a esse planejamento.	
	Mas temos avançado muito pouco. Muito pouco pra que eu possa te dizer gritantemente eu tenho tido êxito assim, assim, assim e tenho indicadores específicos pra isso. Realmente eu não tenho pra te colocar, até porque pra publicar você tem de ter números, e números vem exatos e eu confesso a você que temos deixado esse vácuo dentro disso.	
	Consolidar muito mais aquela coisa específica de que a gente possa dizer: “bom, nós temos uma política específica para a população negra e começamos por isso e chegamos a isso até aqui e agora nos temos planejado pra ir aquilo ali.”	
	Mas temos avançado muito pouco. Muito pouco pra que eu possa te dizer gritantemente eu tenho tido êxito assim, assim, assim e tenho indicadores específicos pra isso	
Confessa a ausência de ações ainda que reconheça a	Eu confesso a você de que nós temos sido pouco propositivos na forma que deveríamos ser considerando a grandeza que nos deveríamos ter	

necessidade.	especificamente essa população em nossos municípios em nosso estado de uma forma geral, eu acredito de uma forma geral no Brasil.	
Justifica a falta de agenda devido a aparente contradição entre implementação de política específica e política universal	E quando a gente enfoca a população negra até nós temos dificuldade de colocar de uma forma específica isso. Eu acho que aí é que tá o grande problema, de que a gente tem que se despir disso, entendeu?	
	eu por exemplo, tenho visto, em algumas reuniões de planejamento, e quem faz gestão sabe disso, quando a gente começa a querer colocar um segmento de uma população a gente começa a ver : Mas vem cá, mas você vai ter que fazer também pra esse outro segmento tal, tal e tal. E ai começa a ver aquela coisa toda. Nós acabamos nos deixando influenciar por isso.	
Relata resultados positivos em diagnóstico e tratamento da anemia falciforme e na saúde da mulher negra.	Temos tido um avanço fantástico na região com parceria com as universidades, por exemplo, pro diagnóstico e tratamento da anemia falciforme.	
	Tivemos resultados melhores? Tivemos, não tenha duvida não. Temos tido, na inserção, que eu já te disse principalmente, na política da mulher negra, dentro desse contexto.	
<p>Veja uma coisa, eu confesso a você de que nós não temos nos dedicado muito a esse planejamento. Eu acho que você, agora que vem aflorar especificamente a gente conversar a respeito dessas dificuldades dessas coisas, nós teríamos muito mais coisas, nos colocamos de uma forma mais genérica. Entendeu? a implementação dessas políticas. E quando a gente enfoca a população negra até nós temos dificuldade de colocar de uma forma específica isso. Eu acho que aí é que tá o grande problema, de que a gente tem que se despir disso, entendeu? Porque, eu, por exemplo, tenho visto, em algumas reuniões de planejamento, e quem faz gestão sabe disso, qdo a gente começa a querer colocar um segmento de uma população a gente começa a ver : Mas vem cá, mas você vai ter que fazer também pra esse outro segmento tal, tal e tal. E ai começa a ver aquela coisa toda. Nós acabamos nos deixando influenciar por isso. Eu acho que, respondendo claramente a sua pergunta, nos temos de ser muitos mais sensíveis com relação a esses resultados pequenos e quando médios e quando maiores que eles sejam totalmente registrados para que a gente possa consolidar isso, entendeu? Consolidar muito mais aquela coisa específica de que a gente possa dizer: "bom, nós temos uma política específica para a população negra e começamos por isso e chegamos a isso até aqui e agora nos temos planejado pra ir aquilo ali." Eu confesso a você de que nós temos sido pouco propositivos na forma que deveríamos ser considerando a grandeza que nos deveríamos ter especificamente essa população em nossos</p>		

municípios em nosso estado de uma forma geral, eu acredito de uma forma geral no Brasil. Notei que isso também chega a repercutir totalmente, mas eu vou te dizer que nós temos sido tímidos nisso. Eu quero confessar pra vc de que, temos tido alguns resultados? Temos tido resultados. Temos tido um avanço fantástico na região com parceria com as universidades, por exemplo, pro diagnóstico e tratamento da anemia falciforme. Tivemos resultados melhores? Tivemos, não tenha dúvida não. Temos tido, na inserção, que eu já te disse principalmente, na política da mulher negra, dentro desse contexto. Mas temos avançado muito pouco. Muito pouco pra que eu possa te dizer gritantemente eu tenho tido êxito assim, assim, assim e tenho indicadores específicos pra isso. Realmente eu não tenho pra te colocar, até porque pra publicar você tem de ter números, e números vem exatos e eu confesso a você que temos deixado esse vácuo dentro disso.

SUJEITO 10

Ideia Central	Expressão Chave	Ancoragem
Nega agenda de implementação das ações.	Não, nesse momento são essas as políticas de inserção de inclusão que nós temos (outras ações programáticas não relacionadas ao quesito raça-cor) , são essas.	
Vê contradição entre o princípio da igualdade e políticas específicas e não diferencia discriminação positiva de negativa.	<p>É trabalhar a partir de agora, a gente já tem essa caminhada, é trabalhar o princípio da igualdade. É incluir eles em todas as rodas, né, trabalhar isso.</p> <p>(...) Então é um processo de manutenção da inclusão e da valorização do ser humano. Então a política, vamos dizer assim, um evento específico pra discutir a política da raça negra, isso a gente não trabalha mais, porque a gente trabalha a questão da inclusão como um todo.</p> <p>A valorização não como raça, mas como indivíduo.</p> <p>Obviamente que observando que ainda temos muita exclusão. Temos muitas pessoas que tem que ser incluído, mas dentro desse contexto. Extinguindo toda e qualquer forma de processo discriminatório racial.</p>	
<p>Não, nesse momento são essas as políticas de inserção de inclusão que nós temos, são essas. É trabalhar a partir de agora, a gente já tem essa caminhada, é trabalhar o princípio da igualdade. É incluir eles em todas as rodas, né, trabalhar isso. Eventos todos programados no município são programados, como eu já falei a questão das etnias, então se vai se apresentar uma etnia convoca todas, né. Todas elas fazem todos os eventos do município, tem todas as etnias existentes dentro do município fazem apresentação. Como nós temos a cultura gaúcha, então na cultura gaúcha ali têm negros e todos participando do movimento. Então é um processo de manutenção da inclusão e da valorização do ser humano. Então a política, vamos dizer assim, um</p>		

evento específico pra discutir a política da raça negra, isso a gente não trabalha mais, porque a gente trabalha a questão da inclusão como um todo. A valorização não como raça, mas como indivíduo. Obviamente que observando que ainda temos muita exclusão. Temos muitas pessoas que tem que ser incluído, mas dentro desse contexto. Extinguindo toda e qualquer forma de processo discriminatório racial.

