

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PPGPSI - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO QUE UTILIZA O SERVIÇO PÚBLICO
DE SAÚDE SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**

EDJANE DA SILVA ROCHA

Seropédica, RJ
Junho de 2016



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Representações Sociais da População que Utiliza o Serviço Público de Saúde sobre
a Saúde da População Negra**

EDJANE DA SILVA ROCHA

Sob a Orientação da Professora:

Dra Luciene A. M. Naiff

Dissertação submetida como requisito para obtenção
do grau de **Mestre em Psicologia** no Programa de
Pós – graduação em Psicologia.

Seropédica, RJ

Junho de 2016

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R672r Rocha, Edjane da Silva, 1981-
Representações Sociais da População que utiliza o
serviço público de saúde sobre a saúde da população
negra. / edjane da silva rocha. - 2016.
102 f.

Orientador: Luciene Alves Miguez Naiff.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, 2016.

1. sistema único de saúde. 2. vulnerabilidade
social. 3. saúde da população negra. 4. representações
sociais. 5. abordagem estrutural. I. Naiff, Luciene
Alves Miguez, 1969-, orient. II Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO


INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

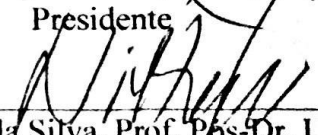
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO QUE UTILIZA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

EDJANE DA SILVA ROCHA

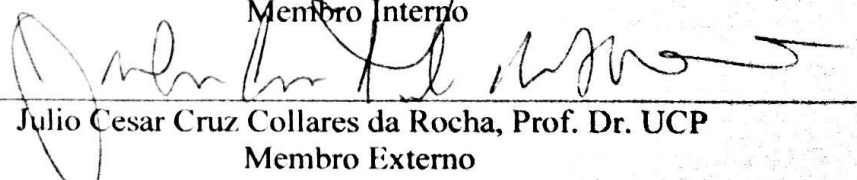
DISSERTAÇÃO APROVADA EM 28 DE JUNHO DE 2016



Luciene Alves Miguez Nair, Prof. Dra. UFRRJ
Presidente



Nilton Sousa da Silva, Prof. Pós-Dr. UFRRJ
Membro Interno



Julio Cesar Cruz Collares da Rocha, Prof. Dr. UCP
Membro Externo

DEDICATÓRIA

À ancestralidade por me conduzir no caminho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela beleza de seu amor por mim,

Aos meus irmãos e irmãs, pelo incentivo e apoio nos momentos de dificuldade e fragilidade,

Aos demais membros da minha família por seu carinho,

Às minhas companheiras irmãs Aline e Lucina por dividirem comigo essa e tantas outras jornadas,

À Ludmilla a amiga de infância que encontrei nesse curso, pela amizade, carinho e companheirismo nos momentos de angústia,

A todos/as os/as amigos/as queridos/as que acompanharam meu percurso, as angústias em momentos de desespero.

À professora Dr^a Luciene Naiff, por ter acolhido o tema e permitido a liberdade na construção e desenvolvimento deste trabalho,

À Luciene Lacerda e Nilton, pelo belo encontro que proporcionou a construção desse trabalho e pela admiração da luta em construir um mundo mais justo.

A todos/as os entrevistados que contribuíram com este estudo.

RESUMO

Rocha E. S. (2016) **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO QUE UTILIZA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Educação pró-Reitoria de Pesquisa, PPGPSI – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2016.

A saúde pública no Brasil tem sido redesenhada nos últimos anos, visando uma concepção de saúde aliada aos princípios de universalidade, igualdade e equidade a partir da Lei 8.080 que delibera sobre a organização do Sistema Único de Saúde. No mesmo ano de aprovação da lei do SUS, surge a lei 8.142 complementando a lei anterior e inserindo a ideia de um projeto de saúde com participação Popular e Comunitária, criando os Conselhos e Fundos de Saúde, como também as Conferências em Saúde que configurariam espaço deliberativo e democrático. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apresenta-se diretamente relacionada à questão racial, que há séculos vem contornando nosso país, colocando especificamente essa população em condições desprivilegiadas, que devem estar em pauta nos serviços de saúde pública, tem como pretensão a promoção de ações transversais em saúde, no sentido de viabilizar ainda mais a equidade na atenção. Essa temática vem ganhando corpo nos últimos anos a partir de diversas pesquisas, como em Oliveira (2003), cujos dados corroboram a situação de vulnerabilidade dessa população. É, pois, a partir dessa temática que realizamos nossa pesquisa, cujo objetivo consistiu em investigar as representações sociais dos usuários do sistema público de saúde sobre a saúde da população negra. No intuito de contextualizar este estudo, realizamos uma tentativa de percorrer os fatos e construtos que deram origem a PNSIPN, considerando um breve apanhado da construção histórica do lugar do negro na sociedade brasileira e utilizando alguns documentos oficiais de instituições como Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada (IPEA) e mesmo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como, obras de alguns (as) estudiosos (as) das questões raciais no Brasil. O escopo teórico que apoia este trabalho consiste na Teoria das Representações Sociais, estudando Moscovici, Jodelet, Sá e Abric, dentre outros. Utilizamos especificamente a abordagem estrutural (Abric, 2001), também conhecida como Teoria do Núcleo Central. A pesquisa de campo deu-se com 80 usuários do sistema público de saúde do Rio de Janeiro, moradores da Comunidade Floresta da Barra e escolhidos aleatoriamente. Adotamos uma metodologia qualitativa, utilizando um questionário semi estruturado somado a uma tarefa de evocação livre (Abric, 1994). Para a análise das questões do questionário, realizamos a Análise de Conteúdo proposta em Bardin (2006), e os dados coletados a partir da associação livre foram submetidos a uma análise prototípica (Vergés, 1992), contando com o auxílio do software EVOC. Os principais resultados encontrados demonstram o desconhecimento dos usuários em relação à Política Nacional de Saúde integral da População Negra, além de apontar o termo DESCASO como o possível núcleo central das representações relacionadas à saúde da população negra.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde, Vulnerabilidade Social, Saúde da População Negra, Representações Sociais e Abordagem Estrutural.

ABSTRACT

Rocha E. R. (2016) **SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE POPULATION USES THE PUBLIC SERVICE ABOUT ON THE HEALTH OF THE BLACK**

POPULATION. Master's Thesis submitted to the Institute of Education Dean of Research and Graduate Studies, PPGPSI – Graduate Program in Psychology at the Federal Rural University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2016.

Public health in Brazil has been redrawn in recent years, towards a conception of health combined with the principles of universality, equality and equity from the Law 8080 which decides on the organization of the Unified Health System. In the same year of approval of the law SUS, comes to 8.142 complementing the previous law and inserting the idea of a health project with participation People and Community, creating Councils and health Fund, as well as the Conference on health that would shape deliberative and democratic space. The National Policy on Comprehensive Health of the Black Population PNSIPN presents directly related to the racial question, which for centuries has been bypassing our country, specifically putting this population in underprivileged conditions, which should be on the agenda in public health services, it has the intention to promote transversal actions in health, to further facilitate equity in care. This theme has been gaining body in recent years from various surveys, as Oliveira (2003), whose data corroborate the vulnerability of this population situation. It is therefore from this theme we conducted our research, whose objective was to investigate the social representations of users of the public health system on the health of the black population. In order to contextualize this study, we made an attempt to go through the facts and constructs that led to PNSIPN, considering a brief overview of the historical construction of the place of blacks in Brazilian society and using some official documents of institutions such as Ministry of Health, Institute of research and Applied Statistics (IPEA) and even the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), as well as works by some (the) scholars (the) racial issues in Brazil. The theoretical scope that supports this work is the Theory of Social Representations, studying Moscovici, Jodelet, Sá and Abric, among others. specifically we use the structural approach (Abric, 2001), also known as Central Nucleus Theory. The field research took place with 80 users of the public health system in Rio de Janeiro, residents of Forest Community Toolbar and randomly chosen. We adopted a qualitative methodology using a semi structured questionnaire plus a free recall task (Abric, 1994). For the analysis of survey questions, we conducted a content analysis proposed by Bardin (2006), and the data collected from the free association underwent a prototypical analysis (Vergès, 1992), with the help of the EVOC software. The main results found demonstrate the ignorance of users in relation to the National full Black Population Health Policy, while pointing out the term DISREGARD as the possible core of representations related to the health of the black population.

Key words: Unified Health System, Social Vulnerability, Health of the Black Population, Social Representation, Structural Approach.

SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO	11
1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	15
1.1 - Percurso Histórico.....	15
1.2 - O desenvolvimento da teoria.....	19
1.3 – Pensando a abordagem estrutural: Teoria do núcleo central e zona muda das representações.....	26
2 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	34
2.1 - Antecedentes históricos das ações realizadas pelos movimentos sociais - Relatório Opas como pano de fundo.....	34
2.2 Opas/ uma revisão bibliográfica.....	38
2.2.1 – A questão étnico/racial – uma discussão científica	42
2.2.2 - Ideologias racistas: embranquecimento e eugenia.....	45
2.2.3 – O conceito de vulnerabilidade.....	49
2.3 - Planejamento político a nível governamental	51
2.4 – Sistema Único de Saúde em consonância com as proposições políticas da temática resultando na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.	54
3 - OBJETIVOS.....	59
3.1 - Objetivo principal	59
3.2 - Objetivos específicos	59
4- MÉTODO	60
4.1 - Análise Prototípica.....	60
4.2 - Análise de Conteúdo.....	62
4.3 - Técnicas, Instrumentos e Procedimentos.....	63
4.4 - Composição da amostra e critérios de elegibilidade	64
4.5 - Tratamento dos dados	64
4.6 - Contexto da pesquisa	65
5- RESULTADOS.	70
5.1 – Análise da tarefa de evocação.	71
5.2 – Análise de Conteúdo: Categorização.....	73
5.2.1 - Entendimento de saúde para o sujeito.....	73
5.2.2 - Existência de uma prática voltada à saúde da população negra.....	76
5.2.3 - Sobre o conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	79
5.2.4 - Sofreu discriminação no serviço público de saúde?.....	83
5.2.5 - Ter conhecimento de alguém próximo que tenha sofrido discriminação no serviço público de saúde.	84

5.2.6 - Atendimento no pré-natal e no parto.	10
5.2.6 - Atendimento no pré-natal e no parto.	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.	91
REFERÊNCIAS	93
ANEXO A	100
ANEXO B.....	103

INTRODUÇÃO:

A Psicologia no Brasil, regulamentada desde 1962, emergiu como uma profissão não somente voltada às classes dominantes, como também assumindo o papel de produzir um conhecimento que servisse à ampliação de formas de controle social. Suas principais áreas de atuação profissional até 1988, compreendiam a psicologia clínica (cerca de 55,3% segundo dados do Conselho Federal de Psicologia - CFP), a psicologia escolar e a psicologia industrial/organizacional o restante do percentual. Em outro levantamento realizado em 2001, também pelo CFP, surgem outras áreas de atuação no cenário brasileiro, como psicologia do trânsito, psicologia jurídica, psicologia do esporte e psicologia da saúde, esta última com cerca de 12,6% de profissionais atuando, número significativo, visto que, no primeiro levantamento apresentado, esta área nem aparecia na descrição (Yamamoto, 2003).

Para Santos (2012), é possível notar com isso que, com o passar dos anos, a Psicologia, enquanto profissão regulamentada foi ganhando espaço e ampliando sua atuação profissional. Essa crescente amplitude de atuação acaba por envolvê-la, a partir do contexto político do país, em temáticas voltadas à questão social, compreendida aqui como: “*expressão das desigualdades sociais oriundas do modo de produção capitalista*” (p.17). Assumindo com isso, um compromisso de caráter social e buscando perspectivas de atuação diferentes das primeiras propostas da Psicologia. Apesar de corroborado, inclusive por políticas governamentais, esse novo campo de atuação mostra-se como desafio, uma vez que, segundo Yamamoto (2003):

“Intervir como profissão no terreno do bem-estar social, portanto, remete a Psicologia para a ação nas *sequelas da questão social*, transformadas em políticas estatais e tratadas de forma fragmentária e parcializada, com prioridades definidas ao sabor das conjunturas históricas particulares. Isto conferirá tanto a relevância quanto os limites possíveis da intervenção do psicólogo.” (Yamamoto, 2003, p.44).

Nos últimos anos, a Psicologia tem aproximado-se cada vez mais das questões relacionadas a esse compromisso social através e, principalmente, da abordagem socio-histórica da psicologia social, linha da Psicologia que estuda as relações entre os grupos e, portanto, aproxima-se da Sociologia. Essa perspectiva concebe o homem enquanto constituição subjetiva, como fruto e agente do meio ao qual está inserido, reconhecendo sua história circunscrita na construção política social (Bock, 2003).

É, pois, nessa conjuntura, que destacamos a abertura do campo da Psicologia à saúde pública/saúde coletiva. Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8.080 de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, a saúde é estabelecida como um direito

de todos e um dever do Estado, pautando sua proposta nos princípios da Universalidade, da Integralidade e da Equidade. A busca da efetivação desses princípios acabou por envolver profissionais que não se encontravam diretamente ligados à saúde pública, como a Psicologia. A respeito da psicologia social voltada ao campo da saúde, Bucher (2003) coloca:

“Dessa nova perspectiva a saúde é um campo de preocupação contínua de inúmeras áreas profissionais, nos dias de hoje. A psicologia, por exemplo, através de suas múltiplas especializações, tem particular interesse nesse assunto, como se infere do seguinte: a Psicologia Social preocupa-se em oferecer respostas às questões de saúde, a partir do vasto número de pesquisas desenvolvidas nos últimos anos, dentre elas destacamos o estudo das representações sociais das doenças, da saúde e de temas correlatos.” (Bucher, 2003, p.223).

Tem-se buscado um caminho na tentativa de aprimorar o atendimento no Sistema Único de Saúde e universalizar o acesso ao serviço numa perspectiva equânime. No entanto, muito ainda precisa ser feito, embora essas novas formas de cuidado estabelecidas pelo SUS possibilitem uma maior aproximação da população de usuário do atendimento público. O público de usuários desse serviço é em sua maioria a população negra. Segundo dados do IBGE de 2010, cerca de 50,7% da população brasileira autodeclara-se pretos e pardos. Em discrepância com a população autodeclarada branca, evidencia-se um maior grau de vulnerabilidade Social da população autodeclarada parda ou preta resvalando-se nas demandas acolhidas pelo sistema público de saúde.

Tem-se, portanto, cada vez mais percebido que a assistência de cuidados com a saúde deve comportar perspectivas raciais, uma vez que nossas raízes sociais foram pautadas em grande desigualdade e encobertas pelo mito da democracia racial. Por muito tempo, compreendida de maneira ambígua, a questão racial que perpassa a forma de cuidado em saúde, impede significativamente os avanços relacionados ao estabelecimento da equidade no serviço, uma vez que este se configura como um dos princípios estabelecidos no SUS (Senna & Lima, 2012).

Como colocado, nosso país é marcado historicamente pelo regime de escravidão que deixou sequelas passíveis de reparação, por muitos séculos silenciada. Com o passar dos anos, o movimento negro organizou-se no sentido de reivindicar as várias formas de reparação, principalmente a partir da década de 1930. “*Entre as décadas de 1930 e 1980, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida*” (Brasil, 2010). No Brasil não foi diferente, o movimento negro tem enfrentado uma luta constante na busca e garantias de direitos.

Faustino (2002) esclarece que desde 1996, como resposta ao movimento negro brasileiro, o Ministério da Saúde vem incluindo o quesito cor nas principais coletas de dados

relativos à saúde. O Sistema Único de Saúde desenvolveu alguns indicadores que servem de norte para o planejamento e execução das ações em saúde, “*Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.*” (p.99). A organização dos indicadores deu-se da seguinte forma:

“Esses indicadores foram agrupados em seis subconjuntos temáticos – demográficos (A), socioeconômicos (B), mortalidade (C), morbidade e fatores de risco (D), recursos e cobertura (E) – e são alimentados periodicamente pelos serviços de saúde ao redor do país, podendo inclusive ser acompanhados publicamente nos bancos de dados virtuais do Ministério da Saúde.” (Faustino, 2002, p.99).

A partir daí foi possível começar a identificar o grau de iniquidade que acomete a população sob um recorte da perspectiva racial. Outro avanço da luta do movimento negro envolvido em saúde é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), formulada em 2006, pretendendo-se transversal às políticas do SUS, no intuito de reafirmar o princípio da equidade. Em discussão sobre a temática da PNSIPN, Trad, Mota, Castellanos, Farias, e Brasil (2012) colocam:

“Interessa destacar aqui, especialmente, duas questões que reverberam tanto na esfera acadêmica, quanto na arena político-governamental. A saber: a sinalização de que as políticas afirmativas colocam em evidência as contradições e desafios inerentes a articulação entre universalidade e equidade princípios básicos do SUS; a tese de que a população negra brasileira se encontra em um contexto de marcada vulnerabilidade social, que se refletia em indicadores de morbimortalidade e de acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde”. (Trad, Mota, Castellanos, Farias, & Brasi; 2012, p.174).

Mas o que a Psicologia tem a ver com isso? A abertura da Psicologia para o campo social possibilitou a aproximação dessa área de conhecimento ao campo da saúde pública, uma vez que, o novo modelo de saúde concebe, ou tenta concebê-la, de forma integral. Como está disposto na Lei 8.080 em seu artigo 2º e inciso 1º:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Lei 8.080, 1990).

Como já mencionado anteriormente, a Psicologia tem colaborado principalmente com estudos relacionados “às representações sociais da doença, da saúde e de temas afins.” (Bucher, 2003, p.223).

Com isso, afirmamos a importância acerca de um estudo das representações sociais sobre a saúde da população negra para os usuários do serviço de saúde pública, no intuito de colaborar na reafirmação da promoção de uma saúde integral e universal. Possivelmente, através desse estudo, ações podem ser organizadas de forma mais pontual, podendo contribuir na divulgação e no fortalecimento do conhecimento acerca desse tema e da PNSIPN *“Outra área da interface da Psicologia da Saúde é com a Educação em Saúde, na medida em que esta tem uma forte vinculação com a informação e com os processos de aprendizagem.”* (Bucher, 2003, p.234), concebendo, nesse sentido, aprendizagem em saúde como um construto processual bidimensional, tanto uma educação voltada à população, como para o conhecimento dos profissionais em relação ao tema.

Com o intuito de aprofundar os conhecimentos acerca dessa realidade, utilizaremos o constructo teórico das representações sociais, proposto por Serge Moscovici e ampliado por diversas abordagens, dentre as quais optamos pela abordagem estrutural de Jean Claude Abric. Entrevistamos usuários da saúde pública para apreender a forma como esses indivíduos constroem um pensamento social acerca da saúde da população negra. Apresentaremos no primeiro capítulo a abordagem teórica escolhida, seguido do segundo capítulo que abordará o objeto de estudo e a revisão do estado da arte acerca das pesquisas sobre essa temática. Fechamos essa etapa explicitando os objetivos que buscamos atingir. Com isso passamos ao método escolhido e a apresentação e discussão dos resultados encontrados. A dissertação foi fechada com considerações finais que apontam caminhos e possíveis ampliações das discussões sobre o tema saúde da população negra no Brasil.

CAPÍTULO 1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

1.1 - Percurso Histórico

Jodelet (2005), assim como alguns outros autores, mencionam a trajetória histórica da construção da Teoria das Representações Sociais. Em relação ao início do estudo, aponta que Moscovici havia “*apenas definido um problema – aquele das „tensões que resultam do afastamento da ciência e do senso comum” -, faltava-lhe um conceito para dar início a teoria*” (p.12).

Para Farr (2012), “A Teoria das Representações Sociais é uma forma sociológica de Psicologia Social”, teve sua origem na Europa em 1961 quando Serge Moscovici, seu fundador (Moscovici, 2001; Sá, 1998; Jodelet, 2005), publicou sua obra: *La Psychanalyse: Son image et son public*, estudo realizado e publicado como resultado de sua tese de doutoramento e consistia na investigação do modo como a sociedade apreendia o conhecimento da psicanálise. Este tema foi escolhido pelo autor por consistir em um conhecimento relativamente novo na sociedade parisiense dos anos 1950 e 1960, seguindo o primado da correlação entre senso comum e cultura, já que a população buscava utilizar de forma consensual e ingênua termos e ideias oriundas da Psicanálise. Abric (2001) considera o estudo precursor de Moscovici fundamental para um novo direcionamento da psicologia social da época:

“A noção de „representação social” em que aqui nos referimos corresponde a uma teoria elaborada em 1961 por S. Moscovici. Ignorada durante muito tempo pela comunidade científica, esta teoria conhecida finalmente há três décadas, constitui desde então, uma referência não somente em psicologia social, mas também em outras ciências sociais, [...]” (Abric, 2001, p.7).

É importante indicar inicialmente o caráter de significativa importância desta teoria principalmente para dar visibilidade a uma nova forma de concepção da Psicologia Social:

“Não seria demais insistir sobre o fato de que a TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS conduz um modo de olhar a PSICOLOGIA SOCIAL que exige a manutenção de um laço estreito entre as ciências psicológicas e as ciências sociais.” (Moscovici, 2012, p.8).

A explicação para tal significância possui fundamentos históricos no que toca as representações coletivas. Uma vez nascida na Antropologia e na Sociologia, as representações coletivas consistiam em um conceito formulado inicialmente por Durkheim e Bruhl e serviu como uma das referências iniciais para a construção do conceito de representações sociais (Moscovici, 2012).

Galli (2012), em seu artigo que discorre acerca dos 50 anos da teoria das representações sociais, faz um apanhado dos primeiros anos de descoberta e amadurecimento do autor em relação ao conhecimento de uma psicologia social. Coloca que no período do pós-guerra os debates na Europa tornaram-se intensos e giravam em torno do quanto a ciência poderia influenciar as mudanças históricas. No entanto, por outro lado, esses debates não demonstravam muita importância no que se referia a influência dessa mesma ciência para a cultura. Nesse período, Moscovici frequentava a Sorbonne e pouco tinha noção do caminho que sua vida profissional tomaria. A Psicologia Social consistia em uma matéria ainda bem pouco difundida na França, assim como em toda a Europa.

“Desejava-se compreender como a ciência poderia impactar as mudanças históricas, o pensamento dos jovens e a sua perspectiva e, de outro lado, estavam menos interessados nos efeitos da ciência sobre a cultura, assim como no problema das relações entre ciência e senso comum”. (GALLI, 2012, p.2).

Os estudos posteriores elaborados por Moscovici acabaram por formular a teoria tratada nesse estudo, são compreendidos quase como uma resposta ao pensamento dominante no período, que acreditava basicamente que as pessoas comuns não pensavam, ou pelo menos não de forma racional e organizada. Com isso, seu interesse voltou-se para o conhecimento formulado no senso comum, conhecimentos formulados no cotidiano, na linguagem e na prática social (Galli, 2012). Colocando de outro modo, Moscovici pretendia investigar a correspondência estabelecida entre o senso comum e a cultura.

“Moscovici decidiu selecionar como centro de sua reflexão o senso comum, na medida em que esse possui todos os atributos de um fenômeno psicossocial: é definido independentemente da ciência, se transmite de forma coletiva e não pode ser modificado pelos indivíduos, se não os utilizam.” (Galli, 2012, p.2/3).

Galli (2012) ressalta ainda certa ousadia do autor com a escolha dessa temática, por não haver no dicionário das ciências humanas, até esse momento, a noção de senso comum. Como já colocado, diferenciava-se do pensamento corrente da época que apesar de considerar os fatos sociais como importantes, ganham dimensão somente quando apresentavam conflito. Ressalta ainda que, por esse viés, o afastamento entre o senso comum e a ciência pode mostrar-se significativamente problemático.

Farr (2012) aponta que inicialmente a Psicologia apresenta-se bastante individualizada, seu foco estava geralmente e unicamente voltado ao indivíduo. Uma das razões pelas quais se considera que nova discussão trazida por Moscovici, fortalece uma concepção de Psicologia Social. Este campo da Psicologia, por sua vez, no início do século

XX, era tida como uma matéria da Sociologia, pois o estudo de grupos e suas relações eram de domínio do campo sociológico. Com o passar do tempo, esses campos de conhecimento tornaram-se matérias distintas e a Teoria das Representações Sociais vem mais uma vez aproximá-las sem que se apresentem fundidas como anteriormente.

Segundo Almeida (2005), em meados do século XIX, a psicologia social na América do Norte em sua atuação e concepção, consistia em uma tradição basicamente comportamentalista e cognitivista. Abrindo espaço para novas leituras em caráter mais social somente alguns anos depois.

“Com o declínio do behaviorismo, nos anos 70, e do cognitivismo, nos anos 80, o paradigma *estímulo-resposta* (S-R) é enriquecido, acrescentando o **sujeito** denominado organismo, que é integrado como instância mediadora, assumindo a forma **S-O-R**”. (Almeida, 2005, p.42).

No entanto, mesmo antes na Europa, a compreensão de um sujeito que se constrói inserido no social, já estava em andamento. Moscovici, por volta dos anos 1950, começa a pensar uma psicologia social retomando o conceito de representações coletivas de Durkheim (Jodelet, 2005). Segundo Almeida (2005), o conceito de representações coletivas havia quase desaparecido após ter sido um fenômeno significativo na França no início do século XIX. Como afirma o próprio Moscovici:

“Depois de ter sido o fenômeno mais marcante da Ciência Social na França, a noção de representação coletiva passou por um eclipse que durou quase meio século. Esse quase desaparecimento apresenta um enigma para quem estuda seu futuro.” (Moscovici, 2001, p.45).

Ainda na pré-história da Teoria das Representações Sociais, Farr (2012) explicita que, até a Segunda Guerra Mundial, os teóricos assumiam basicamente dois posicionamentos distintos a nível de compreensão dos fenômenos – o nível individual e o nível coletivo. Ressalta ainda três autores que seriam os mais significativos para a época, no que toca um pensamento relacionado à Psicologia em uma instância que está para além unicamente do indivíduo:

“Durkheim (1898) distinguiu entre o assunto das representações individuais (o domínio da psicologia) e o estudo das representações coletivas (o domínio da sociologia). Le Bon (1895) distinguiu entre o indivíduo e as massas (ou a multidão). Freud tratou o indivíduo clinicamente e desenvolveu uma crítica psicanalítica da cultura e da sociedade. A razão principal de se distinguir entre os dois níveis era uma crença, da parte do teórico, que as leis que explicavam os fenômenos coletivos eram diferentes do tipo de leis que explicavam os fenômenos em nível de indivíduo”. (Farr, 2012, p.30).

Segundo Farr (2012), é possível dizer que Le Bon (1841-1931) começou a estabelecer a ligação entre o individual e o coletivo. Seu conceito de massa pressupõe pensar o indivíduo enquanto um componente da multidão. Assim, *“Le Bon preparou o campo para a individualização concreta da psicologia social. Isso foi uma consequência direta da maneira como ele concebeu o coletivo”* (Farr, 2012, p.32). Para ele, a multidão era composta simplesmente por um grupo de indivíduos, sem que existisse significativa conexão entre eles. Freud, no entanto, discordava do ponto de vista de Le Bon, pois para ele *“as massas tinham mais estrutura que isso. Os indivíduos, na massa, estavam relacionados uns com os outros através da sua identificação comum com o líder”* (Farr, 2012, p. 34). E, a partir do que Le Bon havia iluminado, Freud passou a desenvolver estudos relacionados aos fenômenos que envolviam as massas.

Ao grupo de teóricos mencionados, podemos somar ainda Saussure (1857-1913), que contribuiu com seus conceitos de Parole (fala) e de Langue (língua), bem como a correlação entre eles, uma vez que o sujeito inscreve-se na linguagem, a parole (fala) já se estabelece enquanto intermediária na construção do sujeito. Mead (1863-1931), enquanto fenômeno individual traz o conceito de Mente, intermediada pelo conceito de Self e o conceito de Sociedade. Temos ainda como colaboradores, não mencionados no texto anteriormente, McDougall (1871-1938), trouxe por um lado o conceito de instinto e no que toca os fenômenos coletivos, o conceito de Mente do Grupo e F.H. Allport (1890-1979) também soma-se a esse grupo com seus conceitos de Comportamentos de Indivíduos e Comportamento Institucional/Opinião Pública (Farr, 2012). Ao mencionarmos tais autores nossa intenção não consiste na discussão de seus conceitos, mas unicamente de demonstrar o cenário conceitual estabelecido até a época da construção da teoria de Moscovici.

É, pois, nesse contexto do campo científico que Moscovici formula sua teoria. Esse conjunto de conceitos proporcionou-lhe pensar a produção de conhecimento existente no encontro dos indivíduos inseridos no campo social, através de seus grupos específicos e seus modos de funcionamento.

1.2 - O desenvolvimento da teoria

Como já mencionado anteriormente, Moscovici constrói sua teoria principalmente baseado no conceito de representações coletivas de Durkheim (Santos & Almeida, 2005), considerado um dos fundadores da sociologia moderna e por esse motivo a teoria de Moscovici é considerada como um encontro entre a Sociologia e a Psicologia Social. A sociedade moderna apresentava um modelo de organização mais complexa do que a anterior, e necessitava, portanto, de recursos mais elaborados de compreensão. Por isso mesmo, Moscovici propõe que uma categoria coletiva seja explicada sob a perspectiva da psicologia social. Desse modo, podemos dizer que Moscovici: *“estava modernizando a ciência social, ao substituir representações coletivas por representações sociais, a fim de tornar a ciência social mais adequada ao mundo moderno.”* (Farr, 2012, p.39).

Moscovici interessou-se em estudar o modo pelo qual um conhecimento novo era absorvido e espalhado pela sociedade, no caso de seu estudo seminal, a Psicanálise. Embora tenha esboçado em seus primeiros estudos vários outros temas, escolheu a psicanálise por ser um conhecimento relativamente novo (Galli, 2012). Para isso, utilizou pesquisa de opinião e entrevista semiestruturada, mas também amostragens de jornais e revistas publicados na França no período entre 1952 e 1953, uma vez que, para o estudo das representações sociais é preciso estudar tanto o que acontece no mundo, como o que acontece na mente. É comum para os psicólogos estudarem apenas o que acontece na mente, por isso mesmo, nesse estudo cabe ressaltar a importância do aspecto cultural na compreensão da construção do sujeito:

“A teoria das representações sociais se preocupa com o modo pelo qual o conhecimento é representado em uma coletividade, compartilhado por seus membros e considerado na forma de uma verdadeira “teoria do senso comum”, relativa a qualquer aspecto da vida e da sociedade. As representações sociais são entidades quase tangíveis. No decorrer de nossas vidas cotidianas elas se deslocam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente em torno de uma palavra um gesto, um encontro. Elas se constituem uma grade de leitura e decodificação da realidade, produzem a antecipação de atos e de condutas, e permitem interpretar as situações graças a um sistema de categorização coerente e estável. Inspirando as condutas, elas permitem a adequação e integração em relação às normas sociais.” (Galli, 2012: p.3).

Partindo da perspectiva cultural, as representações sociais, para serem estudadas de maneira relevante devem estar espalhadas na cultura a qual o estudo é feito. No estudo realizado por Moscovici, os resultados obtidos identificaram que a Teoria Psicanalítica como foi formulada, apresenta-se de maneiras diferentes, como podemos ver a partir de suas representações estabelecidas pela sociedade. Esta teoria originou-se numa cultura que difere da qual foi estudada por Moscovici, *“Esse é um exemplo, portanto, da absorção de uma*

cultura por outra” (Farr, 2012; Santos & Almeida, 2005). Ainda quanto à relevância cultural, afirmam:

“É importante, aqui, ressaltar que a proposta contida na teoria das representações sociais refere-se ao estudo de um fenômeno específico e delimitado: as teorias do senso comum. Estas teorias são conjuntos de conceitos articulados, que tem origem nas práticas sociais e diversidades grupais cujas funções é dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas. Não é portanto todo e qualquer conhecimento do senso comum que pode ser denominado de representação social. Para gerar representações sociais o objeto deve ser polimorfo, isto é, passível de assumir formas diferentes para cada contexto social e, ao mesmo tempo, ter relevância cultural para o grupo”. (Santos & Almeida, 2005, p. 22).

Ainda no que diz respeito à cultura, o próprio Moscovici (2011) chama a atenção para o fato de que as representações sociais consideram as peculiaridades de cada grupo, não podendo, portanto, reduzir a uma compreensão única. Fazendo isso, o autor começa a estabelecer uma diferenciação entre sua teoria e as representações coletivas de Durkheim, vejamos:

“Não podemos, então, como queria Durkheim, dar conta da psicologia tanto dos povos „primitivos” como dos „civilizados” em termos dos mesmos processos de pensamento. Se não reduzirmos a psicologia do grupo à psicologia do indivíduo, do mesmo modo não devemos reduzir a psicologia dos diferentes grupos a uma entidade singular uniforme e indiferenciada.” (Moscovici, 2011, p.186).

Continuando a discussão, para o autor, as culturas primitivas estão de certa forma mais ambientadas com entidades míticas e por esse motivo menos suscetíveis à experiências imediatas. Ressalta a importância fundamental da memória para essas culturas, isso nos faz compreender que o mundo interno prevalece em relação ao mundo externo, movimento que difere da construção das representações sociais, onde o interno e o externo afetam-se mutuamente. Assim, para a cultura que adota essa perspectiva, não existe obrigatoriedade com a não contradição. *“Na verdade, parece-me que a questão se refere a diferença entre crença e conhecimento, tão importante, mas tão pouco compreendida”* (Moscovici, 2011, p.188).

Tendo destacado os aspectos culturais da Teoria das Representações, é importante colocar mais especificamente a diferenciação entre representações coletivas e representações sociais, já amplamente mencionadas ao longo do texto até o momento. Autores como Vala (2005), Sá (1996) e o próprio Moscovici (2001, 2011) abordam esta questão:

“[...] para Durkheim, as representações coletivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem a coesão social e constituem fenômenos tão diversos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum.” (Vala, 2006, p.487).

Ainda segundo Vala (2006) a abordagem psicossociológica preocupa-se em demonstrar como essas representações se constituem através dos processos cognitivos e sociais e como acontece a articulação entre eles. Para que isso ocorra, o lugar central nessa dinâmica é ocupado pelo processo comunicacional. *“É, pois, no quadro do conflito e da dissensão que se poderá compreender como as representações se aproximam e se excluem, se fundem uma nas outras ou se distinguem...”* (p.487).

No entanto, o conceito de representações coletivas demonstra certa limitação na sociedade moderna, uma vez que se trata apenas de recorrer especificamente a diferentes modalidades de conhecimento, como o científico, o religioso, o mágico, o ideológico, utilizando esse conceito para referir-se ao conhecimento produzido e acionado no dia-a-dia, ou seja, o senso comum. Sá (1996) acrescenta que *“Durkheim descreve a constituição das representações coletivas enquanto „fatos sociais, coisas reais por elas mesmas”* (p. 48). Ainda de acordo com o pensamento de Sá, as representações sociais surgiram no sentido de abarcar uma *„representação emancipada”*, como se compreendeu o caso da absorção da psicanálise pela sociedade de Paris. Explica então que *“Uma das dificuldades decorre do fato de que tais representações parecem funcionar frequentemente como sistema de acolhimento para a ancoragem de novos saberes sociais.”* (p.49). O próprio Moscovici fala do caráter fechado e enrijecido do conceito de representações coletivas:

“[...] após um período de extraordinário interesse nas representações coletivas, houve um período de reserva, até mesmo de abandono. Elas se mostram como noções explicativas apenas com respeito à sociedade cujas crenças, materializadas em instituições, linguagem e moral, têm caráter de obrigatoriedade e são centradas no universo humano, ou, para emprestar um termo de Piaget, são egocêntricas. Elas não poderiam, portanto, como viu claramente Bergson, ter validade para além das sociedades fechadas ou totais, tais como uma nação ou uma tribo. Ainda mais, dentro da concepção positivista que não predominava, a ciência e as técnicas racionais das sociedades modernas, embora derivadas de um pensamento religioso, só tinham um caráter objetivo e individual.” (Moscovici, 2011, p.196-197).

É no sentido de romper com o caráter atrelado ao enrijecimento das representações coletivas que Moscovici (2011) se detém às dinâmicas mais fluídas da sociedade moderna, como mesmo coloca: *“parece-me legítimo supor que todas as formas de crenças, ideologias, conhecimento incluindo até mesmo a ciência, são, de um modo ou outro, representações sociais”* (p.198).

Passemos então à teoria propriamente dita. Para Vala (2006) o conceito de representações sociais pode ser compreendido através de duas perspectivas, a primeira considera as representações sociais como uma reprodução interna do mundo externo. Afirma:

“Estas reproduções mentais do mundo e dos outros que estão aí serão o produto de processos psicológicos e revestirão alguma incorreção, na medida em que estão sujeita à enviesamentos decorrentes do funcionamento do sistema cognitivo” (p.459). Outra perspectiva desconsidera qualquer divisão entre o mundo interno do sujeito e o mundo externo. Ou seja, *“a representação não é entendida como reprodução, mas como construção”* (p.459). É, pois, por esse viés epistemológico que Moscovici direciona sua teoria. Retomando o modelo tradicional, as representações seriam as mediadoras entre o estímulo e a resposta (S-O-R), porém com o desenvolvimento desse conhecimento, compreendeu-se que as representações não seriam apenas mediadoras e sim comporiam também o estímulo, influenciando a resposta, trazendo com isso o *“primado das representações sociais”*, traduzido por (O-S-O-R). Representação, por sua vez, é sempre uma relação entre um sujeito e um objeto, ou seja, a construção de um conhecimento sobre esse objeto.

Vala (2006) apresenta ainda, segundo as proposições de Moscovici, que essa construção do conhecimento sobre o objeto se dá através de dois processos sociocognitivos maiores chamados de objetivação e ancoragem. A objetivação opera na transformação de um conceito em algo concreto, criando uma imagem desse conceito, algo que dê um significado. Isso se dá mediante três momentos distintos: a) o primeiro deles é a construção seletiva, ou seja, as informações acerca do objeto representado passam por uma seleção e desconstrução, selecionando aquelas que parecem úteis; b) a esquematização por sua vez, é a ordenação dessas informações de modo que estabeleçam um padrão de relação, também considerado de nó figurativo, e por último; c) a naturalização, em que o esquema figurativo estabelecido anteriormente é compreendido como categorias naturais, adquirindo com isso uma materialidade.

A ancoragem, por sua vez, acontece quando o indivíduo acessa informações já existentes em sua estrutura cognitiva na tentativa de compreender um novo objeto. Estabelece dois movimentos: *“a) os processos através dos quais o não-familiar se torna familiar, e b) os processos através dos quais uma representação, uma vez construída, se torna um organizador das relações sociais”* (p.472). O processo de ancoragem precede ao processo de objetivação, pois qualquer construção acerca do objeto requer pontos de referência em conhecimentos prévios e constitui, como já mencionado, organizadores das relações sociais. Vejamos em Jodelet (2001):

“O processo é decomposto em três fases: construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização. As duas primeiras, sobretudo, manifestam como

tivemos a oportunidade de observar, o efeito da comunicação e das pressões, ligadas a pertença social dos sujeitos, sobre a escolha e a organização dos elementos constitutivos da representação.” (Jodelet, 2001, p.38).

Colocando de maneira mais específica, para Jodelet (2001), a objetivação aparece como o processo cujas duas primeiras fases referem-se à escolha e organização dos processos constitutivos, já a naturalização tem por função atribuir realidade concreta aos esquemas selecionados e organizados. Já *“a ancoragem serve para instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente”* (p.39). Ainda em relação à ancoragem, entende-se que o estudo das representações assume também uma perspectiva sociológica, *“analisa a relação entre as pertenças sociais e os conteúdos de uma representação, a partir da hipótese de que as experiências comuns aos membros de um mesmo grupo, decorrentes de uma mesma inserção no campo das relações sociais, suscitam representações semelhantes (Vala, 2006, p.476)”*. Leva em consideração que os sujeitos de um determinado grupo estão inseridos no mesmo campo relacional e por isso, vivenciam situações semelhantes, construindo assim, representações igualmente semelhantes.

Jodelet (2001) enfatiza esse ponto, marcando a importância que as representações sociais assumem para o conhecimento na vida cotidiana. Configuram de certo modo instrumentos para pensar e atuar no mundo:

“Eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente posicionar-se frente a eles de forma defensiva.” (Jodelet, 2001, p.17).

Também Abric (2001) e Sá (1996) ressaltam a importância que as representações sociais estabelecem nas relações cotidianas e aponta quatro principais funções exercidas por elas. A primeira delas é a função de saber, *“permite entender e explicar a realidade”* (p.15) possibilita aos indivíduos integrar conhecimentos que viabilizem a comunicação social, bem como, aqui é possível assimilar e integrar conhecimentos dentro de um campo que possa ser coerente ao funcionamento cognitivo e com os valores do ator social. A segunda função é identitária, define a identidade social e estabelece os indivíduos em um campo social em que seu sistema de normas e valores possui uma construção em sua história, em outras palavras, o trabalho aqui é criar uma identidade alocando o sujeito ou grupo em um campo social de acordo com as normas e valores determinados historicamente. A função de orientação. *“as representações produzem igualmente um sistema de antecipações e expectativas”* (p.16), configurando com isso, uma ação sobre a realidade e guiando práticas. Melhor dizendo, construindo um movimento de ação sobre a realidade e realizando uma seleção de

informações para compreender essa realidade e agir sobre ela. A função justificadora explica e justifica a tomada de decisões por determinados grupos, “a representação social tem por função perpetuar e justificar a diferenciação social pode – como nos estereótipos – pretender a discriminação ou manter uma distância social entre grupos respectivos.” (p.17), serve para que o sujeito ou grupo social explique ou justifique as ações em determinadas situações ou em relação aos seus atores.

Assim, as representações sociais organizam-se sempre a partir de um saber apreendido da realidade. Por isso mesmo, assume um caráter dinâmico em fenômenos bastante complexos com diversos aspectos: *informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens, etc* (Jodelet, 2001).

Sá (1996), apesar de Moscovici resistir a definir precisamente o conceito de representações sociais, julga importante defini-lo, para que este não perca espaço em seu alcance enquanto conceito, e acrescenta: “*O termo representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos.*” (Sá, 1996, p.29).

Sá (1996) apresenta ainda três dimensões nas quais se configuram as representações sociais. A primeira é a dimensão da informação, refere-se ao modo pelo qual o conhecimento organiza-se por um grupo; a segunda dimensão é a do campo de representações, pressupõe um modelo e associa imagens e conteúdos concretos sobre aspectos dos objetos e de suas representações, e por último a atitude que orienta de maneira mais ampliada a relação que o sujeito estabelece com o objeto.

Jodelet (2001) reforça as ideias relativas às representações sociais enquanto modos de direcionamentos de ações e organizações do espaço social através da divulgação de conhecimentos:

“Geralmente, reconhece-se as representações sociais – enquanto sistema de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros – orientam e as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais.” (Jodelet, 2001, p.22).

Lançamos também mão da descrição feita por Vala (2006) do que vem a ser representações sociais, compreendidas aqui como modos coletivos de partilhar entendimentos

que regulam a produção social e devem ser considerados não apenas como fenômeno, mas também como conceito:

“É no quadro definido por uma partilha colectiva, mas sobretudo por um modo de produção socialmente regulado e por uma funcionalidade comunicacional e comportamental, que as representações sociais devem ser como fenômeno e como conceito.” (Vala, 2006, p.462).

Moscovici (2011), por sua vez, ressalta o caráter dinâmico das representações, comparando-as a uma espécie de campos de informações que se interconectam, compostas por aspectos móveis e fluídos. Para ele, “*as representações sociais se apresentam como uma „rede” de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluídas que teorias*” (p.210).

Acrescendo-se a isso, compreende-se que a representação social estará sempre voltada para algo ou alguém e envolve uma relação de simbolização e interpretação, a representação servirá de modelo do objeto. Jodelet (2001) reafirma essa ideia, apresentando *as “representações como uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto”* (p.27).

Spink (1993), com base em Sperber, aponta o caráter transdisciplinar da teoria das representações sociais, uma vez que esta teoria abarca alguns aspectos anteriormente considerados distintos no modo de conceber a construção do conhecimento. Vemos a seguir:

“As representações, segundo o autor, podem ser abordadas, enquanto eventos intra-individuais, como representações mentais, estudadas pela Psicologia Cognitiva e pela Psicanálise, onde o social é apenas uma sombra; como elementos centrais da comunicação, sendo então representações públicas, objeto de estudo da Psicologia Social; ou, ainda, como elementos coletivos, comunicados repetidamente e distribuídos igualmente numa determinada formação social, sendo então representações culturais, objeto de estudo da Antropologia.” (Spink, 1993, p.301).

Vala (2006) aponta a diferenciação feita por Moscovici (1988) entre as representações sociais hegemônicas, que se aproximam do conceito de representações coletivas de Durkheim. Nessa perspectiva, a forma de conhecimento do grupo é extensamente partilhada. Já as representações sociais emancipadas, referem-se à colaboração por grupos, cujos significados de um mesmo tema, são compreendidos de forma diferente. E, por último, as representações sociais polêmicas, que se apresentam como resultantes de conflitos sociais são estabelecidas por forças opostas e compreensões particulares sobre o mesmo objeto.

1.3 - Pensando a abordagem estrutural: Teoria do núcleo central e zona muda das representações sociais.

A Teoria das Representações Sociais, primeiramente elaborada por Moscovici e considerada por Sá (1996) como *A grande teoria*, ao longo do tempo passou a ser largamente estudada por outros autores. No decorrer dos estudos realizados posteriormente, surgiram com base nessas primeiras proposições, três correntes propostas como complementação às primeiras formulações dispostas na *Grande Teoria*, tal seja:

“[...] uma mais fiel à teoria original, liderada por Denise Jodelet, em Paris; uma que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willem Doise, em Genebra; uma que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-en-Provence.” (Sá, 1998, p.65).

É, portanto, na corrente estrutural que nos deteremos, uma vez que, nosso estudo está baseado nesta perspectiva. Denominada de Teoria do Núcleo Central (Vala, 2006; Sá, 1996), não assume pretensão de substituir a teoria principal formulada por Moscovici, mas tem como intuito complementá-la, apresentando marcadamente um caráter descritivo e explicativo da formulação das representações. Como esclarece o próprio Sá: “*Ressalve-se, desde logo, que a atribuição de um tal papel descritivo e explicativo complementar à teoria do núcleo central não implica em considerá-la como uma contribuição menor ao campo de estudos das representações sociais*”. (p.51)

A teoria do núcleo central foi primeiramente proposta por Jean-Claude Abric em sua tese de doutorado, numa perspectiva de pesquisa experimental, baseada em uma hipótese a respeito da organização interna das representações sociais (Sá, 1996; Abric, 2001). Foi mais profundamente desenvolvida pela equipe de *Aix-en-Provence* no ano de 1987 e organiza-se com base na ideia de um Núcleo Central, ou seja, concebe a organização de dois subsistemas na composição das representações sociais, um sistema central, que pode ser considerado também como o núcleo central da representação e um sistema periférico. Para Abric (2001), o funcionamento das representações sociais era composto sempre sob dois enfoques, o enfoque social e o enfoque cognitivo. Vejamos:

“As representações de fato não são exclusivamente cognitivas, também são sociais, o que faz precisamente sua especificidade em relação a outras produções ou mecanismos cognitivos. A análise e a compreensão das representações sociais e de seu funcionamento significará assim, sempre, um duplo enfoque, uma abordagem

que qualificamos de sociocognitivo e que integra os dois componentes da representação” (Abric, 2001, p.13).

“Uma representação social é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico. (Abric, 2001, p.38).

Para compreendermos melhor esse processo que envolve o caráter sociocognitivo como integrante dos componentes das representações, é necessário mencionar a existência de dois sistemas nessa composição. Uma vez que se fala em núcleo central, pressupõe-se a existência de um sistema central e um sistema periférico (Vala, 2006; Sá, 1996; Abric, 2001). Percorrendo o caminho feito por Abric, Sá (1996) ressalta que para chegar a essa conclusão o autor identificou as representações sociais como sendo concomitantemente estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Além de que, apesar de sua consensualidade, as representações sociais poderiam ser marcadas por diferenças significativas. Segundo Sá (1996), retoma o conceito de centralidade que Abric não considerava novo, voltou-se dentre outras, à análise do estudo precursor sobre percepção social de Salomon Asch em 1946, este estudo referia-se a *“formação de impressões sobre as pessoas a partir de um conjunto de traços que lhes sejam atribuídos”*. Considerando o estudo, bastante conhecido à época, é muito esclarecedor na constituição da representação, uma vez que, a imagem do outro é formulada a partir da importância atribuída às informações específicas, Abric utiliza-se de seus resultados para formular sua teoria.

Outra proposição básica para formulação da teoria do núcleo central que também aparece na teoria geral das representações, bem como, está em maior concordância com suas proposições é a noção de “núcleo figurativo”, que se constitui a partir do resultado do processo de formação da representação, ou seja, a objetificação. Sá (1996) nos ajuda com uma definição sucinta:

“Em linhas gerais, o núcleo figurativo é uma estrutura imagética em que se articulam, de uma forma mais concreta ou visualizável, os elementos do objeto de representação que tem sido selecionados pelos indivíduos ou grupos em função de critérios culturais e normativos”. (Sá, 1996, p.65).

Com isso posto, entendemos assim o sistema central, categorizado pelo núcleo central, ou seja, segundo os estudos de Abric (1994), a gama total de representações elaboradas por um determinado grupo, está organizada sob um núcleo central, ou as informações selecionadas que constituem o entendimento principal, cuja função é sustentar a significação e promover a organização interna. O núcleo central, portanto, assume um caráter mais fixo

permitindo à representação social manter-se estável. Sá (1996) aponta ainda com base em Abric, algumas características importantes em relação ao núcleo central:

“Ele é diretamente ligado e determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas. Ele é nesse sentido fortemente marcado pela *memória coletiva* do grupo e ao sistema de normas ao qual ele se refere.

Ele constitui, portanto a base comum, coletivamente partilhada das representações sociais. Sua função é *consensual*. É por ele que se realiza e se define a homogeneidade de um grupo.

Ele é estável, coerente, resistente à mudança, assegurando assim uma segunda função, a da continuidade e a da *permanência* da representação.

Enfim, ele é de certa maneira relativamente independente do contexto social e material imediato no qual a representação é posta em evidência.” (Abric, 1994b, p.78 apud Sá, 1996, p.73).

Assim, o sistema central de uma representação apresenta alguns aspectos que formulam sua composição a partir de uma estrutura que se apresenta de modo mais fixo e profundo em termos de composição de significado, quais sejam a memória coletiva do grupo, a consensualidade de significado, a permanência de sentido, bem como se apresenta relativamente independente do contexto social e material.

Sá (1996) acrescenta ainda que a caracterização de um núcleo central pressupõe em sua proposição a existência de elementos em outras instâncias estruturantes com funções que complementam o núcleo central das representações. Nessa perspectiva, Abric confere a Flament o mérito pela possibilidade de ter complementado sua teoria, uma vez que este conseguiu demonstrar em seus estudos a importância dos elementos ditos periféricos das representações, ou seja, aqueles que não comporiam o núcleo central no funcionamento das representações. Sá (1996) aponta ainda nos trabalhos de Flament a referência no “*postulado cognitivista*”, para desenvolver a distinção entre representações “*autônomas*” e representações “*não autônomas*”. Vejamos em Sá referindo-se aos trabalhos de Flament:

“[...] parte do “postulado cognitivista” segundo o qual o conjunto de práticas e discursos sobre um dado objeto, por mais diversificado, divergente e contraditório que pareça, é efetivamente coerente quando tomado em sua totalidade, para propor uma distinção entre representações “autônomas” e “não autônomas”. Nas primeiras, o “lugar de coerência” da representação de um dado objeto se encontra ao nível mesmo desse objeto; nas últimas, o lugar de coerência da representação do objeto se encontra nas representações de outros objetos mais ou menos ligados a ele.” (Sá, 1996, p.68).

Em outras palavras, as representações consideradas autônomas são constituídas de um princípio organizador interno. Já as representações consideradas não autônomas consistem naquelas que em sua composição apresentam vários temas interdependentes, não apresentando, portanto, um núcleo central.

Abric (2001) define as funções exercidas pelo núcleo central de uma representação. Igualmente importante, sua atuação pressupõe tanto um caráter gerador da representação, quanto um caráter de organizador da mesma, vejamos:

“* *uma função geradora*: ele é o elemento pelo qual se cria, se transforma, a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É por meio dele que esses elementos tomam um sentido, um valor,

* *uma função organizadora*: é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem, entre si os elementos da representação. É, nesse sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação. (Abric, 2001, p.20/21)

É fundamental acrescentar que mesmo com essa carga de importância na “*definição do significado de uma representação e na organização de seus elementos periféricos*”, o núcleo central por si só não se mostra suficiente para esgotar as formas pelas quais as representações afetam o cotidiano. Isso por que, observam-se aspectos nas representações que a primeira vista parecem contraditórios, ou seja, ao mesmo tempo em que as representações sociais apresentam-se de maneira flexível também são rígidas, bem como, além de estáveis, também são móveis. Outro aspecto, é que apesar de serem consensuais, também apresentam diferenças significativas de indivíduo para indivíduo (Sá, 1996).

Portanto, para dar conta dessas aparentes contradições, a abordagem estrutural compreende a formulação da representação social a partir de sistemas internos, o sistema central e o sistema periférico:

“A teoria do núcleo central procura dar conta dessas aparentes contradições propondo que a representação social, enquanto uma unidade unitária, é regida por um sistema interno duplo, em que cada parte tem um papel específico, mas complementar ao da outra.” (Sá, 1996, p. 73).

Assim, o sistema periférico tem por função ser intermediário entre o sistema central e a realidade concreta. Este é composto pelos elementos periféricos das representações sociais, ou seja, age como complemento do sistema central, por isso permite que o sistema central se ancore na realidade (Sá, 1996). Vejamos a definição mais específica de cada um dos sistemas, formulada pelo próprio Abric (2001):

“*Um sistema central (ou núcleo central), cuja determinação é essencialmente social, relacionado com as condições históricas, sociológicas e ideológicas. Diretamente associados aos valores e normas, define os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações. É a base comum propriamente social e coletiva que define a homogeneidade de um grupo mediante comportamentos individualizados que podem aparecer como contraditórios.

“*Um sistema periférico cuja determinação é mais individualizada e contextualizada, bem mais associadas às características individuais e ao contexto imediato e de acordo em que estão imersos os indivíduos. Este sistema periférico permite uma adaptação, uma diferenciação de duração, uma integração das experiências cotidianas. Permite modulações pessoais em torno de um núcleo central comum. Gerando *representações sociais individualizadas*. Muito mais flexível que o sistema central, protege-o de algum modo ao permitir que integre informações e até práticas diferenciadas. Permite a aceitação no sistema de representação certa heterogeneidade de conteúdo e de comportamento. (Abric, 2001, p.26/27).

Com isso posto, podemos observar que para Abric (2001), o sistema central é de fundamental importância para a manutenção da estabilidade da representação, garantindo sua permanência e conservação no tempo, pois sua formulação está relacionada ao contexto global que abarca o social, o histórico e o ideológico e definem normas e valores do indivíduo ou grupo social. O sistema periférico não ocupa menor importância nesse processo, é sua tarefa, associado ao sistema central, servir de ancora na realidade, podendo com isso ao identificar os esquemas estranhos e os esquemas condicionais que compõe o sistema periférico, ser um indicativo das mudanças do sistema central ao longo do tempo. Em Sá (1996) podemos encontrar um quadro formulado por Abric que apresenta de maneira clara e bastante sintética, as especificidades de cada sistema:

<i>“Sistema central</i>	<i>Sistema periférico</i>
Ligado à memória coletiva e história do grupo	Permite a integração das experiências e as histórias individuais
Consensual; Define a homogeneidade do grupo	Suporta a heterogeneidade do grupo
Estável Coerente Rígido	Flexível Suporta as contradições”
Resistente à mudança	Evolutivo
Pouco flexível ao contexto imediato (Sá, 1996:74/75)	Sensível ao contexto imediato

Abric (1998), apoiado também em outros estudos, ressalta ainda os diferentes tipos de elementos do núcleo de uma representação. São eles, elementos funcionais e elementos normativos. Os elementos funcionais apresentam características descritivas, bem como, o modo pelo qual o objeto se insere nas práticas sociais, assim são responsáveis pela conduta do objeto. Já os elementos normativos são provenientes do sistema de valores de cada um,

integram a dimensão social e encontram-se ligadas à história e ideologia do grupo, portanto determinam posições e julgamentos.

Menciona ainda um processo considerado essencial no funcionamento do núcleo central, o processo de ativação. Os elementos que tem um maior número de ativação, constituem aqueles de maior importância, consistindo no elemento principal. Descreve o processo da seguinte forma:

“O núcleo central é uma entidade constituída de um número restrito de elementos, sendo alguns normativos e outros funcionais, alguns principais e outros adjuntos. O conteúdo do núcleo é estável, ele não varia em função do contexto. Entretanto, dentro desse conjunto estável, alguns elementos vão ser mais utilizados que outros, na definição do significado do objeto ou das práticas que lhe são associadas. Nós dizemos que *os elementos do núcleo central são susceptíveis de serem ativados diferentemente, segundo o contexto social.*” (Abric, 1998, p.43).

Cabe colocar aqui que os fatores da ativação de um elemento no núcleo da representação, estão relacionados como determinante, à finalidade da situação e a distância estabelecida com o objeto e a contextualização existente na enunciação.

Abric (2005) levanta uma questão muito significativa em relação ao estudo das representações, tal seja: *“Quando uma população responde a uma sondagem sobre representações, ela nos oferece, de forma verdadeira e completa, a sua representação?”* (p.23). O autor acredita que é provável que isso aconteça, no entanto, nos temas socialmente mais sensíveis, é provável que o que acessamos, seja uma representação que esteja de acordo com a normatividade aceita pelo grupo, uma vez que a representação tem a função normativa. Existe, portanto, o que o autor denomina como zona muda de uma representação.

A zona muda de uma representação, não consiste em algo um elemento inconsciente no campo de significância do sujeito, porém consiste em algo que o sujeito entende não poder ser expresso publicamente. Abric (2005) acrescenta ainda que a existência da ocultação dessas representações nas áreas periféricas não consiste em uma gravidade significativa, pois não alteram o significado da representação. A mudança do significado da representação pode ocorrer quando elas são ocultadas na área do núcleo central da representação, nesse caso a parte mais importante é a que não foi dita.

Isso se dá mediante a um processo intitulado por Abric (2005) de gestão de impressão, uma vez que o sujeito entrevistado pode desejar transmitir ao entrevistador um discurso politicamente correto, assim o discurso se afina com a conformidade da norma e o que está fora dela, não é expresso, configurando a zona muda da representação. Em trabalhos

relacionados com racismo, por exemplo, a zona muda pode ser bem frequente, pois o discurso socialmente correto muitas vezes distingue-se do que é socialmente praticado.

Para identificar a zona muda nos estudos propostos existem duas técnicas distintas: técnica da substituição e a da descontextualização normativa, Abric (2005). A primeira delas, a técnica de substituição, tem a função de diminuir o peso normativo e consistem em realizar a mesma pergunta algumas vezes, porém a segunda delas responder como se fosse outros. A segunda técnica, descontextualização normativa, nesse caso, entende-se que a pressão normativa fica mais acentuada quando o entrevistado entende que o destinatário compartilha os mesmos valores, ou seja, uma pessoa mais próxima, no entanto, quando o interlocutor tem a sensação de distanciamento, torna-se mais fácil expressar sua verdadeira opinião, neste caso utilizam-se duas condições de coleta: *“uma condição normal, na qual o sujeito que pensa responder para um pesquisador que compartilha o mesmo sistema de valores”* e outra chamada de *“descontextualização normativa, na qual o sujeito pensa responder a um pesquisador que não pertence ao seu grupo de referência em relação ao objeto estudado”* (p.29).

Até o presente momento, pudemos constatar a importância existente na abordagem estrutural das representações com a formulação da teoria do núcleo central e da zona muda de uma representação, para melhor compreender os elementos e a dinâmica tanto do processo de formulação da representação como em sua manutenção. Essa compreensão mostra-se de fundamental importância, uma vez que nosso estudo pretende abordar as representações sociais da saúde da população negra para os usuários do serviço público de saúde.

As representações sociais vêm sendo um recurso significativamente utilizado para pesquisas relacionadas à saúde, o campo da psicologia social pode dar contribuições significativas relacionadas ao modo pelo qual as pessoas compreendem e lidam com os processos adoecedores. (Bucher, 2003) No entanto, apesar de encontrarmos atualmente uma gama significativa de pesquisas voltadas às representações sociais no campo da saúde, mostra-se ainda escasso os trabalhos de pesquisas voltados às representações sociais da saúde da população negra. Podemos compreender este fato, considerando que a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi publicada somente em 2009, fruto de pesquisas relacionadas à temática, que já durava alguns anos (Brasil, 2010).

Um dos exemplos de pesquisas voltadas à questão de saúde pública pode ser encontrado no artigo “Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral” publicado no ano de 2012 pela Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, o objetivo deste estudo consistiu em conhecer as representações sociais do SUS, a

fim de identificar a suas fragilidades e potencialidades. Para isso os dados foram coletados a partir de grupos focais com gestores, trabalhadores e usuários da Regional do Paranoá-Distrito Federal. A análise dos dados foi feita através de análise de conteúdo “que deram origem a três eixos temáticos: o primeiro demonstra que existe grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde; o segundo eixo trata da falta de acesso da população rural; e o terceiro eixo destaca a falta de disponibilidade de outros equipamentos de uso coletivo, além daqueles próprios da saúde” (Shimizu, Pamela e Sanchez, 2012:295).

Encontramos ainda, outra pesquisa voltada às representações sociais do SUS, realizada por alguns professores da Universidade do Rio de Janeiro e intitulada “O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura”. A pesquisa foi publicada na Revista Brasileira de Enfermagem em 2011. Seu objetivo consistiu em analisar a estrutura representacional de um grupo de usuários do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Utilizou como suporte a teoria do núcleo central das representações sociais, a partir da técnica de evocação livre foi proposto o termo indutor SUS, os dados foram analisados através do software EVOC 2000. “A estrutura da representação revelou quatro dimensões, a conceitual, a avaliativa, a espacial e a de finalidade, que apresentaram, respectivamente, os seguintes léxicos em seu núcleo central: saúde, bem atendido, hospital e atendimento” (Gomes, Oliveira, Sá, 2011:631). Os resultados apontam ainda para ideias contrastantes entre as representações positivas, bem como, a presença na periferia das representações de todas as dimensões mencionadas, com uma maior apresentação da dimensão de finalidade.

Em nossa revisão bibliográfica encontramos dois estudos diretamente relacionados ao tema aqui abordado. A primeira delas em forma de artigo, publicado na Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no ano de 2011. Consiste em um extrato do trabalho de dissertação “Importância do quesito cor na assistência pré-natal: representações sociais de gestantes e profissionais”, defendida pela Universidade Federal da Bahia em 2006, momento em que as discussões relacionadas ao tema estavam em efervescência e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na iminência de ser aprovada. Quanto ao método, o campo delimitado para o estudo foi composto de seis Unidades Básicas de Saúde de dois Distritos do Município de Salvador. Os dados foram levantados através de Entrevistas Semiestruturadas e Associação Livre de Palavras, com um total de 103 participantes entre profissionais e usuários. O objetivo da pesquisa consistia em apreender as representações que os usuários e os profissionais tinham sobre a utilização do quesito cor nas fichas de atendimento. Os resultados encontrados demonstram uma oposição de respostas tanto entre pessoas brancas como as negras e entre as pessoas mais jovens e as mais velhas. Evidenciou-

se a dificuldade que as pessoas de um modo geral na classificação da raça/cor, trazendo à luz a necessidade de que os olhares e ações continuem voltados a essa temática. A partir das entrevistas realizadas, foi possível fazer o levantamento de três categorias com base nos discursos dos participantes, tais sejam: “a cor/raça não influencia a qualidade do cuidado ou o processo saúde/doença; o quesito cor como possibilidade de luta contra o preconceito racial; o quesito cor como fonte de discriminação e preconceito”. (Sacramento e Nascimento, 2011: 1146).

Outro estudo encontrado trata diretamente da temática relacionada à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Trata-se de um trabalho de dissertação defendido na Universidade de Brasília no ano de 2013, cujo objetivo consistiu em compreender a visão dos gestores municipais em relação à importância da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, bem como, as dificuldades e facilidades nesse processo. Para isso foram realizadas entrevistas semiestruturadas e no tratamento dos dados foi realizada análise de discurso, utilizando-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados demonstraram o reconhecimento da importância da PNSIPN, mas também a existência de discursos opostos que negam sua pertinência, alegando a contrariedade de princípios do SUS. Quanto às representações sociais podemos destacar que “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” (Rinehart, 2013:6).

No capítulo subsequente abordaremos o levantamento da temática relacionada à saúde da população negra através de pesquisas realizadas, bem como o caminho trilhado para a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e sua implementação. Para esse fim utilizamos como principal documento o Relatório construído pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

2 - SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

2.1 - Antecedentes históricos das ações realizadas pelos movimentos sociais - Relatório Opas como pano de fundo.

Escrever sobre saúde da população negra parece um tanto quanto complexo, uma vez que essa temática é atravessada por questões não apenas referentes à saúde, mas questões sociais/raciais, bem como quanto à forma estabelecida nos direcionamentos políticos que a

envolvem. Assim, decidimos começar situando essa temática através do relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), uma vez que consiste em um dos principais documentos que atribuem consistência significativa para dar início a ações governamentais efetivas.

O trabalho apresentado por Oliveira (2003) refere-se a uma ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), através de sua representação no Brasil. Foi realizado sob a forma de consultoria, levando em consideração dados científicos, históricos e políticos no intuito de apresentar um panorama relativo à Saúde da População Negra no Brasil como preparatória para a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, promovida pela Organização das Nações Unidas, ocorrida em Durban no ano de 2001. Neste documento podemos encontrar:

“Em *Saúde da População Negra – Brasil, 2001* encontraremos embasamento filosóficos, científicos, históricos, políticos e éticos que possibilitam uma compreensão ampla e multidisciplinar da temática, além da proposta „Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade“, documento de subsídio para o debate da questão, também elaborado, sobre o auspício da OPAS – Brasil, por muitas pessoas ativistas e profissionais de saúde que há anos dedicam parte substancial de suas vidas à construção do campo Saúde da População Negra no Brasil.” (Oliveira, 2003, p.7).

O documento ora apresentado é composto por cinco partes estrategicamente escolhidas no sentido de facilitar a compreensão do tema proposto, visto que envolve uma abordagem múltipla de conteúdos. A primeira parte está relacionada a assimetrias econômicas, exclusões, vulnerabilidades, biociências e pesquisas com seres humanos:

“[...] as considerações sobre assimetrias econômicas, exclusões e vulnerabilidades são ilustradas com uma coletânea de histórias exemplares de como o racismo historicamente tem operado na assistência e na pesquisa em saúde e constituem subsídios indispensáveis à reflexão sobre raça, etnia, racismo e biociências, assim como das ideologias racistas, tais como darwinismo social e eugenia.” (Oliveira, 2003, p.13).

A segunda parte, por sua vez, refere-se às questões relativas à raça, etnia, racismo e biociências propriamente ditas, conceitos científicos que mudaram ao longo do tempo e que, por muitas vezes, ainda encontram-se pouco claros no imaginário coletivo. Portanto, envolver esses pontos na discussão proposta de forma clara e elucidada torna-se essencial quando falamos sobre a temática abordada.

“[...] embasamentos teóricos necessários à percepção crítica para melhor compreensão da conceituação do campo denominado Saúde da População Negra,

aqui entendido como um conjunto de estudos, pesquisas e propostas de atenção à saúde.” (Oliveira, 2003, p.13).

Já a terceira parte examina a atenção à saúde sob uma perspectiva do recorte racial/étnico, uma vez que essas evidências fortaleceram a discussão que resvalou na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta parte do trabalho apresenta dados categóricos de pesquisa realizados por diversos estudiosos que demonstram a situação de vulnerabilidade da população negra, bem como, as peculiaridades nas ocorrências de doenças que envolvem a saúde da população negra, como vemos:

“[...] discorre-se sobre as evidências do recorte racial/étnico na assistência e na pesquisa em saúde, com um resgate das discussões e ações sobre o quesito cor no Brasil, relativas às doenças/condições que incidem de forma diferenciada na população negra, com os temas: mortalidade precoce de afrodescendentes, diabetes tipo II, hipertensão arterial, miomas uterinos, anemia falciforme e Programa Estadual de Triagem Neonatal de Minas Gerais (PETN-MG); deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G-6-PD); mortalidade infantil; mortalidade materna; síndromes hipertensivas na gravidez e mortalidade materna, além de outras doenças sobre as quais há indícios de incidência expressiva em mulheres negras, tais como câncer cérvico-uterino e no conjunto da população negra, como a infecção por HIV/AIDS, raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva; dados de estudos sobre a Lei de Planejamento Familiar, esterilização, cesárea e quesito cor, violência, violência de gênero, recorte racial/ético e saúde.” (Oliveira, 2003, p.13).

A quarta parte concebe a construção de um campo de estudos que proporcione uma intervenção social e política. Uma vez realizada a discussão relativa às vulnerabilidades e peculiaridades que envolvem a população negra no campo da saúde, evidenciadas pelos dados das pesquisas apresentadas, foi possível perceber a necessidade de uma intervenção política e social para amenizar a problemática, tal seja:

“[...] aborda-se breve história da construção do campo da saúde da população negra no Brasil, por meio dos debates e das lutas relativas ao quesito cor; das reivindicações do Movimento Negro na área da saúde; das respostas acadêmicas e do movimento social negro e outros aliados, que demonstram o estado da arte dos estudos sobre a saúde da população negra no Brasil. Apresentando-se as respostas governamentais, isto é, as ações do governo brasileiro nos anos de 1990-2001.” (Oliveira, 2003, p.14).

A quinta e última parte contém as recomendações realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (PAS), além da já referida Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2008).

Descrevemos de maneira mais detalhada cada parte do documento mencionado acima, por compreender que este nos possibilita uma compreensão panorâmica sobre o tema tratado neste capítulo e que, de certa forma, elencou juntamente com algumas outras iniciativas,

também descritas em Cunha (2012), a elaboração de uma ação efetiva relacionada à Saúde da População Negra em nível das instâncias governamentais, como nos afirma Batista (2012):

“No final de 2001 (dias 6 e 7 de dezembro de 2001), o grupo temático Saúde do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra organizou o *Workshop* Interagencial Saúde da População Negra em Brasília, DF. O grupo produziu o Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente, o livro Saúde da População Negra-Brasil ano 2001, publicado por Fátima de Oliveira e distribuído pela Organização Pan -Americana de Saúde/OPAS-OMS, o livreto Política Nacional de Saúde da População Negra – uma questão de equidade: subsídios para o debate, publicado pelo Sistema das Nações Unidas no Brasil/OPAS-OMS e Programa de Cooperação Técnica do DFID - Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional no Brasil. A publicação da Portaria GM/MS 822/2001 do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde também deve ser colocado como um dos produtos do GTI-Saúde.” (Batista, 2012, p.25)

Segundo Müller (2012), para melhor articulação do tema saúde na perspectiva da Valorização da População Negra, a Associação Brasileira de Pesquisadores(as) Negros(as) (ABPN) estabeleceu uma parceria com Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) que foi criado em 1995 por Decreto da Presidência da República. É no I Congresso de Pesquisadores Negros (I COPENE), que se inicia a trajetória da ABPN, uma vez que, neste momento emergiram dois pontos importantes relativos aos estudos a respeito do tema:

“Primeiro: „a diversidade, o crescimento numérico e a qualidade da produção”; em segundo lugar, „a persistência de barreiras e a ausência dos meios materiais de suporte ao desenvolvimento de pesquisas pretendidas pelos(as) pesquisadores(as) negros(as), o que sugerira divergências no interesse e na agenda entre pesquisadores(as) brancos(as) e afrodescendentes”.” (Muller, 2012, p.8).

Desse ponto deliberou-se a criação da Associação bem como seu estatuto. Batista (2012) aponta outro momento importante para o avanço da temática. Em 2004, aconteceu o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial - SEPIR, onde foram apossados os “*especialistas em saúde da população negra no Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde (Portaria 1.056, de 13 ago. 2004)*”. E acrescenta:

“Pela primeira vez o grupo de saúde da ABPN teve espaço no congresso para realizar uma conferência com a temática “Saúde da População Negra”. Esse é o período que consolida a demanda do movimento negro por assistência às pessoas com doença falciforme – a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Portaria GM/MS 1.391, de 16 ago. 2005).” (Batista, 2012, p. 28).

Seguidamente a isso, foi em 2006 que a ABPN obteve uma vitória significativa em relação aos avanços referentes à implantação de um plano mais específico que contemplasse a

temática da saúde da população negra. Neste mesmo ano foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma vez pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008 e somente em 2009 publicada pelo Ministério da Saúde sob a Portaria 992 de 13 de maio (Batista, 2012).

Segundo Cunha (2012), é possível perceber que essas conquistas basearam-se em frutos de uma significativa persistência dos movimentos sociais e principalmente das mulheres negras organizadas. Os dados apresentados pelos estudos realizados à época apresentavam principalmente as mulheres como vítimas, no que toca a taxa de mortalidade materna e mortalidade infantil. Assim, principalmente elas, perceberam a necessidade de mudar esse quadro, levantando duas questões básicas, vejamos:

“Os militantes dos movimentos sociais em geral, especificamente os defensores dos direitos humanos, e mulheres negras tiveram notória participação em dois processos que ocorreram de forma simultânea. Por um lado se avocaram em entender, divulgar e conscientizar à sociedade civil sobre a importância de contar com informações sistemáticas e confiáveis e de análises científicas que deixassem evidente a existência das desigualdades raciais. Por outro, continuaram suas atuações no sentido de conscientizar à população da importância de persistir na construção da identidade racial reforçando a valorização da condição de ser negro, reivindicando direitos e da relevância de, não só se reconhecer, mas também, autodeclarar “negro” quando indagado sobre a raça/cor a qual pertence.” (Cunha, 2012, p.37).

Até o momento, fizemos um breve apanhado do caminho percorrido pelos movimentos sociais e pesquisadores (as) sobre a temática, até a construção da publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ponto de fundamental importância no presente estudo, que retomaremos mais adiante. Todavia, julgamos ainda de notório auxílio para avançarmos na discussão voltar ao relatório da Opas que, como dito anteriormente, apresenta um panorama interessante sobre a temática.

2.2 - Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde - Opas/ uma revisão bibliográfica.

Oliveira (2003) inicia a primeira parte de seu trabalho chamando atenção às condições sócio-econômicas da população afrodescendente brasileira, relacionando essas condições à expectativa de vida. Segundo ela, podemos compreender a expectativa de vida como a síntese do encontro sanidade/enfermidade cuja complexidade encontra-se na associação de fatos materiais/ambientais e fatores biológicos do indivíduo. Coloca ainda que as condições sociais do indivíduo podem ser mensuradas a partir dos seguintes fatores: local e condições de

moradia, condições de trabalho, acesso à escola e qualidade de atenção por parte dos serviços de saúde.

Apoiada no documento „*Nós, Mulheres Negras*“ (2001) que traz à luz um levantamento das condições de habitação da população afrodescendente no Brasil, cuja constatação retrata esta população enquanto residentes das áreas urbanas mais degradadas e das áreas rurais de mais baixa qualidade e acesso a serviços como saúde e educação. Os dados relativos à questão de local e moradia no Brasil sobre condições de vida tem um recorte de um ano entre março 1996 e março 1997 e cobriram cerca de 70% da população em algumas capitais (Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro) e outras áreas urbanas do Nordeste e Sudeste.

“[...] afrodescendentes residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, tais como saneamento básico, escolas e instituições de saúde, que quando existem são de baixa qualidade. Assim como estão alocados nos trabalhos que exigem pouca qualificação profissional, cuja renda mensal é irrisória, logo insuficiente para cobrir necessidades vitais como, por exemplo, alimentação adequada. Agregam-se às precárias condições materiais de vida prática racista, firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa estima e risco de adoecimento físico e mental.” (Nós, Mulheres Negras, 2001 apud Oliveira, 2003: 18).

O documento aborda ainda outros dados relativos a diferentes aspectos pautados em outras pesquisas, realizadas por diversos profissionais. Os aspectos abordados que podemos encontrar são: tipo de ocupação e nível de renda, escolaridade, expectativa de vida. A pesquisa Perfil Demográfico das Chefias Femininas no Brasil (dados do Censo de 1991 e da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD - de 1998), cujo tema é Padrões de Vida (PPV/IBGE-1996) da demógrafa Elza Berquó é um dos exemplos de dados que reforçam a necessidade da realização de estudos específicos em relação à questão racial.

Outro subtema abordado consiste na questão da mortalidade infantil e materna. “*Analisando dados da Fundação Seade sobre os óbitos no Município de São Paulo em 1995, a pesquisadora Maria Inês da Silva Barbosa constatou que, das mortes ocorridas antes dos 50 anos, a proporção de mulheres negras (40,7%) era quase igual à de homens brancos (39%).*” (Barbosa 2001 apud Oliveira, 2003, p.19). Segundo a autora, desde os anos 1980, a mortalidade infantil vem caindo de um modo geral. No entanto, em contraponto a isso, a mortalidade infantil entre as crianças negras vem aumentando:

“A taxa de mortalidade infantil das crianças afrodescendentes foi de 62,3 por 1 000 de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1996. No caso das crianças brancas, essa taxa foi de 37,3 por 1 000.

Nas taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos, as diferenças são mais expressivas: 76,1 por 1 000 para afrodescendentes e 45,7 por 1 000 para as brancas.” (Oliveira 2001, p. 20).

Outro aspecto abordado na primeira parte do trabalho de Oliveira (2003) é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que considera em sua avaliação, indicadores como educação, a expectativa de vida e o rendimento per capita, consiste em uma metodologia desenvolvida pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 1999, o Brasil ocupava a 79ª posição no ranking mundial. Neste mesmo ano, dois pesquisadores Wânia de Jesus Santa-Anna e Marcelo Paixão, desagregaram os dados utilizados pelo PNUD, por sexo e raça da população afrodescendente. O resultado dessa desagregação coloca a população negra do Brasil deste período na 108ª posição em contraponto a 49ª posição da população branca. Segundo dados referentes ao período e que foi composto o relatório:

“*A população brasileira é constituída de 54% de brancos; afrodescendentes: 5,4% de pretos e 39,9% de pardos;

*91,7% dos brancos com mais de 15 anos eram alfabetizados, contra 80,2% de afrodescendentes;

*a média da expectativa de vida do Brasil é de 68 anos, mas para brancos fica em torno de 71,23 anos e para afrodescendentes é de 65,12 anos; e

*a renda per capita (média da renda familiar) entre brancos é de 2,99 salários-mínimos e entre negros é de 1,28 salários-mínimos.”

A expectativa de vida, segundo o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) desagregado por gênero e raça, é respectivamente: homens brancos, 69 anos; mulheres brancas, 71 anos; homens negros, 62 anos e mulher negras, 66 anos. A média de expectativa de vida para o total de brancos é de 70 anos e para o total de negros é de 66,8 anos.

Os dados relativos à renda informam que o PIB per capita das mulheres negras é de 0,76 SM; homens negros: 1,36 SM; mulheres brancas: 1,88 SM; e homens brancos: 4,74 SM. No tocante ao índice de escolaridade, são respectivamente: 82% para homens brancos, 83% para mulheres brancas; 76% para mulheres negras e 70% para homens negros” (Santa-Anna, 2001 apud Oliveira 2001: 22).

A realidade apresentada é ainda corroborada pelos dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), dados esses extraídos dos Cadernos Textos Básicos construídos a partir do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra:

“De acordo com os dados do IPEA (2002), em 1992, 40,7% da população brasileira era considerada pobre; em 2001, esse percentual cai para 33,6%. Nesse período, a proporção de negros pobres equivalia a 2 vezes a proporção observada na população branca - 55,3% *versus* 28,9% em 1992 e 46,8% *versus* 22,4% em 2001. Nesse ano, homens e mulheres apresentaram-se distribuídos de forma semelhante entre os pobres – cerca de 1/3 da população -, entretanto, ao incluir a variável raça/cor na análise dos dados, observou-se que esta situação era vivida por quase metade das mulheres negras contra apenas 22,4% das mulheres brancas. Na indigência, a proporção de mulheres e homens negros foi cerca de 28% em 1992 e 22% em 2001, contudo este percentual foi 2,3 vezes maior quando comparado àquele apresentado para mulheres e homens brancos em 1992 e 2,6 vezes maior em 2001.” (Lopes, 2004: 51 apud IPEA, 2002)

Ainda segundo Oliveira (2003), o levantamento dos dados apresentados demonstra uma grande desigualdade social em relação às condições sócio-econômicas da população negra. Condição essa que interfere diretamente no processo de adoecimento e cuidados com a saúde:

“Há fatores que influenciam diretamente na atenção à doença; dentre outros, destacam-se: restrições e/ou oportunidade de acesso, a qualidade da atenção e a discriminação – tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual – por parte de instituições e profissionais de saúde” (p.23).

As pesquisas relacionadas ao censo de 2010 (IBGE, 2011), adotaram o critério de análise dos resultados considerando o quesito raça/cor em todas as entrevistas e não por amostra de domicílio como feito nas pesquisas dos anos anteriores, uma vez que considera importante para realizar a real análise socioeconômica do país. Nesse levantamento podemos observar que dos 191 milhões de brasileiros 47% autodeclararam-se brancos, 7,6% autodeclararam-se pretos, 43,1 autodeclararam-se pardos, 1,1 autodeclararam-se amarelos e 0,4% autodeclararam-se indígenas. Se somarmos a porcentagem de pretos e pardos temos um total de 54,6%, mais da metade da população brasileira.

Nos últimos dez anos, a população teve sua estrutura modificada em termos de cor ou raça. Destaca-se uma menor proporção de pessoas que se declaram brancas e uma maior proporção das pessoas que se declaram como pretas ou pardas... Entre as hipóteses para explicar tal dinâmica, pode-se destacar uma valorização da identidade afrodescendente. (Indicadores Sociais Municipais – IBGE, 2011: 46).

Podemos identificar que nos últimos anos, com base nas informações censitárias (IBGE, 2011), houve um avanço na desigualdade entre as populações branca e negra, comprovando que a população negra brasileira encontra-se em situação de maior vulnerabilidade social e econômica.

Esses dados podem ser também corroborados em outro trabalho realizado pela Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) juntamente com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), relacionado especificamente às condições da população negra brasileira (IPEA, 2014). Nessa publicação, são enfáticos em afirmar a existência ainda dos resquícios da escravidão e do racismo que constituem os moldes da sociedade atual, os dados utilizados são comparados entre os anos de 2001 e 2012, o primeiro escolhido por ser o início do novo século e o segundo, por ser o último ano de coleta até a publicação. A saber, os dados relacionados a salário e renda tem um demonstrativo favorável, no entanto, a população negra ainda encontra-se entre a maioria que compõe a linha da pobreza, “...A parcela com menos de 0,5 salário mínimo passou de 65,8%, em 2001, para 38,6%, em 2012, uma redução muito significativa, embora ainda sejam maioria entre os pobres. O total de

brancos nesta faixa de renda era de 19,2% em 2012 .”(p.17). No tocante à questão da moradia, podemos observar nos dados também um avanço no período estudado, o que não retira este item de continuar em atenção, veja:

Entre 2001 e 2012 houve um notável progresso em matéria de condições de moradia, com redução no padrão de desigualdade racial por situação de domicílio. Negros apresentaram uma evolução mais pronunciada que a dos brancos, e as regiões não metropolitanas uma evolução mais acelerada que as metropolitanas. Cabe acrescentar que as condições de moradia é tema que ainda requer atenção, pois apenas 50,8% das moradias se encontravam em condições adequadas em 2012, contra 33,7% em 2001, segundo os critérios do IBGE. (IPEA, 2014:18)

O quesito moradia consiste em um dos principais indicadores relacionados à saúde, uma vez que, boas condições de moradia favorecem a não aquisição de algumas comorbidades. Outro indicativo importante a ser observado é os dados relativos a trabalho e renda, podemos notar a significativa diferença, mesmo com a proeminência de alguns avanços:

“...no Brasil a população negra tem rendimentos menores do que a branca em todas as situações que envolvem rendimentos auferidos via ocupação ou seguridade social, sem incluir os ganhos de capital. Em 2012, o valor obtido pelos negros nunca foi superior a 62,9% do que é pago aos brancos, como é o caso dos que têm rendimentos provenientes de uma única ocupação. Nas demais situações, a razão entre os rendimentos é ainda menor, sendo mais desfavorável aos negros (37,7%) quando recebem rendimentos somados da seguridade e da ocupação.” (IPEA, 2014:18).

Os dados apresentados por esses órgãos oficiais de coleta demonstram um avanço significativo nos últimos tempos, frutos possivelmente de diversas medidas afirmativas criadas com o intuito de diminuir as desigualdades. No entanto, os mesmos dados apontam ainda um longo caminho a ser percorrido para que esse objetivo seja alcançado.

2.2.1 - A questão étnico/racial uma discussão científica.

Na segunda parte do relatório da Opas, é abordada a discussão sobre o conceito de raça. Um ponto significativamente importante, uma vez que nosso estudo se trata de um tema sob o viés do recorte racial. Este conceito mudou ao longo do tempo e, por vezes, carece de esclarecimentos. Oliveira (2003) informa que existe no Brasil, enquanto senso comum, um entendimento de raça como um grupo de pessoas parecidas fisicamente e até mesmo, quando relacionado às famílias, entende-se como „raça boa ou raça ruim“. No entanto, no meio intelectualizado, a concepção de raça enquanto determinismo genético, não somente é discutível, como também pode ser considerada anti-científica, uma vez que o entendimento

atual do conceito de raça refere-se à concepção universal do humano, ou seja, a unicidade da espécie. Vejamos:

“Os saberes da genética molecular dizem que, considerando-se o DNA como material hereditário e o gene como unidade de análise biológica, é absolutamente impossível dizer se essas estruturas pertencem a uma pessoa negra, branca ou amarela. Isso é o óbvio ululante, pois os genes carregam possibilidades de caracteres e não caracteres. O que significa que geneticamente não há raças humanas.” (Oliveira, 2003, p.50).

“A taxinomia racial que identifica um número limitado de raças diferenciadas hierarquicamente segundo seus traços físicos (predominantemente a cor da pele) é um produto histórico cunhado pelo colonialismo e hoje constitui, evidentemente, uma concepção obsoleta do mundo.” (Oliveira, 2003, p.51).

Como vimos, a discussão torna-se ainda mais complexa, pois o conceito de raça enquanto denominador genético de diferenciação não mais existe. Como então aportar uma discussão relativa à saúde da população negra sob o recorte racial é o que pretendemos elucidar. Para esse fim, recorreremos também a outro termo, digamos menos utilizado. Embora pouco comum no Brasil, a utilização do termo *etnia* seria mais usualmente adequado ao uso enquanto reconhecimento de características particulares e diferenças culturais entre grupos:

“Um *grupo étnico* é um grupo de indivíduos ou comunidades que se identificam pelo mesmo nome gentílico, compartilham mitos de ancestrais ou origens comuns e memórias de um passado coletivo, e que selecionam um ou mais traços físicos e/ou culturais (vestuário, idioma, religião, cor da pele, etc) como distintivo ou marca étnica do grupo, possuem certo senso de solidariedade e estão vinculados a um território ou terras de origem, muito embora não as ocupem fisicamente, como ocorre nas diásporas”. (Oliveira, 2003, p.51).

Essa temática mostrou-se amplamente discutida no Seminário Nacional de Saúde da População Negra, cuja realização aconteceu em Brasília no ano de 2004. No momento, a questão estava em vias de tornar-se uma ação concreta diante do poder público. Figueroa (2004) corrobora a questão de raça/etnia, diferenciando os conceitos e aplicando ao pensamento defendido por Oliveira (2003):

“A cor da pele e outros traços fenotípicos tornaram-se, ao longo da história, marcadores de “raça” e “etnia”. Ambos os termos têm múltiplos e instáveis significados, variando de acordo com países, regiões e contextos históricos. Etnia diz respeito ao reconhecimento pelas próprias pessoas de seu pertencimento a um grupo, definido pela partilha de uma história e de traços, como ancestralidade, origem, território, língua, valores, estilo de vida, cultura, por vezes, aparência física e um grau relativo de coesão interna, quando em confrontos com grupos diferentes.” (Figueroa, 2004, p.11).

“O uso do termo “raça” surgiu como tentativa de explicar a diversidade humana. Isso, por influência de conceitos e métodos, já superados, da biologia e da antropologia física do século XIX. Levavam-se em conta critérios de origem geográfica e parâmetros morfológicos. Entre estes, talvez por sua maior visibilidade, priorizou-se a cor da pele”. (Figueroa, 2004, p.11).

Em uma tentativa de explicar a ancoragem que pode ter sido estabelecida em relação à concepção de raça, Stolcke (1991) volta a meados do século XIII e faz um apanhado histórico sobre a origem dos conceitos associados à questão. Já em uma perspectiva voltada para fins de segregação e exclusão social pautados em pensamentos religiosos que visavam a separação dos cristãos e dos não cristãos. Vejamos:

“Um caso inicial do emprego de „raça“ para fins de segregação e exclusão social, já que envolvia uma confluência natureza-cultura, é a doutrina católica da **pureza do sangue**, que data pelo menos do século XIII [...] Quando se introduziu a doutrina da **pureza do sangue**, destinava-se a segregar os cristãos dos não cristãos, especificamente dos muçumanos e dos judeus [...] No final do século XVIII, essa preocupação com as diferenças „raciais“ entre os seres humanos se transformou nas primeiras formulações daquilo que agora é convencionalmente conhecido, como racismo científico, ou seja, a demonstração pseudo científica da fundamentação física das diferenças culturais [...] Seguiram-se, logo após, teorizações mais elaboradas da desigualdade racial ligadas à desigualdade sócio-política no século XIX. No novo mundo, já estavam bem desenvolvidas as justificativas racistas para a escravidão.” (Stolcke, 1991 apud Oliveira, 2003, p. 52).

Assim, os cenários das grandes guerras que ocorreram ao longo da história, foram marcados por ideologia de base segregacionista com um viés religioso que vieram a fortalecer as desigualdades sócio-políticas, descrita acima, causando direcionamentos que submeteram populações a toda sorte de tratamentos desumanos. O racismo tornou-se marcadamente perceptivo em todo o teor do seu corpo doutrinário no século XX, principalmente entre as duas grandes guerras mundiais, e se estabeleceu com a ascensão do nazismo. Após a segunda grande guerra iniciou-se um movimento de denúncia dos atos de barbárie causados por essa ideologia, na tentativa de desmontar o „racismo científico“. Nesse período, portanto, iniciou-se a utilização do termo etnia para marcar as diferenças entre os grupos (Oliveira, 2003).

Stolcke (1991) corrobora a não existência da concepção de raça ancorada em uma fundamentação biológica, como também reforça a ideia de etnicidade enquanto uma construção cultural associada a um contexto sócio-político:

“[...] „raça“ como categoria biológica de diferenciação social sistemática, não existe. De maneira inversa, nem sempre etnicidade é necessariamente concebida como atributo cultural, não naturalizado. Entretanto as categorias classificatórias não são um fenômeno independente. Para serem entendidas adequadamente, não é possível divorciá-las do contexto sócio-político mais amplo em que são usadas, pois é este que lhes dá significado simbólico.” (Stolcke, 1991 apud Oliveira, 2003, p. 54).

2.2.2 - Ideologias racistas: embranquecimento e eugenia.

A „teoria do embranquecimento“ que se estabeleceu no Brasil, foi fundamentada sob as bases do Darwinismo Social e Eugenia, assim sendo, não parece possível falar em saúde da população negra sem abordar esses temas fundamentais, que possibilitam compreender a formulação do conceito que resultou em diversos movimentos relacionados à temática. Charles Darwin, naturalista inglês, publica em 1859 o livro *Origem das Espécies*, defende em sua teoria que todos os seres de uma mesma espécie nascem da mesma fonte e evoluem a partir disso. Ideia essa que se mostra em lugar opoitor ao racismo, uma vez que coloca todos em um mesmo patamar. (Oliveira, 2003)

“Foram inúmeros os estudos biológicos e antropológicos que tentaram uma classificação racial com precisão. Todos tiveram como ponto de partida a semelhança fenotípica ou genotípica em humanos, em todos os tempos essas tentativas jamais apresentaram um resultado consensual. Em todas essas empreitadas o quesito cor (cor da pele) sempre foi uma característica tida como básica, ou como critério em si, ou por conta da região geográfica que as pessoas moram. Sabe-se que o maior ou menor teor de melanina é uma das adaptações da pele ao meio ambiente, uma proteção contra o excesso de irradiação solar.” (Oliveira, 2003, p.56/57).

A teoria evolucionista de Darwin, uma vez aceita, gerou certo sentimento de decepção em uma sociedade que se pretendia hierarquizada. “*Careciam encontrar algum modo de desqualificar e desacreditar a perspectiva de igualdade que a Teoria da Evolução explicitava.*” (Oliveira, 2003, p.60). Assim, munidos de tal conhecimento alimentam a necessidade de manter a sociedade sobre a perspectiva de superioridade e inferioridade, formularam o que chamamos de darwinismo social, como saída científica que justificasse atitudes e comportamentos, bem como um possível projeto de embranquecimento da população no sentido de aprimorar a espécie (Figuerola, 2004). No Brasil, estes apanhados teóricos tiveram grande receptividade.

A autora menciona a dúvida em relação ao darwinismo social sob a legitimidade de tal ideologia colocada por Sacarrão (1989), que caracteriza o darwinismo social como uma atribuição de ideologia social na composição dos princípios de Darwin. Sengudo ele ainda, a formulação dessa ideologia com base nos princípios darwinistas servia para fins específicos de cunhos dominativos, afirma:

“O darwinismo social é um produto ideológico da teoria científica elaborada por Darwin. Consiste essencialmente na utilização e desenvolvimento dos conceitos de „luta pela existência“ e de „sobrevivência dos mais aptos“ para criar esta filosofia de sociedade servindo também para caucionar as injustiças, as desigualdades, o liberalismo selvagem, as opressões. A expansão colonialista encontrou na doutrina as justificações e os seus fundamentos uma espécie de „moral“. O racismo, que se espalhou pela Europa e pela América, apoiou-se também no darwinismo social e foi

em parte fortalecido por ele. O genocídio dos índios americanos, a exploração e o aviltamento social dos negros, o colonialismo escravizador, exigiam uma justificação para satisfazer a moral e colocar as consciências bem consigo mesmas. O domínio do branco apoiou-se na teoria da sua superioridade em relação aos povos colonizados. Os genocídios tinham uma base „científica“. (Sacarrão,1989 apud Oliveira, 2003, p.61).

Apoiada em Fausto, Figueroa (2004) explica que o Brasil viveu cerca de 300 anos de escravidão, é possível dizer que nesse período foi um dos países que mais importou escravos para viabilizar a força de trabalho interna. Os negros escravizados na ocasião, não possuíam nenhuma espécie de direitos, uma vez que eram considerados juridicamente como coisas, mais uma das peças de produção. Pode-se pensar que esta condição se alterou com a abolição da escravatura. No entanto, essa população recém liberta, não recebeu nenhum subsídio para que estabelecesse minimamente uma organização para existência digna em uma sociedade imersa em profundas mudanças. Com isso, as formas de marginalização dessa população somente cresceram pautadas em uma organização social emergente que exigia qualificação a qual nunca tinham tido acesso, mesmo quando conseguiam trabalho, eram de baixa remuneração. Acrescenta Figueroa:

“A própria Abolição, em que pese a eloquência humanista, iluminista, dos discursos da elite política que a defendia, teve em grande medida um caráter preventivo, de defesa econômica das oligarquias. A grande questão era que o sistema produtivo escravista enfrentava o esgotamento de suas possibilidades, espreitado, no plano nacional, pelo incremento dos atos de resistência e fuga de escravos, e, no plano internacional, pelas mudanças político-ideológicas quanto aos sistemas de governo e de organização econômica (o republicanismo e a revolução industrial).” (Figueroa, 2004, p.28).

Com isso posto, é possível suspeitar que proporcionar melhores condições de vida e uma mínima orientação para uma melhor construção do bem viver após o período escravocrata, parece não ter sido o interesse das instâncias governamentais, uma vez que a própria abolição não seguiu literalmente os princípios humanistas. Associada a isso, ainda existia uma política social interna que visava o embranquecimento e o aprimoramento da raça, como já mencionado anteriormente, promovida pela imigração subsidiadas aos europeus no final do século XIX e início do XX.

É possível dizer, portanto, que não foram proporcionadas medidas no sentido de corrigir as desigualdades inicialmente ocasionadas no período da escravidão. Contrário a isso, a população negra passou de população escravizada para uma população de “vadios”, “indigentes” e “incapazes”, ficando a mercê das desigualdades sociais que eram produzidas. Assim, apesar de toda romantização no sentido de suavizar e encobrir esses aspectos

promovendo uma imagem de harmonia entre as *raças*, o que de fato ocorreu com a grande maioria da população *liberta* foi o agravamento e reprodução das precárias condições de vida e invisibilidade dessa população (Figueroa, 2004).

Lopes (2004), para reforçar essa ideia uma vez apoiada em Werneck, traz a luz o mito da democracia racial, que consiste em certa construção ilusória de que existia uma convivência pacífica entre brancos e negros. Ideia essa corroborada por parte da literatura produzida no Brasil neste período, vejamos:

“A democracia racial, traduzida pela convivência pacífica entre negros e brancos na proximidade geográfica, física e cultural e pelas relações afetuosas, quase familiares, as quais se estabelecem propiciadas pela intensa mobilidade sexual dos homens brancos a partir do período colonial teve, como principal veículo de disseminação no Brasil, os trabalhos de Gilberto Freyre, cujo pensamento foi seguido por muitos outros. O projeto de nação levado a cabo neste período buscava afirmar-se na produção de uma nação pacífica, afetuosas, sensual, ancorada nas ideias da mistura racial que absorvia o que é de melhor, ou nem tanto, os três povos (brancos, negros e indígenas) teriam a oferecer.” (Lopes, 2004, p.55).

Guimarães (2004) aponta estudos realizados em meados da década de 1950 relacionados à questão de preconceito racial no Brasil. Com a organização política e social já um pouco mais avançada em seu processo de organização, é possível perceber que a desigualdade e discriminação da população negra continuam marcantes. O autor cita trabalhos de Nogueira, 1955 e Fernandes, 1965; bem como Cardoso, 1962; tais profissionais debruçaram-se em alguma medida sobre o tema, por constituir uma questão significativa na configuração social do país. Vejamos:

O preconceito de “raça” ou de “cor” era um componente organizatório da sociedade de castas. Nela, porém, a representação do negro como socialmente inferior correspondia tanto a uma situação de fato, como aos valores dominantes na sociedade. (...) era um componente essencial e “natural” do sistema de castas. (...) Apenas lateralmente, apesar da enorme importância desse processo, a função reguladora do preconceito agia no disciplinamento das expectativas e possibilidades de ascensão social: no caso dos mulatos claros livres. Com a desagregação da ordem servil, que naturalmente antecedeu, como processo, à abolição, foi-se constituindo, pouco a pouco, o “problema negro”, e com ele intensificando-se o preconceito com novo conteúdo. Nesse processo o “preconceito de cor ou de raça” transparece nitidamente na qualidade de representação social que toma arbitrariamente a cor ou outros atributos raciais distinguíveis, reais ou imaginários, como fonte para a seleção de qualidades estereotipáveis. (Cardoso, 1962, p. 281 apud Guimarães, 2004, p. 22).

Guimarães (2004) aponta ainda que os estudos sobre o tema são revigorados enquanto delineamentos teóricos com o livro *Discriminação e Desigualdades Sociais* de Hasenbalg (1979), que serviu de fomento para que os movimentos sociais começassem uma tentativa de introduzir a questão do racismo em pautas políticas nacionais, o que somente veio ocorrer de

fato nos anos 1990. A lei do racismo foi estabelecida em 1989, dando uma conotação que se pretendia mais contundente no combate a discriminação, agora com vistas a punições legais (BRASIL, 1989). Com o passar do tempo, o estabelecimento da discriminação e racismo proporcionou um novo modo de lidar com a problemática.

Lima & Vala (2004), ao tratarem dos novos modos de expressão do preconceito e do racismo, estabelecem apoiados em Alport (1954), uma diferenciação importante entre os dois termos apresentados. Segundo ele, o preconceito étnico seria proveniente de uma antipatia que teria como base uma generalização distorcida e enrijecida, podendo ser tanto sentida como expressa e direcionada tanto a um grupo como a um indivíduo por pertencer ao grupo. O racismo por sua vez, está para além de uma atitude e constitui na tentativa de um processo de sujeição do cultural ao biológico em uma relação hierárquica com os demais. Melhor definindo:

O racismo constitui-se em um processo de hierarquização, exclusão e discriminação contra um indivíduo ou toda uma categoria social que é definida como diferente com base em alguma marca física externa (real ou imaginada), a qual é re-significada em termos de uma marca cultural interna que define padrões de comportamento. Por exemplo, a cor da pele sendo negra (marca física externa) pode implicar na percepção do sujeito (indivíduo ou grupo) como preguiçoso, agressivo e alegre (marca cultural interna). (Lima & Vala, 2004. p.402).

Com isso posto, o racismo toma proporções de naturalização das diferenças entre grupos, valendo-se da crença de uma diferença natural e por essa razão distingue-se do preconceito. Outra distinção pode ser considerada que o racismo existe também em nível institucional e não somente em nível individual, Lima & Vala (2004) apoiados em Jones (1972). A consequência disso seria então o racismo abarcar os processos de exclusão social e discriminação, enquanto o preconceito restringe-se a atitude.

Como já mencionada, os estudos e movimentos de combate à discriminação racial que se deram ao longo dos anos, inclusive com o estabelecimento de lei específica para a punição dessa prática, colocou o racismo no lugar não normativo, produzindo assim, novos modos sociais de lidar com a questão. Lima & Vala (2004) destacam ainda que dentre esses novos modos se destacam: Racismo simbólico ou racismo moderno, Racismo aversivo, Racismo ambivalente; no Brasil o modo encontrado é denominado do Racismo cordial. É com base nas pesquisas de Turra e Venturini (1995) que os autores destacam o racismo cordial em proeminência no Brasil, onde apesar de 89% da amostra pesquisada afirmar que existe racismo no Brasil, somente 10% se admitem racistas. Nessa configuração o racismo aparece de forma sutil, o racismo cordial, portanto, é definido por uma *polidez superficial* que encobre atitudes discriminatórias, utilizando muitas vezes do humor como forma de discriminação,

que se expressam em nível de relações interpessoais como piadas, ditos populares e brincadeiras de cunho “racial” (p.407).

Considerando alguns estudos realizados nos últimos anos, Camino, Silva, Machado e Pereira (2000), apontam que a sutileza com que a discriminação aparece na sociedade moderna apresenta-se, através não mais do estabelecimento de características negativas, mas do não reconhecimento de características positivas. O que muitas vezes torna sua percepção dificultada, reforçando a crença de que a questão foi em grande medida superada pelo *respeito a uma norma social idealizada*. No entanto, na prática não é isso que acontece.

A partir desses estudos pode-se supor que nos países ocidentais o preconceito não se expressa hoje em dia pela atribuição de traços negativos, mas pela negação de atributos positivos a um grupo-alvo. Estes estudos mostram que a discriminação pode assumir formas sutis. Pode-se, portanto afirmar que em certos países ocidentais as práticas discriminatórias estão adquirindo expressões mais sutis e se revestindo de novas formas que visam a preservar o respeito por uma normatividade social idealizada de não discriminação de grupos sociais a partir de critérios de raça. Aliás, este tipo de explicação sustenta-se em boa parte nos processos de acomodação (Camino, L, Silva, P. Machado, A. e Pereira, C. 2000. P.19).

Uma vez apresentadas tais exposições, é possível considerar que a população negra desde sua inserção no Brasil através da escravidão, bem como na pós-escravatura em seu processo de abolição e inserção na sociedade brasileira da época, permaneceu e ainda permanece em situação de vulnerabilidade social ao longo dos anos, sofrendo ainda efeitos simbólicos e práticos de todo esse processo de inserção.

2.2.3 - O conceito de vulnerabilidade.

As vulnerabilidades em que se encontra a população negra no Brasil são evidenciadas pelos dados de pesquisas apresentados anteriormente (PNUD, 1999, IPEA, 2002), identificando com isso a necessidade do estabelecimento de medidas no sentido de minimizar tal situação. Podemos entender vulnerabilidade a partir da descrição feita por Lopes (2004):

“Se pretendêssemos apresentar o conceito de forma sintética, definiríamos por vulnerabilidade o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação.” (Lopes, 2004, p. 49).

Foi no início dos anos 1990 que o conceito de vulnerabilidade emergiu no campo da saúde, neste momento diversos campos de saberes procuravam associar-se na busca de possibilidades eficazes para o enfrentamento da AIDS. Embora tenha sido um recurso teórico do momento específico do enfrentamento da AIDS, o conceito não é específico ao campo da saúde (Lopes, 2004).

Lopes (2004) apresenta a partir do trabalho de Mann, Tarantola, e Netter, uma definição de três planos interdependentes de análise: o componente individual, o componente social ou coletivo e o componente político ou programático do conceito. No plano individual, os autores apresentam inúmeras definições para o conceito de vulnerabilidade:

- “ em termos absolutos, a expressão designa os desprotegidos.
- em termos relativos, refere-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média.
- em termos epidemiológicos, o conceito relaciona-se àqueles que apresentam maiores graus de exposição.
- em termos médicos, é atribuído às pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica que lhe é oferecida.
- em termos operacionais, a expressão diz respeito àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência.
- em termos de direitos humanos, refere-se àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios de equidade e dignidade humana.
- em termos sociais, àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços sociais disponíveis.
- em termos econômicos, aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras.
- e em termos políticos, diz respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total. (Lopes, 2004, p.49/50 apud Mann et. al. 1993).

A autora ressalta a “*dimensão programática da vulnerabilidade*”, ou seja, o desenvolvimento de ações e programas relacionados à informação e educação preventiva, bem como, facilitando o acesso aos serviços sociais e de saúde de qualidade. As ações das dimensões programáticas da vulnerabilidade promoveriam, por sua vez, o avanço no sentido de diminuir as injustiças sociais historicamente estabelecidas, já descritas nos parágrafos anteriores.

Compreende-se, portanto, que interferir na dimensão individual da vulnerabilidade, acaba por estar atrelada a interferência da dimensão social da vulnerabilidade, uma vez que é na força existente no ambiente sociopolítico, econômico e cultural que podemos encontrar o determinante do sucesso ou fracasso dos programas. Lopes (2004) define a dimensão social da seguinte forma:

[...] “a dimensão social da vulnerabilidade pode ser descrita 1. pelo acesso que as pessoas e os coletivos têm à formação e à informação aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais; 2. pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão; 3. pelos indicadores de saúde, educação e renda; 4. pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria; 5. pela participação dos grupos nas estruturas de governo; 6. pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raças, etnias, gênero e geração.” (Lopes, 2004, p. 50).

Colocados os pontos acima, percebeu-se a importância de ser estabelecido um recorte racial nos estudos relativos à saúde, como bem ressalta Cunha (2012). Uma vez os

dados evidenciados, será possível identificar com maior eficácia os aspectos de vulnerabilidades vividos pela população marginalizada, bem como, a partir disso formular e direcionar ações no sentido de amenizar as disparidades, vejamos:

“É preciso começar salientando que a importância de focar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravidão até a atualidade.” (Cunha, 2012, p. 36).

É, portanto, partindo desse cenário que no final do século XX e início do século XXI, tem início uma agenda governamental voltada à saúde da população negra. Assim, sendo inserida na coleta de dados o quesito raça/cor, aliadas a dados censitários e epidemiológicos foi possível comprovar a situação de vulnerabilidade de uma parcela da população, o que possibilitou evidenciar injustiças e iniquidades no que toca a saúde, forçando o Estado a implementar uma política pública em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), assunto que voltaremos mais adiante (Brasil e Trad, 2012).

2.3 - Planejamento político a nível governamental.

Soares Filho (2012) aponta que a partir do período de transição entre os séculos XX e XXI muitas medidas foram tomadas, principalmente em relação à coleta de dados com o recorte étnico-racial, ponto fundamental para a tomada de decisões e planejamento de ações a nível governamental, vejamos:

“A Lei 12.288/2010 (Estatuto da Igualdade Racial), que estimula políticas afirmativas para a saúde da população negra, aponta a importância da informação em um dos seus objetivos que é de “melhoria dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero”. Em 2010, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou ao Ministério da Saúde a padronização dos sistemas com relação ao quesito raça/cor e a capacitação de recursos humanos na sua coleta, e mais a realização de um seminário interinstitucional sobre a questão (Recomendação n. 16 de 07 out. 2010). (Soares Filho, 2012, p.55).

No entanto, até chegar essa conjuntura foi necessário um longo caminho. Trata-se aqui de um processo político que se evidenciou de forma contundente no governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), porém tem seu início no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), apesar de este ter assumido uma postura política marcadamente neoliberal. Principalmente no que toca o primeiro governo mencionado, podemos observar um processo de mudança no modo como o Brasil é visto na esfera internacional. Em um cenário onde

nosso país busca autonomia e ao mesmo tempo parcerias com outros países e organismos internacionais (Brasil e Trad, 2012).

Apoiados em Martins, Brasil e Trad (2012) esclarecem que apesar do governo de FHC, já citado anteriormente, assumir uma política neoliberal com “*aumento da dívida externa, expansão acelerada da dívida pública, déficits em conta corrente, elevadas taxas de juros, privatizações, desmonte dos valores agregados das indústrias, desregulação do mercado de trabalho e financeiras aceleradas através de políticas de valorização cambial*” (p.76), medidas que trouxeram impactos negativos para as políticas públicas. Foi nesse governo que as ações afirmativas tiveram início, uma vez que o cenário internacional era favorável para o Brasil, como afirma, mediante a realização da Conferência de Direitos Humanos de Viena:

[...] (em 1993 ocorria a *Conferência Mundial dos Direitos Humanos* de Viena, cujas recomendações levaram o governo FHC à proposição de um plano de ação para os direitos humanos) e possuía lideranças políticas importantes no governo que podiam pautar essas ações [...] (Brasil & Trad, 2012, p.76/77).

Nessa perspectiva, foram formulados dois Planos Nacionais de Direitos Humanos. O primeiro deles, fomulado em 1996, “*teve como foco o combate às injustiças, ao arbítrio e a impunidade dos aplicadores das leis*”, tinha-se também como pauta, garantir proteção do direito à vida, à liberdade e ao tratamento igualitário das leis. “*Também pôde enfatizar os direitos de crianças, mulheres, adolescentes, população negra, indígenas, estrangeiros e migrantes e ratificou convenções internacionais de que o Brasil é signatário*” (Brasil & Trad, 2012, p.77). As consequências mais contundentes aconteceram no campo da segurança pública, principalmente com julgamento de policiais e tipificação de crimes de tortura, Brasil e Trad (2012). Em relação especificamente a população afrodescendente, obteve-se como prioridade:

[...] “priorizou o combate às desigualdades raciais através de políticas específicas para a população negra, definindo ações de curto, médio e longo prazos que sustentassem o apoio aos diversos grupos de trabalho temáticos, a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação e o registro sobre a população negra, além da alteração do conteúdo de livros didáticos para crianças e jovens da sociedade.” (Brasil & Trad, 2012:77).

Ainda com o I Plano Nacional de Direitos Humanos em execução, foi aprovado em 2002 o II Plano Nacional de Direitos Humanos, este dava continuidade a alguns aspectos do primeiro plano e incorporava novos direitos a serem protegidos, principalmente “*à livre orientação sexual e identidade de gênero, ao combate à violência intrafamiliar, ao combate ao trabalho infantil e trabalho forçado e inclusão de portadores de deficiência e a*

necessidade de cuidados especiais.” (Brasil & Trad, 2012, p.78). Nesse segundo plano, chama a atenção principalmente a incorporação dos direitos econômicos, sociais e culturais, bem como o reconhecimento dos direitos dos afrodescendentes. Esses marcos são cruciais para compreender as mudanças subsequentes no que toca à saúde, uma vez que as questões dos direitos humanos estavam mais amadurecidas e as questões étnico/raciais ganharam força principalmente com a Conferência de Durban, como podemos ver a seguir:

“O segundo plano de direitos humanos é efetivado pós Conferência de Durban, fato que permite um amadurecimento sobre as questões raciais. O PNDH 2 reconhece a escravidão e o tráfico de escravos como violações graves aos Direitos Humanos, reconhece também a marginalização econômica, social e política a que fora submetida a população afrodescendente no país e amplia as buscas por fundos para o financiamento de políticas afirmativas. Trata-se de um momento crucial para o posicionamento do Brasil perante às outras nações do globo. Ora, como um país, até bem pouco tempo reconhecido por outros países como miscigenado e racialmente democrático, detém em seu interior uma série de casos de racismo e desigualdades raciais? A nação brasileira teve de reparar-se e admitir mundialmente a existência de tais desigualdades e, além de admití-las, agir de modo a reduzi-las e saná-las.” (Brasil & Trad, 2012, p.78).

Foi, pois, através das Conferências Mundiais de Direitos Humanos, que em 2009 houve a possibilidade de construir o I Plano Nacional de Igualdade Racial, aprovado pelo Decreto 6.872/2009. A partir desse decreto foi possível tomar medidas concretas para a institucionalização das questões raciais no Brasil, através de leis, programas e ações. Ainda no ano de 2009, foi elaborado o III Plano Nacional de Direitos Humanos, possibilitando com isso ainda mais o movimento de asseguramento dos direitos, para isso, contando com uma boa participação da sociedade civil nas preparatórias. A construção do plano se deu a partir de seis pontos principais, 1. Interação democrática entre estado e sociedade civil; 2. Desenvolvimento e direitos humanos; 3. Universalizar direitos em um contexto de desigualdades; 4. Segurança pública, acesso à justiça e combate à violência; 5. Educação e cultura em direitos humanos; 6. Direito à memória e à verdade.

Ficando mais contundentes então, as ações discutidas em saúde ganharam forma e visibilidade diante de diversos órgãos internacionais que por sua vez, contribuíram com financiamento para possibilitar a organização da temática no Brasil.

“O campo da saúde da população negra sofreu uma série de influências e demandas de atores internacionais para a sua organização no Brasil. Tome-se como exemplo os principais cadernos lançados em prol das discussões sobre saúde da população negra e racismo no país; muitos desses materiais foram financiados e elaborados por atores como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) ou o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID). Essas e outras organizações e fundações filantrópicas internacionais – Fundação Ford, MacArthur, Fundação Rockefeller, Fundação das Nações Unidas para a Infância

(Unicef), etc. Foram responsáveis pelo fomento de ideias, concepções e valores sobre as iniquidades no mundo, especialmente as iniquidades raciais” (Brasil & Trad, 2012, p.82).

Com isso posto, é possível perceber os apoios que se somaram em torno da temática no sentido de mover esforços em prol de combater as iniquidades sociais que se apresentavam principalmente relacionadas às questões raciais.

2.4 - Sistema Único de Saúde em consonância com as proposições políticas da temática resultando na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

Portanto, foi no início do século XXI que toda participação do movimento negro em prol do campo da saúde fica evidenciado de forma mais contundente, mais voltado ao combate ao racismo. Essa luta já somava alguns anos, protagonizada principalmente pelo movimento feminista. Apoiado, como já mencionados, por instituições governamentais e filantrópicas, o movimento elaborou pesquisas e intervenções sociais especificamente no campo da saúde da mulher (Brasil e Trad, 2012). Como podemos ver, começou-se a perceber a importância do desenvolvimento de ações para a promoção da equidade em saúde um dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde através da Lei 8.080:

“Essa aliança tem se debruçado sobre o enfrentamento ao racismo e racismo institucional nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) e à promoção da equidade em saúde a partir da atenção à prevenção e tratamento aos problemas e necessidades de saúde da população negra, bem como atuado na capacitação de profissionais da saúde para inclusão do quesito cor nos formulários dos serviços do SUS”. (Brasil & Trad, 2012, p. 89).

A política de saúde no Brasil sofreu uma significativa mudança a partir da Constituição Federal de 1988, quando concebeu a necessidade de uma ação no âmbito da saúde de maneira a contemplar toda a população, estabelecendo assim a saúde como direito de todos e dever do Estado. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8.080 de 1990, a chamada de Lei Orgânica da Saúde. O SUS abarca três princípios básicos a *universalidade*, pressupõe a garantia de direitos a todo e qualquer cidadão; a *integralidade*, diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde e a *equidade*, tem o propósito de diminuir as desigualdades na atenção à saúde.

Para alcançar tais objetivos, houve uma significativa mudança viabilizando uma descentralização político-administrativa com o propósito de regionalizar e municipalizar os

serviços, facilitando o acesso aos mesmos. Essa mudança mostra-se bastante significativa principalmente em relação à Atenção Básica. Assim:

[...] “um dos desafios do processo de construção do SUS é a mudança do modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários, como parte de um processo mais geral de mudança nas concepções acerca da saúde e no desenvolvimento das práticas de saúde.” (Shimizu, Pamela, e Sanchez, 2012, p. 297).

No sentido de descentralizar as ações em saúde a nova organização dos setores dividem-se em Alta Complexidade, Média Complexidade e Atenção Básica. Como nosso foco não está voltado a uma área pontual e sim as representações relativas à Saúde da População Negra como um todo não focarem em uma dessas instâncias específicas. No entanto, reconhecemos que é no âmbito da Atenção Básica onde está designada principalmente a promoção da educação e prevenção em saúde, demonstrando importância mais que significativa em todo processo de reorganização do sistema, bem como, a abertura para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Podemos ver:

“Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar.” (Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde, Rev Saúde Pública 2000;34(3):316-9).

Cria-se, então, em 1994 o Programa Saúde da Família com objetivo de estreitar o atendimento da população de maneira mais eficaz, tendo a família como foco central de observação e direcionamento das ações relacionadas principalmente ao trabalho de educação e prevenção em saúde. Assim, as famílias eram registradas em determinado território e acompanhadas de forma mais direta. Essa forma de atuação foi tornando-se cada vez mais elaborada nos anos consecutivos, “*A família é o foco da atenção à saúde e busca-se atender a uma população adstrita a um território socioeconômico com especificidades no que tange à saúde e à qualidade de vida*” (Shimizu & Reis, 2011, p.3462). Podemos afirmar ainda que:

“O MS (Ministério da Saúde) instituiu o PSF (Programa Saúde da família) em 1994, inicialmente em certas áreas das regiões Norte e Nordeste do país, com um caráter de política focalizada. A partir da Norma Operacional Básica de Saúde 1996, passa a ser considerado estratégia nacional de substituição ao modelo tradicional vigente de saúde, passando a ser nominado mais apropriadamente de Estratégia Saúde da Família (ESF).” (Freitas e Mandú, 2010, p.201).

Esse novo modo de organização do atendimento em saúde possibilitou não apenas uma aproximação das pessoas atendidas, mas proporcionou evidenciar a complexidade do

cuidado com a saúde de forma mais explícita. Foi possível considerar a saúde de maneira contextualizada comportando questões sociais e econômicas, bem como, de forma relativamente recente, com as questões raciais que atravessam essa temática.

Com isso posto, e considerando uma política cada vez mais forte de atenção integral e fortalecimento da saúde enquanto um direito universal, ao longo da trajetória de consolidação da lei do SUS, alguns dados relacionados à iniquidade das condições em que está inserida a população atendida emergiram de forma significativa a partir da inserção do quesito raça/cor na coleta de dados relativos à saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma conquista recente, porém fruto de uma longa trajetória do movimento negro como já vimos anteriormente, foi publicada em 2009 e encontra-se ainda em vias de implementação. A Política atende às diversas demandas relativas à iniquidade ainda presente nos serviços, principalmente pela evidência de especificidades competentes a alguns agravos como a diabetes e a anemia falciforme, mais recorrente na população negra, detectados mediante a nova forma de registro de cadastramento adotada incluindo o quesito cor/raça (Trad; Mota; Castellanos; Farias; & Brasil, 2012).

Estabelecida principalmente com base nos princípios da equidade proposto pelo SUS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que se pretende transversal a outros programas de saúde apresenta como propostas:

“Constata-se ainda que o Plano Operativo da PNSIPN define estratégias e metas a serem atingidas para reorientação do SUS em seu enfoque étnico-racial. Tais ações e metas coadunam-se com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – Mais Saúde: Direito de Todos e os Pactos pela Saúde. Os principais objetivos do plano operativo dizem respeito à: (1). garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde; (2) inclusão da temática étnico-racial na formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; (3) identificação, combate e prevenção das situações de abuso, exploração e violência; (4) garantia de utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas; e (5) identificação das necessidades em saúde da população negra”. (Trad et. al., 2012, p. 175).

Segundo Faustino (2012) para direcionar suas ações em gestão, o Sistema Único de Saúde formulou alguns indicadores que demonstram fundamental importância para esse fim. A coleta desses dados foi separada em diferentes temáticas no intuito de facilitar sua análise. Foram subdivididos em demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. Esses dados são alimentados periodicamente no sistema criado e pode ser acessado pelo DATA SUS. É a partir desses dados que existe a possibilidade de mensurar as demandas e elaborar planejamento para supri-la.

Como já mencionado, somente em junho 2009, foi aprovado o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Planapir), através do Decreto 6.872, essa articulação deu-se como fruto das discussões realizadas na II Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial – II Conapir (2007). Somente a partir disso, pode ser constituído o Comitê de Articulação e Monitoramento no âmbito da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (Cam-Planapir), mais um passo para a construção da PNSIPN.

Ainda segundo Faustino (2012) o plano de trabalho realizado pelo Comitê referente à saúde que denominava-se como eixo 3, contemplava doze objetivos, tal seja:

- I. ampliar a implementação da política nacional de saúde integral da população negra;
- II. promover a integralidade, com equidade, na atenção à saúde das populações negras, indígenas, ciganas e quilombolas;
- III. fortalecer a dimensão étnico-racial no Sistema Único de Saúde, incorporando-a à elaboração, implementação, controle social e avaliação dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde;
- IV. aferir e combater o impacto biopsicossocial do racismo e da discriminação na constituição do perfil de morbimortalidade da população negra;
- V. promover ações que assegurem o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade da população negra e indígena;
- VI. ampliar o acesso das populações negra, indígena, cigana e quilombola, com qualidade e humanização, a todos os níveis de atenção à saúde, priorizando a questão de gênero e idade;
- VII. preservar o uso de bens materiais e imateriais do patrimônio cultural das comunidades quilombolas, indígenas, ciganas e de terreiro;
- VIII. desenvolver medidas de promoção de saúde e implementar o Programa Saúde da Família nas aldeias indígenas, acampamentos ciganos e comunidades quilombolas;
- IX. assegurar a implementação do programa nacional de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- X. desenvolver ações específicas de combate à disseminação de hiv/aids e demais junto às populações negras, indígenas e ciganas;
- XI. disseminar informações e conhecimento junto às populações negras, indígenas e demais grupos étnico-raciais discriminados, sobre suas potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, e os consequentes riscos de morbimortalidade;
- e
- XII. ampliar as ações de planejamento familiar, às comunidades de terreiros, quilombolas e ciganas. (Faustino, 2012, p. 103/104).

É possível perceber na descrição acima que muitos movimentos foram feitos e medidas tomadas para assegurar o avanço das ações relacionadas ao combate da desigualdade. Além dos instrumentos já citados, foi ainda formulado em 2009, mais especificamente 13 de maio, um plano operativo, desta vez para garantir a implementação da PNSIPN. Podemos observar que o plano operativo é formulado antes mesmo da aprovação do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial e do trabalho do Comitê, ocorrendo somente em junho do

mesmo ano. Os objetivos do plano operativo para garantir a implementação da PNSIPN, por sua vez, consistem em:

- ✓✓ Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde.
- ✓✓ Incluir o tema étnico-racial nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social.
- ✓✓ Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência.
- ✓✓ Garantir a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão.
- ✓✓ Identificar as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades. (Faustino, 2012, p. 105).

Trad et. al. (2012) colocam que a PNSIPN foi construída com vista à proteção aos princípios universais da igualdade de direitos. Pautada, portanto, em princípios constitucionais que consideram a saúde um direito social, de cidadania e dignidade, bem como o combate ao racismo. Em sua proposta fortalece os princípios do SUS de universalidade em relação ao acesso, integralidade na atenção além da descentralização político administrativa. Outro objetivo para a criação da política consistia em reafirmar a participação popular nas decisões e direcionamentos em saúde, controle social e princípio ético da equidade.

A PNSIPN pretende-se transversal a outras políticas em saúde desde seu planejamento até sua execução. Uma vez que as ações propostas no plano operativo comportam a intercomunicação com as atuações do Ministério da Saúde, Faustino (2012):

“A PNSIPN compreende a *transversalidade* como sua principal característica de forma que as ações nela descritas devem se articular com as diversas políticas no âmbito do Ministério da Saúde e fora dele com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de gestão de acordo com as diretrizes do SUS”. (Faustino, 2012, p. 113).

A transversalidade, portanto, compreende o princípio organizativo da PNSIPN. Trad et. al. (2012) ao discutir a temática, colocam que a transversalidade que comporta a PNSIPN pode ser compreendida aqui como um conjunto de ações pontualmente selecionadas que promovem o resgate de uma visão geral do sujeito. Nesse movimento, sua participação é respeitada para a articulação de seus próprios cuidados, além de vistas como complementares, confluentes, bem como, em reforço recíproco de diferentes políticas de saúde.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo principal:

Investigar as Representações Sociais elaboradas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde da população negra.

3.2 - Objetivos específicos:

- Investigar o conhecimento em relação à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Investigar a noção de saúde pública no Brasil.

4- MÉTODO:

O principal objetivo proposto neste estudo foi investigar as possíveis representações sociais de usuários do sistema público de saúde referente à Saúde da População Negra, bem como, possivelmente identificar o núcleo central do significado das representações e seu sistema periférico.

Mencionamos a investigação do núcleo central da representação e seu sistema periférico, uma vez que utilizamos as Representações Sociais como recurso do arcabouço teórico da Psicologia Social. Julgamos mais adequado utilizar em nossa pesquisa a perspectiva estrutural formulada por Jean-Claude Abric no ano de 1976.

A pesquisa em Representações Sociais não privilegia nenhum método em especial, sendo, portanto, bastante amplo o leque de possibilidades, isso não significa dizer que todos os métodos são adequados a todos os tipos de pesquisa dessa linha, é preciso considerar seu enquadramento teórico-conceitual. Segundo Sá (1996) se o objetivo fosse categorizar o método de cada vertente à perspectiva estrutural de Abric, caberia um método experimental. Sendo, portanto, o método amplamente utilizado na formulação de sua teoria.

Sá (1996) esclarece ainda que em pesquisas sobre Representações Sociais a prática mais comum é a utilização de entrevistas individuais com tratamento dos dados conhecida como Análise de Conteúdo, técnica proposta por Bardin (1979):

“A prática articulada mais comum de pesquisa – quase o „romeu e julieta“ das representações sociais – combina a coleta de dados através de entrevistas individuais para a técnica para o seu tratamento conhecida como „análise de conteúdo“. Passada que tem sido, sistematicamente, de orientador para orientando já há mais de dez anos a indicação do livro de Bardin (1979) sobre análise de conteúdo, ...” (Sá, 1996, p. 86).

Com isso posto, sigamos então para um melhor esclarecimento do que vem a ser análise de conteúdo enquanto técnica escolhida para tratamento dos dados coletados em nossa pesquisa.

4.1 - Análise prototípica:

A perspectiva estrutural não somente aborda o conteúdo dos dados coletados, mas também o modo pelo qual eles apresentam-se, ou seja, sua estruturação. Assim, para essa abordagem, não apenas o conteúdo importa como dito, mas também sua forma e apresentação, bem como, a hierarquização dos termos caso existam, o que possibilita a identificação do núcleo central.

Assim, Abric (1994) buscou a investigação de métodos que possibilitassem de uma forma rápida da aquisição de conteúdo como também o conteúdo interno das representações

sociais. Considerava que o método clássico de questionário e de entrevista unicamente, não dava essa possibilidade (Oliveira et. al., 2005).

Abrie (1994) formula então, uma técnica também baseada em produção verbal, o método da evocação livre, que segundo o autor acaba por reduzir possíveis dificuldades encontradas quando se trabalha em pesquisas sobre representações livres.

Oliveira et. al. (2005) explica que apesar dos vários significados que a palavra evocar comporta na língua portuguesa, um deles e o que nos interessa no presente trabalho está relacionado ao “ato de evocar”, ou seja, enquanto projeção mental, trazer à memória, à lembrança, algo que está presente no consciente do indivíduo. A evocação livre aproxima-se da associação livre, técnica utilizada pela Psicologia Clínica que objetiva acessar no indivíduo áreas mentais bloqueadas.

A evocação livre funciona da seguinte forma:

“No campo de estudo das representações sociais a técnica de evocação livre consiste em pedir ao indivíduo que produza todas as palavras ou expressões que possa imaginar a partir de um ou mais termos indutores, ou ainda em solicitar um número específico de palavras, seguindo-se de um trabalho de hierarquização dos termos produzidos, do mais para o menos importante” (Oliveira et. al., 2005, p. 575)

Oliveira et. al. (2005) ressalta ainda que a espontaneidade de caráter da técnica associado a sua dimensão projetiva contribui para acessar de maneira mais rápida, os sentidos atribuídos ao termo utilizado para designar o objeto de estudo. *“A livre associação permite a utilização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discussivas”* (p.575).

Colocando em outras palavras: *“Assim sendo, metodologicamente, a técnica de evocação livre tem por objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente.”* (p.575). Por esse motivo, julgamos adequada a utilização dessa técnica em nossos estudos, associada à análise de conteúdo, uma vez que ela, aplicada a estudos relacionados a grupos sociais o estudo de estereótipos sociais estabelecidos e compartilhados pelo grupo, como também perceber a dimensão que estrutura semanticamente a representação.

Uma vez coletadas as associações livres, foi realizada uma análise prototípica. Esta técnica foi formulada por Vergés (1992) e sua realização pressupõe duas etapas, na primeira delas realiza-se o cálculo da frequência e da ordem das evocações e a segunda etapa elabora categorias a partir das evocações, bem como avalia sua frequência (Wachelke e Wolter, 2011).

4.2 - Análise de Conteúdo:

A análise de conteúdo para Bardin (2009), autora que estruturou o método, consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos *sistemáticos e objetivos de descrição* do conteúdo da mensagem. Com base nos estudos anteriores, Campos (2004) define da seguinte forma, “*compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento*” (p.611). Além de descrever o conteúdo, as técnicas proporcionam a busca dos sentidos, aspecto ao qual retomaremos um pouco mais a frente.

Historicamente, a Análise de Conteúdo, não necessariamente era considerada como metodologia estruturada, já era utilizada há bastante tempo. Foi primeiramente utilizada na tentativa de interpretar os textos bíblicos para compreender suas metáforas e parábolas. Em 1940, na Suécia, aparecem citações de esboços de análise de conteúdo, na verificação da autenticidade de hinos religiosos (Campos, 2004).

No entanto, foi no século XX que a análise de conteúdo começou a ser largamente utilizada, sobretudo para a análise dos artigos da imprensa da época, principalmente nos Estados Unidos. Na Primeira Guerra Mundial, um instrumento de compreensão era utilizado para analisar o uso de propagandas. Contudo, no início do uso desse método, havia uma perspectiva quantitativa, uma vez que, na época buscava-se objetividade e cientificidade e os conceitos behavioristas eram bastante aceitos, assim o olhar estava voltado, até então, para a análise do comportamento no sentido de estímulo e resposta. Em 1977, a obra “*L'analyse de contenu*” é publicada por Laurence Bardin. Nesta obra, Bardin estrutura o método de forma detalhada e por essa razão torna-se referência até os nossos dias. Antes disso, ainda na década de 1950, essa metodologia suscitava críticas e discussões sobre a validade da técnica, no sentido de que esta parecia significativamente subjetiva e com isso submetida quase que totalmente ao olhar do pesquisador. Superadas essas críticas, a metodologia é largamente utilizada atualmente (Mozzato & Grzybovski, 2011).

Segundo Minayo (1994), em nossos dias podemos atribuir à análise de conteúdo duas funções enquanto método de pesquisa, a primeira delas diz respeito a encontrar respostas para as hipóteses anteriormente formuladas e a segunda, para descobrir o conteúdo latente dos enunciados. Como podemos observar:

“Atualmente podemos destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipótese). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás do conteúdo

manifesto, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou qualitativa. (Minayo, 1994, p.74).

Ainda em Minayo (1994) é possível chamar a atenção para as fases do trabalho de Análise de Conteúdo encontradas em Bardin (2009); pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira fase está relacionada à organização do material, tendo em vista os objetivos do estudo, é o momento de selecionar a unidade de registro, a unidade de contexto, trechos significativos e categorias. As unidades de registro podem ser de vários tipos, pode-se utilizar uma palavra do texto ou algumas palavras do texto. As Unidades de contexto situam as unidades de registro em uma estrutura mais ampla. O passo seguinte é a elaboração de categorias, uma das técnicas mais utilizadas nesse método para viabilizar a discussão dos resultados.

“A segunda fase consiste na aplicação do que foi definido anteriormente, esta fase é mais longa e pode ser necessário várias leituras de um mesmo material. A terceira fase exige igualmente bastante minúcia, pois é o momento de identificar o conteúdo latente dos enunciados, como coloca Minayo “nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias tendências e outras determinações características do fenômeno que estamos analisando.” (Minayo, 1994, p.76)

Respeitar as fases mencionadas acima permite uma melhor qualidade de análise do material submetido à observação.

4.3 - Técnicas, Instrumentos e procedimentos:

A técnica utilizada foi a evocação livre, já descrita anteriormente. A evocação livre foi proposta enquanto tarefa em um questionário formulado no sentido de coletar os dados pertinentes ao estudo, referentes à como a população que utiliza o serviço público percebe a saúde voltada à população negra. Para facilitar a coleta, entendemos que o instrumento deveria ser objetivo, como pode ser observado em anexo, sem, portanto, ferir os critérios estabelecidos para obtenção dos resultados.

Utilizamos em um mesmo instrumento um questionário misto com 11 perguntas fechadas e 6 perguntas abertas, além da tarefa de evocação livre, considerando que a associação da duas técnicas são comumente utilizadas em pesquisas, como encontramos em Oliveira et. al. (2005).

A inserção no campo se deu de forma muito tranquila, uma vez que a pesquisadora se encontrava relativamente conhecida na comunidade. Os moradores apresentaram em sua maioria disponibilidade em colaborar, embora tivesse um receio significativo de não saber

responder, além da timidez em ter que escrever preenchendo o questionário, em alguns casos a pesquisadora teve que preencher enquanto o entrevistado respondia as perguntas. Por vezes, tinham dificuldade de compreensão pela dificuldade com a leitura e eram necessárias algumas explicações, também pediam ajuda e perguntavam se a resposta estava correta, mesmo que tivesse sido esclarecido não haver resposta certa e que o importante era a opinião de cada um. Em alguns casos, após o preenchimento do questionário, a pesquisa desencadeou conversas sobre o tema, uma vez que as pessoas em sua maioria nunca haviam entrado em contato com essa temática.

4.4 - Composição da amostra e critérios de elegibilidade:

Para atingirmos o objetivo, a pesquisa se realizou com 80 sujeitos, cujo critério de elegibilidade consistiu em ter acima de 18 anos, declarar a utilização do serviço público de saúde e ser morador da Comunidade Floresta da Barra na cidade do Rio de Janeiro.

Os entrevistados foram acessados aleatoriamente conforme a disponibilidade para a pesquisa. No momento da coleta de dados, a entrevistadora saía pelas ruas da comunidade convidando os sujeitos a participar da pesquisa, os sujeitos acabavam por indicar outras pessoas, vizinhos e conhecidos.

4.5 - Tratamento dos dados:

Os dados obtidos através dos questionários em perguntas abertas e fechadas foram analisados com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2006), levantados em categorias de análise a partir do material. Veremos detalhes mais à frente.

Já o material colhido através da técnica de evocação livre, foi submetido à análise com o auxílio do programa de computador EVOC 2003 (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations). Oliveira et al. (2005) apoiada em Vergés (1999) ressalta o EVOC enquanto *recurso informático, apresenta um grande auxílio na organização dos dados, particularmente na identificação da discrepância derivadas da polissemia do material coletado e na realização dos cálculos das medidas – simples e ponderadas – para a construção do quadro de quatro casas (p.580).*

Apresentaremos o tratamento dos dados pela análise prototípica, que também é conhecida como análise das quatro casas ou análise de evocação. Baseados em Vergés (1992),

Wachelke e Wolter (2011) indicam que esta análise apresenta duas etapas para a realização da leitura dos dados:

“... a primeira, chamada análise prototípica, baseia-se no cálculo de frequências e ordens de evocação das palavras, enquanto que uma segunda etapa centra-se na formulação de categorias englobando as evocações e avalia suas frequências, composições e co-ocorrências.” (Wachelke e Wolter, 2011: 521)

Em nosso estudo seguiremos as etapas descritas, iniciando com a apresentação do quadro de quatro casas para a apresentação da ordem de frequência e aparição e em seguida a leitura do resultado apresentado no cálculo.

4.6 - CONTEXTO DA PESQUISA

A coleta dos dados foi realizada em uma Comunidade do Rio de Janeiro localizada no Bairro do Itanhangá. Encontramos algumas informações oficiais sobre o local no Sistema de Assentamento de Baixa Renda (SABREN) do Instituto Pereira Passos (IPP), que desde 1983 vem fazendo o levantamento de assentamentos precários e informais na cidade do Rio. O objetivo na realização desse levantamento é a construção de políticas públicas e sua urbanização e desenvolvimento. Em seu texto de apresentação no site pesquisado, datado de 2014, informam que a partir de 2010 criou-se o Morar Carioca que designou uma nova classificação para os assentamentos, através da “lei complementar nº 111 de 1/2/2011 (Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro), estabelece no artigo 234, as seguintes definições, adotadas no SABREN”:

“- Favela - área predominantemente habitacional, caracterizada por ocupação clandestina e de baixa renda, precariedade da infraestrutura urbana e de serviços públicos, vias estreitas e alinhamento irregular, ausência de parcelamento formal e vínculos de propriedade e construções não licenciadas, em desacordo com os padrões legais vigentes.”

- Comunidade Urbanizada - aquela que tenha sido objeto de programas de urbanização integrada, tais como Favela-Bairro (PROAP), Bairrinho, Programa de Aceleração do Crescimento-PAC e outros similares, cujo projeto tenha garantido a implantação de infraestrutura básica, equipamentos públicos e níveis de acessibilidade satisfatórios; ou que, por esforço próprio de seus moradores e ações públicas diversas, ao longo do tempo, conseguiu alcançar uma situação bastante satisfatória de urbanização.” (IPP, acesso em 2016)

A Comunidade Floresta da Barra ou Morro do Banco como é mais popularmente conhecida, dentro das classificações acima é denominada de comunidade urbanizada, apesar de também ser classificada como isolada e de não possuir equipamentos públicos em seu território além de uma creche escolar. A área de ocupação da comunidade vem crescendo ao longo dos anos, o registo mais antigo encontrado no SABREN é de 1999, nesse ano a comunidade ocupava uma área de 149.850km², o último registo é do ano de 2013 já ocupa uma área de 155.658 km². Sua população conforme senso do IBGE de 2010 consiste em 3.434 habitantes.

Não existem muitas informações sobre o histórico da Comunidade, sabe-se que a área onde hoje está situada e já pertenceu a vários donos particulares até chegar à posse do Banco do Brasil, peculiaridade que motivou o fato do local ser mais conhecido como Morro do

Banco. No momento que passou a pertencer ao Banco do Brasil, já moravam mais de cinquenta famílias de posseiros nesse local. O processo de ocupação teve continuidade nas décadas de 1970 e 1980, no entanto, o maior crescimento aconteceu a partir de 1989. O site do IPP acrescenta em seu texto que o levantamento das informações históricas foram fornecidas pelos próprios moradores da comunidade.

Podemos observar que a existência do Morro do Banco, coaduna-se com o fenômeno de favelização que acontece na cidade do Rio de Janeiro já havia muitos anos. Segundo Ferreira (2009) em 1865 já era possível observar a existência de pequenas casas nas partes altas da cidade, o que poderia ser considerado uma fase embrionária do que viria a ser considerada atualmente uma favela, já vista como problemática à época, uma vez que “a definição oficial inclui a conotação de adensamento, ilegalidade, pobreza, insalubridade e desordem” (p.3). Foi somente em 1897 que surgiram as localidades consideradas como as primeiras favelas da cidade o Morro da Providência e o Morro de Santo Antônio na área central, em decorrência de uma significativa reforma urbana promovida pelo, então prefeito, Pereira Passos. Nessa reforma, foram demolidos diversos prédios, muitos deles de habitação populares conhecidos como cortiços, em seu lugar foram construídos prédios modernos e as vias principais ampliadas. Além disso, foram intensificadas as normas urbanísticas para a construção, interferindo também na periferia da cidade. À época os problemas de falta de moradia na cidade já se apresentavam contundentes embora a cidade não parasse de crescer. O sistema de transporte era precário e insuficiente, obrigando os trabalhadores que em sua maioria precisava se deslocar para a área central da cidade, ter que residir próximo ao trabalho. Desde então a favela passou a existir enquanto um lugar marginalizado, na construção social da cidade. Também outras remoções aconteceram em outros períodos de reorganização da cidade, principalmente na zona sul. (Valladares, 2005).

Valladares (2000) traça um marco divisor em relação aos estudos realizados acerca da favela. O primeiro período vai do início do século XX, quando esse modus de habitação estava se formando e o segundo é datado de 1950, quando foi realizado um censo oficial, “Censo das Favelas da Prefeitura do Distrito Federal e do Censo Demográfico” (p.2). Até esse momento, os estudiosos acerca do tema eram engenheiros, médicos, cronistas, arquitetos, jornalistas, administradores públicos e assistentes sociais. A partir da década de 1960, as ciências sociais iniciaram suas investigações sobre o fenômeno e as universidades se debruçaram no intuito de sua compreensão. A favela então se torna objeto de estudo com a existência inclusive de especialistas sobre o tema, servindo de inspiração para uma gama de

literatura produzida sobre a pobreza no Brasil. Ainda segundo Valladares (2005), no entanto, toda essa gama de construção científica em relação à temática parece não colaborar para uma desconstrução da representação marginalizada da favela. Vejamos:

Parece que a temática da favela também poderia ter sido reativada pela importância das questões referentes à segregação socioespacial. Dentro de uma metrópole em que o espaço geográfico é tão particular (mar e morro), a presença da favela em meio aos bairros de classe média e alta oferece um violento contraste entre o medo de vida dos pobres e o modo de vida dos ricos. Tanto mais que o aumento da violência reforça o medo dos habitantes da cidade formal frente à população dos morros... (Valladares, 2005:20)

Mesmo imersa nesse arranjo social estigmatizado, a Comunidade Floresta da Barra consiste em uma área de ocupação muito peculiar, uma vez que sua localização encontra-se dentro de um condomínio de classe alta, dividindo assim, o mesmo espaço. Apesar de existir no local, regiões muito pobres configuradas em becos, a maioria dos habitantes não se encontra na categoria da pobreza extrema. Os moradores são trabalhadores que se deslocaram principalmente do Nordeste Brasileiro, bem como de alguns outros estados para construir a vida na metrópole, boa parte já vive há muitos anos no local. Atualmente é possível encontrar também alguns imigrantes estrangeiros ocupando o território como: argentinos, peruanos, africanos e até mesmo suecos. A busca pelo local para residir, pode ser explicada devido à tranquilidade que se encontra se comparada a outras comunidades na cidade, principalmente em relação ao tráfico, fenômeno muito frequente nas comunidades do Rio de Janeiro.

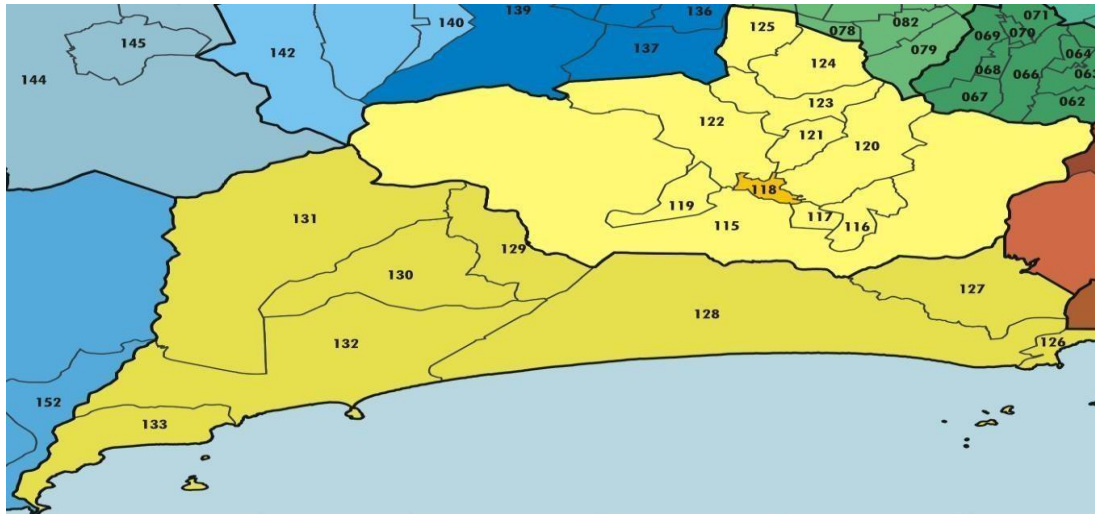
A Comunidade não tem um histórico de dominação do tráfico, talvez pela proteção secundária, uma vez que divide o mesmo território do condomínio. Em 2014, houve uma tentativa de tomada de território por uma das facções que comandam o tráfico na cidade, o comando vermelho. O tráfico ocupou a comunidade por cerca de um ano e meio, mesmo com diversas intervenções policiais no local. Esse período acarretou maior visibilidade à área, eram frequentes matérias de jornais e televisão aberta sobre as ações policiais que aconteciam.

Nosso estudo deveu-se por conta dessa peculiaridade em relação à comunidade, bem como a facilidade de acesso. Numa tentativa de realizar uma aproximação do conhecimento popular em relação às políticas direcionadas aos seus cuidados em saúde, levando em consideração que o Sistema Único de Saúde promove ações que se pretendem ajustamentos para adequar os serviços e melhorar seus direcionamentos.




No que circunscreve o atendimento em saúde, o Morro do Banco pertence a Área de Planejamento 4.0 (AP 4.0). Esta área é composta por 19 bairros, uma área considerada

significativa que abrange 24% da extensão do território do município. Segundo o senso de 2010, comporta 14% da população, com cerca de 909.390 habitantes.

Figura 1 - Mapa da área de Planejamento 4.0 e sua divisão por Regiões Administrativas e Bairros.



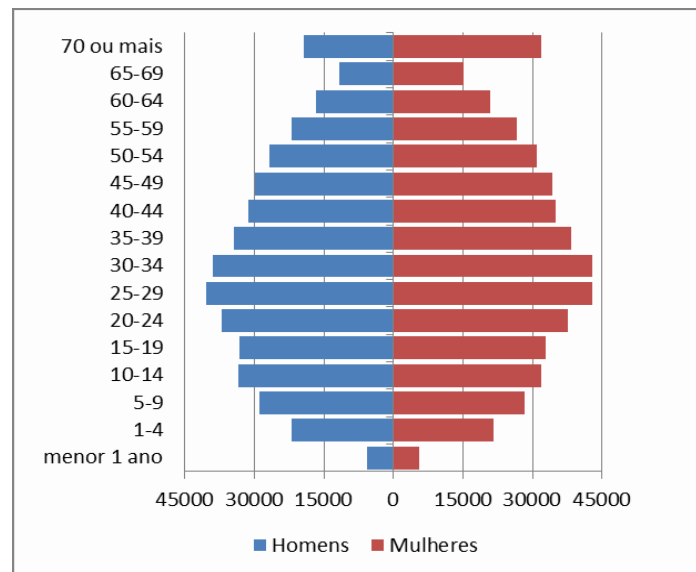
Fonte: IPP, 2012.

<p>  XVI RA- Jacarepaguá 115 - Jacarepaguá 116 - Anil 117 - Gardênia Azul 119 - Curicica 120 - Freguesia de Jacarepaguá 121 - Pechincha 122 - Taquara 123 - Tanque 124 - Praça Seca 125 - Vila Valqueire </p>	<p>  XXIV RA- Barra da Tijuca 126 - Joá 127 - Itanhangá 128 - Barra da Tijuca 129 - Camorim 130 - Vargem Pequena 131 - Vargem Grande 132 - Recreio dos Bandeirantes 133 - Grumari </p>
<p>  XXXIV RA- Cidade de Deus 118 - Cidade de Deus </p>	

Segundo o Instituto Pereira Passos, no município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2000 e 2010 a área que mais cresceu foi a Barra da Tijuca (73%). Neste período, também diminuiu em 7,3% a população jovem da cidade. De um total de 33 Regiões Administrativas (RAs), somente 7 delas cresceram nesse período. No entanto, elas mantêm as mesmas características das que tiveram crescimento total superior a 10%. A Barra da Tijuca apresenta um diferencial significativo, com um aumento de 47% na população de jovens. É a AP 4.0 (Jacarepaguá) que também comporta uma das cinco RAs com maior contingente de idosos,

foi possível identificar que os índices de expansão estão acima de 40% e encontra-se em áreas com menor infraestrutura e estrutura etária mais jovem (Jacarepaguá e Barra da Tijuca).

Figura 2 – Pirâmide populacional da AP 4.0 segundo dados do Censo do IBGE 2010, município do Rio de Janeiro, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Esse panorama da região adstrita no serviço de saúde permite uma melhor visualização do local escolhido para a pesquisa. Situando algumas características e peculiaridades. Feito isso, sigamos para o resultado da pesquisa.

5 - RESULTADOS

Foram entrevistados 80 sujeitos, dentre eles 52 mulheres, 25 homens e 3 autodenominaram-se nas categorias outros. Desses, 29 sujeitos declararam ter ensino fundamental incompleto, 28 declararam ter ensino médio completo e o restante da amostra se dividiu entre fundamental completo, superior incompleto e superior completo. No quesito raça/cor obtivemos em nossa amostra 31 sujeitos que autodeclararam-se brancos, 30 que autodeclararam-se pardos, 13 que autodeclararam-se negros, 3 que autodeclararam-se indígenas e 3 que autodeclararam-se na categoria outros. A média de idade entre os entrevistados foi de 35 anos.

5.1 Análise da tarefa de evocação:

Representações sociais sobre a saúde da população negra dos moradores da comunidade Floresta da Barra (n=80)

Ordem média de evocação = 3,0

Descaso	28	2,53	Mau atendimento	56	3,39
Frequência média ≤ 21			Frequência média ≤ 21		
Discriminação	20	2,90	Desrespeito	11	3,18
Preconceito	17	2,58			
Racismo	10	2,90			
Ruim	7	1,71			

Frequência mínima ≤ 7

Neste estudo, consideramos cada quadrante como uma categoria de análise. No quadrante superior esquerdo, encontramos as informações que nos levam a indicar o provável

núcleo central desta representação, ou seja, foi o termo que apresentou uma alta frequência e uma baixa ordem de aparição, isso significa dizer que este termo foi mais prontamente acessado e o que mais apareceu (Wachelke e Wolter, 2011).

A técnica da evocação livre tem por intuito apreender a realidade em um universo semântico já existente em um grupo social (Oliveira et. al., 2005), em nosso caso específico permite perceber as dimensões estruturantes do universo semântico da representação social da saúde da população negra. Vejamos a leitura dos dados obtidos a seguir:

O cognema DESCASO, como podemos observar no quadro acima, aparece com uma frequência de 28 aparições nos levando a supor que consiste no provável núcleo central dessa representação. Podemos dizer com base em Abric (2001) que o núcleo central de uma representação e sublinha o que é de mais socialmente construído em uma representação, está relacionado à construção sócio histórica e ideológica a respeito do objeto. Também está ligada a valores, normas e princípios. É a parte mais consistente e menos móvel de uma representação.

Assim, o descaso é a principal marca que aparece em relação à saúde da população negra no entendimento dos usuários do sistema único de saúde. O que é corroborado mais adiante com algumas falas coletadas na segunda parte do questionário na ocasião da análise de conteúdo. No entanto, apesar de o termo descaso ser um elemento que indica uma situação pouco cuidadosa em relação ao atendimento em saúde, não demonstra traços relacionados diretamente ao elemento raça/cor que estamos estudando. O termo descaso pode ser compreendido facilmente de modo generalizado ao falar da saúde pública de um modo geral.

As zonas subsequentes estão relacionadas a elementos de caráter mais periféricos. A primeira periferia comporta os termos que ocorreram em alta frequência e em alta ordem de aparição (Wachelke e Wolter, 2011). O sistema periférico de uma representação possibilita maior maleabilidade, podendo haver a construção de compreensões mais individualizadas que sejam moldáveis às construções cotidianas mais imediatas, com isso pode comportar uma heterogeneidade de conteúdo e de comportamento (Abric, 2001).

Em nossa primeira periferia optamos fazer uma categorização, ou seja, por agrupar uma grande categoria configurada no cognema MAU ATENDIMENTO com 56 de frequência, essa frequência diz respeito não só ao termo puro *mau atendimento*, mas também a expressões variadas que entendemos expressar o mesmo sentido, como: falta de medicação, falta de médico, falta de estrutura, falta de igualdade. Essa segunda grande categoria encontra-se diretamente relacionada com a categoria anterior, DESCASO, que compreende o possível núcleo central, parece agregar em seu campo semântico um desdobramento do que seria

compreendido para os entrevistados como o descaso, ou não atendimento adequado, procedimento que pode ser também direcionado a uma forma generalizada de percepção do serviço de saúde pública no Brasil assim como a categoria anterior.

É no terceiro quadrante, onde encontramos a segunda periferia. Em nossa análise identificamos que os termos desse quadrante têm significativa relevância para identificar diretamente o termo indutor “saúde da população negra” por trazer elementos relacionados diretamente à discriminação pela condição de ser negro. Os termos que apareceram em sequência segundo a frequência de aparição foram: DISCRIMINAÇÃO com 20 de frequência, PRECONCEITO com 17 de frequência, RACISMO com 10 de frequência e RUIIM com 7 de frequência.

Os cognemas DESCASO e MAU ATENDIMENTO podem em uma leitura mais simplificada ser atribuído à saúde pública como um todo como já mencionado, uma vez que existe um entendimento compartilhado comumente encontrado nas falas dos usuários apresentando a saúde pública como um serviço precário. Porém, quando associamos a informação do quadrante do núcleo central – DESCASO - com as informações da segunda periferia do sistema periférico – DISCRIMINAÇÃO, PRECONCEITO, RACISMO. Percebemos que estes consistem em elementos diretamente relacionados ao tratamento diferenciado, apresentando uma pior qualidade para indivíduos com aspectos afrodescendentes.

O cognema DESRESPEITO aparece na terceira periferia com uma ordem de aparição de 11 repetições. Apesar de ter obtido um número pequeno de aparições, é possível considerar também essa categoria como um indicador atrelado não somente a concepção generalizada do que viria a ser a saúde pública como um todo, como também ao indicativo da diferenciação pelo recorte étnico racial.

5.2 - Análise de Conteúdo: Categorização.

5.2.1 - Entendimento de saúde para o sujeito:

Em nossa análise optamos por selecionar as demais categorias de acordo com as questões abordadas no decorrer do questionário aplicado no intuito de facilitar a compreensão. Desse modo, o material coletado pode ser apresentado de maneira mais clara e objetiva. A primeira delas tinha por objetivo perceber a compreensão do sujeito, de modo bem geral e particular, a respeito do que viria a considerar enquanto saúde, tendo visto uma necessidade

de selecionar um ponto de partida mais amplo que facilitasse o desenrolar da temática abordada.

Categorias	Questionários	Porcentagem	Subcategorias	Unidades de Registros
Entendimento de saúde para o sujeito	80	52,5%	Bem estar geral	42
		20%	Ausência de doenças	16
		12,5%	Higiene, infraestrutura e saneamento.	10
		8,75%	Bom atendimento hospitalar	7

Tabela 1: Saúde para o sujeito

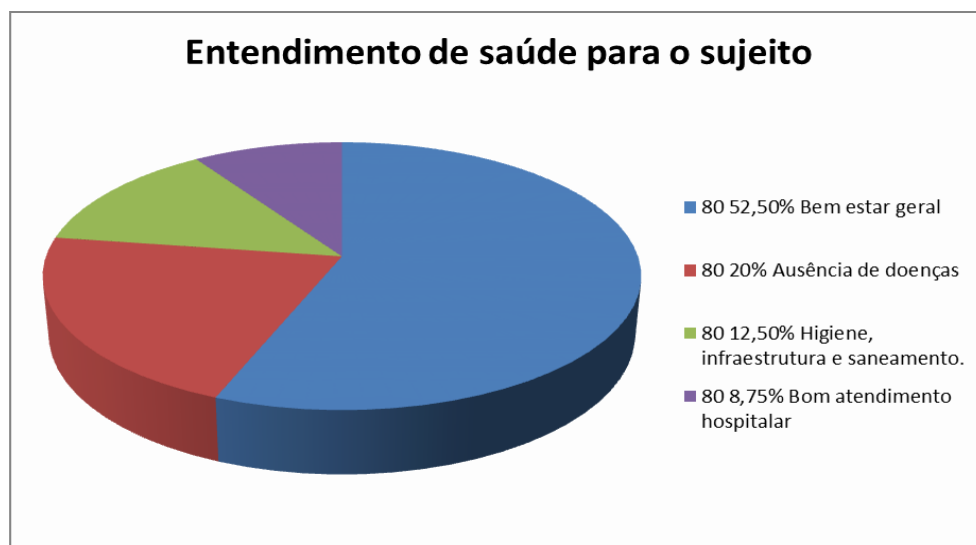


Gráfico 1: Saúde para o sujeito

Ao observarmos os dados apresentados podemos perceber que a questão “o que é saúde para você” acabou por gerar quatro subcategorias que estão relacionadas desde a compreensão de saúde como algo que abrange diversos aspectos da vida, comportando uma integralidade, como a compreensão de saúde como a ausência de doenças.

A compreensão de saúde enquanto ausência de doença, apesar de não ser a maioria, apresenta uma quantidade significativa de aparições, 20% de um total de 80 sujeitos entrevistados. Podemos observar em algumas falas:

“Bem estar para o corpo, sem nenhum incomodo ou doença” (1-43)

“Bem estar físico.” (1-7)
 “É você não precisar dos hospitais.” (1-5)
 “É uma pessoa saudável que não precisa tomar remédio.” (1-75)
 “Vigor e bem estar para o corpo.” (1-33)

Segundo Canguillem (2005) há muitos séculos atrás, a doença era considerada como possessão e atribuída a um ser maligno, bem como, em tempos bíblicos a lepra, por exemplo, era motivo de banimento e exclusão. Em consequência desse pensamento, por muito tempo os cuidados com as doenças eram de ordem religiosa. No entanto, esse pensamento evoluiu ao longo do tempo e, ainda segundo o autor:

“A medicina de hoje fundamentou-se, com a eficácia que cabe reconhecer, na dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença, mais do que a identificar uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente. Doença remete mais a medicina do que a mal.” (Canguillem, 2005:24)

O autor traz ainda algumas definições de saúde construídas ao longo do tempo por diversos estudiosos que corroboram algumas falas encontradas entre os entrevistados. A menção feita por Canguillem (2005) associa a saúde ao silêncio, como o silêncio dos órgãos citando dentre outros Daremberg (1865) “No estado de saúde, não sentimos os movimentos da vida, todas as funções se realizam em silêncio” (Daremberg, 1865 apud Canguillem, 2005:35). Podemos observar algumas falas dos sujeitos que se aproximam desse pensamento:

“Normalidade do funcionamento do organismo humano.” (1-74)
 “Quando o organismo está como o esperado.” (1-76)

Na subcategoria que considera saúde como um “bom atendimento hospitalar”, obteve o menor número de repetições 8,75% do total de sujeito. Nesta subcategoria é possível ainda perceber que a associação de saúde à ausência de doença é manifesta através da necessidade de obter bons atendimentos médicos, que conduza aos cuidados de tratamento, no intuito de reestabelecer com isso o estado de “silêncio”, referido por Canguillem (2005). Vejamos:

“Ir no hospital e ser bem tratado.” (1-1)
 “O melhor atendimento independente de raça, creança ou religião.” (1-38)
 “Um atendimento melhor nos hospitais.” (1-8)

Encontramos ainda uma subcategoria que associa saúde à “higiene, infraestrutura e saneamento”, com 12,5% de composição da amostra. As informações suscitadas a partir das falas dos sujeitos remetem a uma percepção de saúde não mais somente nuclear do âmbito saúde-doença. Começa a considerar uma perspectiva que se desdobra para o campo do meio ao qual o sujeito está inserido. A saúde aqui aparece enquanto resultado de cuidados mais

amplos que não comportam somente a responsabilidade do sujeito, ampliando essa responsabilidade para o campo de organização estrutural da sociedade.

“Boa moradia.” (1-46)

“É uma responsabilidade que deveriam ter com todos, principalmente com as crianças, pois muitos não têm uma boa qualidade de vida.” (1-59)

“Ter uma vida saudável com alimentação e exercícios em dia.” (1-17)

“Viver em um lugar limpo e ter cuidado com as coisas.” (1- 37)

“Boa alimentação.” (1- 39)

A lei 8.080/1990 conhecida como a lei do SUS (Sistema Único de Saúde) considera a saúde como resultante de diversas instâncias e desdobramentos que configuram não apenas aspectos de ordem particular, mas também ao que se refere à estrutura de qualidade de vida, como podemos ver em seu artigo 3º:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (art 3º, Lei 8.080, 1990)

A ideia da amplitude de aspectos relacionados à saúde compõe a grande maioria do ideário dos entrevistados com 52,5% de margem nos resultados obtidos para a ideia de saúde como bem estar geral, classificando como de significativa relevância na vida. Podemos observar nas falas encontradas:

“Viver bem em todas as áreas.” (1-14)

“Felicidade em todos os aspectos.” (1- 15)

“É ter um corpo e uma mente saudáveis.” (1-19)

“Tudo o que temos.” (1-3)

“A coisa mais importante do ser humano.” (1-9)

Podemos identificar, portanto, a existência de uma correspondência entre a expectativa da obtenção de cuidados em saúde de um modo mais integral, mesmo que de maneira pouco explícita, por considerar a saúde como um aspecto mais amplo, encontrado na fala da maioria dos entrevistados com as propostas de cuidados em saúde na elaboração do conteúdo que preconiza o Sistema Único de Saúde.

5.2.2 - Existência de uma prática voltada à saúde da população negra:

Esta questão foi formulada com o intuito de investigar, de maneira bastante flutuante a opinião a respeito de uma prática voltada especificamente para a Saúde da População Negra, considerando talvez a não existência de um conhecimento formalmente elaborado a respeito

da temática. As questões: “Você concorda que exista uma prática de saúde voltada à população negra” e “porque”, foram apresentadas de forma consecutiva ao entrevistado e analisadas conjuntamente, cujos resultados podemos ver a seguir:

Categorias	Questionários	Porcentagem	Subcategorias	Unidades de Registro
Existência de uma prática voltada à saúde da população Negra	80	42,5%	Não concordam	34
		38,75%	Concordam	31
		12,5%	Não tem informação	10

Tabela 2: Prática voltada para a população negra



Gráfico 2: Prática voltada para a população negra

As diretrizes seguidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) coaduna-se o que se está disposto no artigo 198 da Constituição Federal. Entre os princípios seguidos encontram-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como, a integralidade da assistência, aqui compreendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (p.4). A igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, consiste em outro princípio adotado pelo sistema público (Lei 8.080/90). Com o intuito de promover a igualdade de acesso e de direito,

foi construída e implementada em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2010), que trataremos mais adiante. Configurando o movimento nacional de assegurar a igualdade de direitos e acesso. No entanto, é possível observar nos dados coletados referentes a essa categoria que a maior parte dos entrevistados, cerca de 42,5%, não concorda com uma prática voltada à saúde da população negra, por compreenderem que isso salientaria o processo de exclusão e discriminação. Vejamos a seguir:

“Não, porque tinha que ser direitos iguais.” (2/3-7)

“Não, porque a saúde pública é para todo mundo.” (2/3-9)

“Não, já existe tanto preconceito, não precisa atendimento exclusivo para negros e sim para todos.” (2/3-11)

“Não, todos somos iguais independentes da nossa cor.” (2/3-12)

“Não, acho que a prática de saúde deve ser para todos independente da raça.” (2/3-13)

É interessante notar que quase metade dos entrevistados compreende uma prática de saúde voltada à população negra como discriminatória.

Se considerarmos a função de orientação de uma representação social (Abric, 2001) que produz uma relação de expectativa e antecipação da realidade, poderíamos de modo superficial compreender que enquanto normativa, a discriminação não se configura como aceitação de boa parte dos entrevistados. Com isso, uma diferenciação de um serviço com intuito de promoção da equidade é, pois, compreendido como discriminatório. A ideia de diferenciação acaba por ser diretamente associada à discriminação, utilizando com isso uma espécie de ancoragem de um termo ao outro. Vala (2006) salienta a ancoragem como um dos processos de formação de uma representação, segundo o autor, o indivíduo tende a acessar informações já existentes para compreender um elemento novo, tornando o não familiar em familiar.

A subcategoria que se segue tem um número significativo de aparição, 38,75% da amostra, onde os sujeitos que concordam com a existência de uma prática específica considerando como valorização da população negra. Observamos aqui que a ideia de diferenciação não possui a mesma ancoragem que na subcategoria anterior, aparecendo como associador a um melhor valor. No entanto, ao referirem à saúde da população negra, os entrevistados sempre utilizam uma fala onde não se incluíam, mesmo no campo representativo de uma amostra de 80 sujeitos apresentando 43 não brancos, ou seja, mais que a metade da amostra. Podemos levantar duas hipóteses em relação a isso, a primeira de que a população negra de fato sofre discriminação nos atendimentos e a segunda de que a população

não negra tem dificuldade de se reconhecer no lugar de discriminação. Porém, de algum modo a discriminação parece estar evidente tanto em uma como em outra subcategoria, no entanto, ancoradas em diferentes posicionamentos. Como podemos verificar em algumas falas que se colocam com distancia da temática:

- “Sim, para o bem deles.” (2/3 – 2)
 “Sim, tem que ser tratados como seres humanos.” (2/3-7)
 “Sim, quando é branco as pessoas dão mais atenção.” (2/3 – 16)
 “Sim, eles têm alguns problemas a mais que as outras pessoas.” (2/3-17)
 “Sim, as pessoas negras são muito discriminadas.” (2/3-23)
 “Sim, o fato de vermos a forma como são tratados.” (2/3-25)
 “Sim, porque é gente também.” (2/3-35)

Como colocado, as falas acima chamam particular atenção por serem tomadas com distância pelo interlocutor. Apesar da aplicação do questionário ter sido feita em uma comunidade e com bastante recorrência de ascendência negra, o distanciamento que ocorre em relação à temática é muito significativo, aparecendo quase na totalidade das falas. Lima e Vala (2004) consideram as mudanças relacionadas ao preconceito que ocorreram ao longo do tempo que configuram a sociedade ocidental moderna e pela discriminação por cor etnia ter saído com campo normativo, sendo inclusive considerada crime. Nas falas das duas subcategorias anteriores o distanciamento com que se fala do tema, como um problema sempre do outro e o cuidado que se tem em não parecer reforçar a discriminação.

A categoria que se seguiu com 12,5% de aparições na amostra, que demonstraram não ter informação a respeito.

- “Não, para mim não existe.” (2/3-32)
 “Não, por que eu acho que não existe, se existisse eles não sofreriam tanto racismo.”
 (2/3-61)
 “Sim, eu mesmo nunca ouvi falar sobre essa prática, se existe não há a divulgação necessária para a população.” (2/3-74)

5.2.3 - Sobre o conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Essa categoria de análise refere-se diretamente ao conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Entendemos que esta não consiste em uma informação amplamente divulgada, logo nosso objetivo é coletar as informações que o sujeito consegue acessar com base em seus conhecimentos prévios e não necessariamente a respeito da Política. Assim, resolvemos também compilar na análise duas questões: “Você conhece a

Política Nacional de Saúde integral da População Negra?” e “O que você acha que é?”, apresentadas consecutivamente ao sujeito.

Categorias	Questionários	Porcentagem	Subcategorias	Unidades de Registro
Sobre o conhecimento acerca da Política de Saúde da População Negra	80	53,75%	Sem opinião a respeito	43
		28,75%	Iniciativa a favor	23
		11,25%	Iniciativa discriminatória	9

Tabela 3: Conhecimento sobre a PSPN

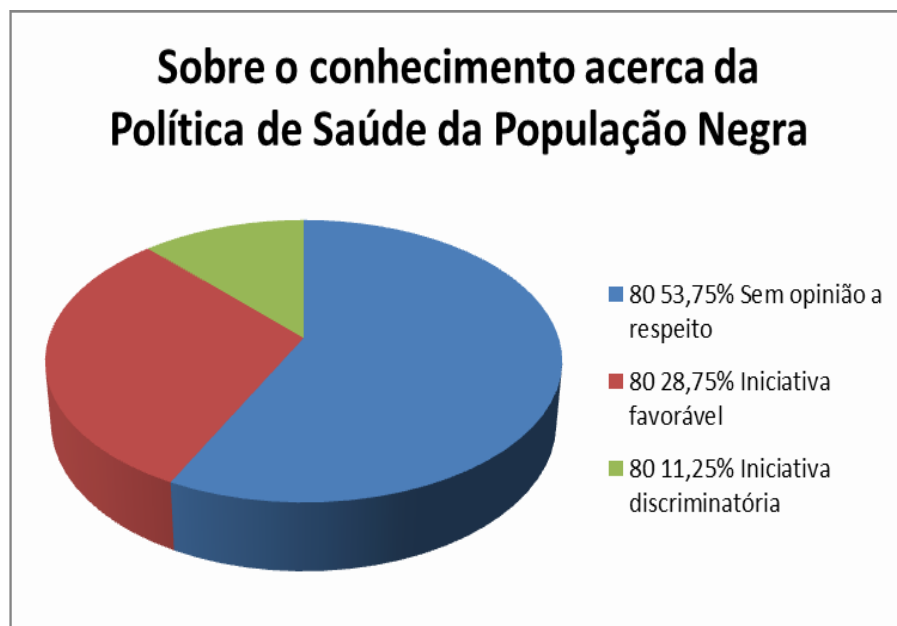


Gráfico 3: Conhecimento sobre a PSPN

A política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi construída a partir de um esforço significativo dos pesquisadores e pesquisadoras negros e negras, bem como da militância em geral, com destaque para a militância das mulheres negras (Müller, 2012). Esta política é formulada com o objetivo de diminuir as desigualdades que acometem esta população, identificadas através de pesquisas realizadas principalmente pelo grupo de pesquisadores mencionados acima. Vejamos:

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. (Brasil, 2007:13).

Entre os dados encontrados, a totalidade dos sujeitos entrevistados nunca havia ouvido falar na política, informação que já era minimamente esperada, uma vez que a política foi estabelecida de forma bem recente, sendo publicada oficialmente em âmbito nacional em 2009 e ainda em fase de implementação. No Rio de Janeiro, o Comitê Técnico que visa o aprimoramento de ações relativas à temática foi implementado na Secretaria Municipal de Saúde no ano anterior (Diário Oficial, julho de 2008), como vimos a partir do estabelecimento da formulação da Política e estratégias de ação parecem ainda estar em construção. Assim, a subcategoria de maior abrangência foi de sujeitos que além de não conhecerem, também não manifestaram opinião a respeito.

“Não, por não saber não tenho uma opinião formada.” (4/5 – 4)

“Não, não faço ideia.” (4/5-9)

“Não, não conheço.” (4/5-14)

“Não, nem imagino o que seja.” (4/5-21)

“Não, gostaria muito de saber.” (4/5-34)

“Não, por que nunca ouvi falar nesse assunto.” (4/5-55)

A subcategoria que se segue em termos de unidades de registro mais proeminentes está entre os sujeitos que apesar de não conhecerem a política, consideram ser algo favorável à população negra. É interessante pensar que na categoria anterior em que perguntamos se os sujeitos seriam a favor de uma prática voltada à Saúde da população Negra a maioria considerou como uma ação discriminatória, mas quando se fala em política, apesar de não saberem ao certo do que se trata, parece haver um maior entendimento de que seria um auxílio no combate à discriminação. As opiniões demonstram pouca clareza do que vem a ser uma “Política”, consideram desde uma organização, uma campanha, ou até um serviço social. Vejamos:

“Não, uma campanha de saúde que envolvesse apenas a população negra.” (4/5-10)

“Não, uma organização que procura meios e soluções para auxiliar a população negra.” (4/5-12)

“Não, alguém ou algo voltado apenas para a saúde negra.” (4/5-24)

“Não, um serviço social para a população negra.” (4/5-33)

“Não, acredito que sejam projetos sociais voltados para a população negra.” (4/5-38)

“Não, um programa prioritário para a população negra.” (4/5-40)

“Não, estudos sobre casos clínicos de acordo com a raça.” (4/5-13)

“Não, é um estudo feito para a saúde dos negros.” (4/5-17)

“Não, uma certa equipe voltada apenas para o público negro.” (4/5-59)

“Não, leis para resolver preconceito gerado com a população negra.” (4/5-62)

A próxima subcategoria dessa temática com 11,25% dos sujeitos entrevistados considera a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como mais uma forma de discriminação e segregação dessa população, causando assim prejuízo à mesma. É possível perceber que a parcela de sujeitos que assume essa opinião, parece desconsiderar a questão da vulnerabilidade social que acomete essa população, um dos princípios que norteiam a formulação da política. Segundo Lopes (20014), podemos compreender como vulnerabilidade, de modo bem geral, como “o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação.” (49). Desse modo, sabemos, que a partir das pesquisas realizadas e já discutidas ao longo deste trabalho, esta camada da população em situação de maior exposição é identificada principalmente devido à pobreza (PNUD, 1999, IPEA, 2002).

Vamos às colocações dos entrevistados:

“Não, porque veem a população negra como pobre e sem recursos de manter uma boa manutenção.” (2/3- 4)

“Não, porque tinha que ser direitos iguais.” (2/3-7)

“Não, porque a saúde pública é para todo mundo.” (2/3-9)

“Não, já existe tanto preconceito, não precisa atendimento exclusivo para negros e sim para todos.” (2/3-11)

“Não, todos somos iguais independentes da nossa cor.” (2/3-12)

“Não, acho que a prática de saúde deve ser para todos independente da raça.” (2/3-13)

“Não, pois tenho dúvida a respeito de qualquer movimento a respeito.” (2/3-14)

“Não, por que é muito preconceito.” (2/3-29)

“Não, porque vejo uma falta de respeito grande com a saúde e o ser humano.” (2/3-47)

“Não, porque a saúde existe um pouco de discriminação.” (2/3-53)

As falas relacionadas à negação da política, como podemos observar, demonstram certa diversidade quanto ao motivo de suas opiniões em relação à compreensão das mesmas, mas algumas delas parecem entender que estabelecer uma política de saúde da população negra, acentuaria a discriminação, corroborando a ideia mencionada anteriormente da ideia de diferenciação ser associada enquanto ancoragem à discriminação (Vala, 2006), outros por sua vez já reconhecem a existência de discriminação no campo da saúde.

5.2.4 - Sofreu discriminação no serviço público de saúde?

Essa questão se refere diretamente à possibilidade de o sujeito entrevistado já ter sofrido algum tipo de discriminação no serviço público de saúde. Apresentamos de um modo também compilado, como nas anteriores, em duas questões consecutivas: “Você já sofreu algum tipo de discriminação no serviço público de saúde?” e “Como foi?”. Com isso, poderíamos encontrar no entrevistado um registro mais real de sua experiência na prática.

Categorias	Questionários	Porcentagem	Subcategorias	Unidades de Registro
Sofreu discriminação no serviço público de saúde?	80	73,75%	Não sofreu discriminação	59
		17,5%	Mau atendimento	14
		6,25%	Discriminação por cor ou outro motivo	5

Tabela 4: Discriminação no serviço público de saúde

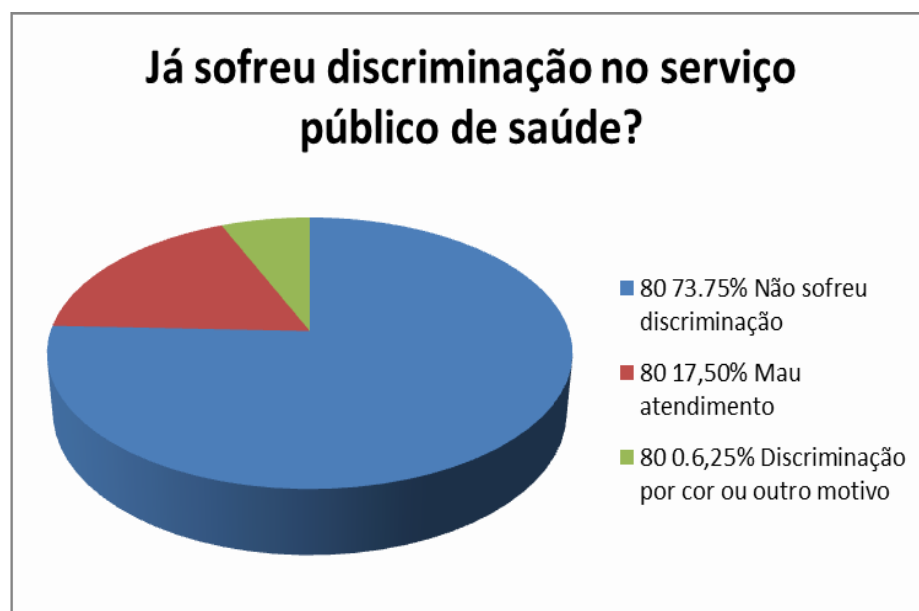


Gráfico 4: Discriminação no serviço público de saúde

Entre os dados coletados encontramos uma grande maioria, cerca de 73,75% da amostra, que relataram nunca ter vivenciado uma experiência de discriminação no serviço público de saúde. Como mencionada anteriormente, boa parte dos entrevistados não se considera negro,

sendo a grande maioria não branca. Talvez exista uma correlação com a não percepção do preconceito ou discriminação, uma vez que, como afirma Camino e col. (2000), existe em nossa sociedade moderna uma sutileza em relação às práticas de discriminação, dificultando o seu reconhecimento. Somado a sutileza da prática ao não reconhecimento de que se encontra em uma categoria passível de sofrer discriminação racial, é possível uma maior dificuldade em reconhecer algum tipo de discriminação.

A segunda subcategoria desta temática, 17,5%, reconhece já ter sofrido algum tipo de discriminação e associam principalmente ao mau atendimento. Na tarefa de evocação livre, também chamada de quadro de quadro casas, o termo mau atendimento foi o segundo mais recorrente, como demonstram os dados já mencionados anteriormente. O mau atendimento parece configurar o que mais se evidencia em termos do que os sujeitos consideram enquanto discriminação. Como podemos observar em algumas falas:

“Esperamos a tarde toda e não fomos atendidos.” (6/7-1)

“A grande espera para ser atendida.” (6/7-12)

“Muito tempo esperando na fila.” (6/7-60)

“Fiquei esperando com muita dor.” (6/7-62)

“Mau atendimento às pessoas, faz de conta que não está vendo.” (6/7-9)

“O médico foi indiferente.” (6/7-19)

“A médica não queria me atender.” (6/7-26)

“Eles não se interessaram em descobrir o que a minha filha tinha.” (6/7-47)

Como é possível perceber nos extratos utilizados, parece haver duas principais formas de reconhecimento do mau atendimento, uma está relacionada ao tempo de espera e outra no trato direto com o profissional de saúde. O tempo de espera talvez poderia ser entendido como uma problemática do sistema público como um todo, devido a grande demanda e pouco aparelhamento. Já o contato com o profissional, pode denunciar um tipo de aproximação interpessoal que pode ser problemática. Tanto um quanto outro caso, são passíveis de maior observação e investigação mais aprofundada, uma vez que não nos dedicamos especificamente a isso.

5.2.5 - Ter conhecimento de alguém próximo que tenha sofrido discriminação no serviço público de saúde.

Nessa categoria encontra-se também compiladas duas questões: se o sujeito conhece alguém que já sofreu algum tipo de discriminação no serviço de saúde e como foi. Decidimos por incluir também essa questão, que parece ser muito próxima da anterior, com base na

colocações de Abric (2005) referentes à zona muda de uma representação. Para o autor, é comum encontrar a zona muda de uma representação em temas sociais mais delicados, pois são atravessados pelo campo normativo, tais temas exigem uma maior delicadeza no trato e um olhar mais refinado. Assim, considera ser de significativa importância identificar a zona muda de uma representação, que consiste em uma parte consciente da temática não expressa pelo sujeito, omitida por julgar que não compõe o campo normativo. O autor chama de gestão de impressão o processo em que o sujeito entrevistado coloca para o entrevistador aquilo que o entrevistado entende como o ideal. A questão deste tópico, promove ao sujeito certo afastamento da temática, promovendo talvez um maior conforto em relação a seu posicionamento, Abric (2005) chama essa técnica de técnica de substituição, pois pressupõe a diminuição do peso normativo para o sujeito entrevistado.

Categorias	Questionário	Porcentagem	Subcategorias	Unidades de Registro
Ter conhecimento de algum tipo de discriminação do serviço público de saúde.	80	58,75%	Não conhecem	47
		30%	Mau atendimento	24
		6,25%	Não tem lembrança	5

Tabela 5: Alguém próximo que sofreu discriminação

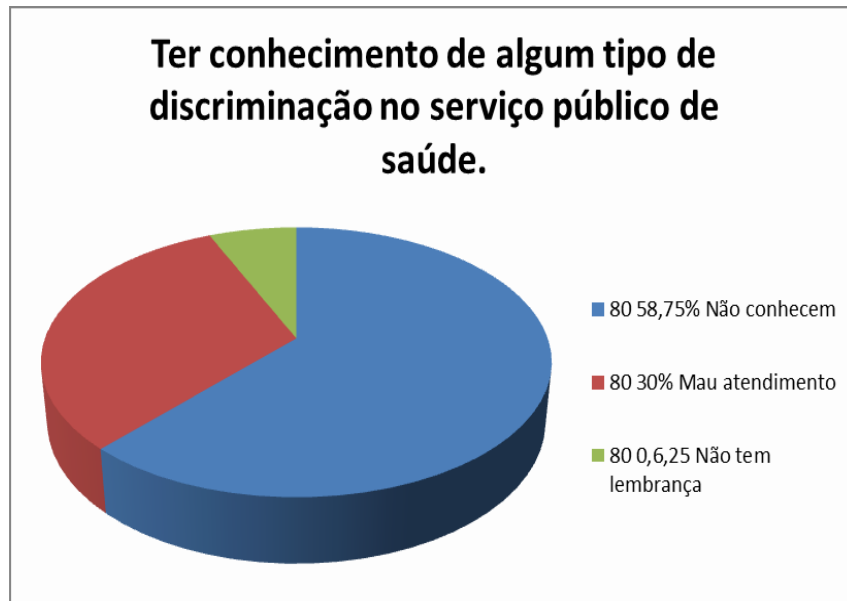


Gráfico 5: Alguem próximo que sofreu discriminação

A primeira grande subcategoria que aparece com 58,75% das aparições, consiste nos sujeitos que não conhecem ninguém que já sofreu algum tipo de discriminação. No entanto, a segunda categoria, que se refere a alguém próximo que já sofreu algum tipo de discriminação no serviço público de saúde cresce em relação a questão anterior, onde somente 17,5% declaram já ter sofrido algum tipo de discriminação, nessa amostra a porcentagem quase chega ao dobro em relação a anterior, quando 30% dos entrevistados declaram que conhecem alguém que já sofreu algum tipo de discriminação. Nesse caso o termo que mais aparece é o mau atendimento. Vejamos as falas:

“Meu pai faleceu em setembro e eu acompanhei ele e via muito descaso dos profissionais com pessoas que não tinha recursos.” (8/9-7)

“Os médicos não queriam atender por má vontade.” (8/9-26)

“Falta de boa vontade.” (8/9-32)

“Muita falta de atenção com um senhor idoso.” (8/9-34)

“Minha sobrinha perdeu o bebê por que não atenderam direito, tinha 17 anos.” (8/9-37)

“Descaso dos médicos.” (8/9-55)

“Um acidente doméstico cortou a perna da vítima atingindo vasos sanguíneos, o médico mandou colocar o dedo por 10 minutos, sendo que foi preciso levar três pontos em outro hospital.” (8/9-71)

Nesse caso, o mau atendimento refere-se quase que em sua totalidade ao trato com o profissional de saúde. O crescimento da ocorrência de discriminação nessa subcategoria, bem como a identificação do mau atendimento relacionado ao trato direto com o profissional de saúde, leva-nos a corroborar a ideia a teoria de Abric (2005), relacionada à zona muda da

representação, uma vez que nessa situação os entrevistados pareceram de fato se sentir mais a vontade para falar dessas questões.

A categoria que menos apareceu foi dos que não se lembraram de ter presenciado algum fato desse gênero. A ocorrência foi de 6,25% na frequência de aparição.

6.2.6 - Atendimento no pré-natal e no parto.

Essa questão, tinha como pressuposto a intensão de coletar informações possíveis de uma experiência prática significativa como o parto. Não necessariamente os sujeitos que compunham a amostra tinham utilizado o serviço público para esse fim, a questão também foi direcionada aos homens que se propuseram a responder o questionário, sendo indagados sobre sua opinião em relação ao atendimento da esposa/companheira, caso tivesse também passado por essa experiência. Para compor essa categoria, utilizamos duas perguntas correlacionadas: “O que você achou do atendimento no pré-natal e no parto? E Porque?. Vejamos os resultados:

Categorias	Questionários	Porcentagem	Subcategorias	Unidades de Registro
Atendimento no pré-natal e no parto.	80	42,5%	Bom atendimento	34
		36,25%	Não utilizou o serviço	29
		10%	Utilizou o serviço privado	8
		0.7,5%	Mau atendimento e precariedade	6

Tabela 6: Atendimento no pré-natal e parto

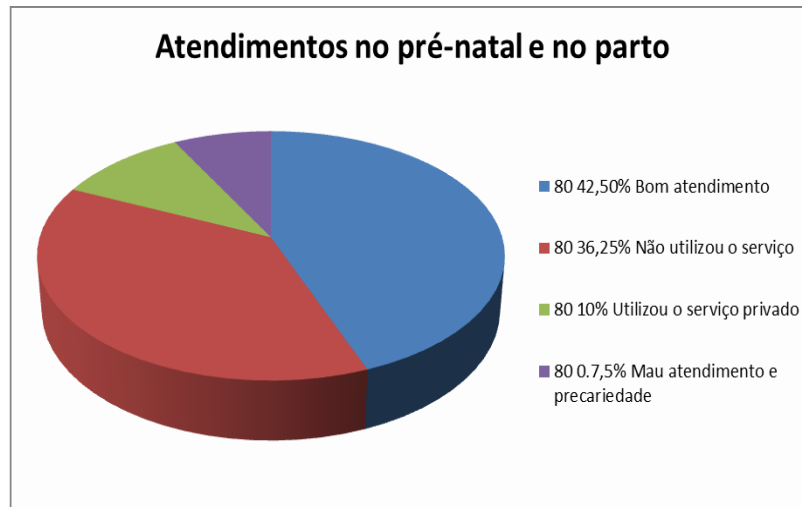


Gráfico 6: Atendimento no pré-natal e parto

Há alguns anos, algumas pesquisas são principalmente direcionadas para o estudo e levantamento das condições de saúde da mulher. Esses estudos quando os dados são desdobrados além do quesito raça/cor também por gênero, demonstram que as mulheres se encontram ainda em maior grau de vulnerabilidade (Roland, 1991).

Roland (1991) apresenta um estudo com base no Censo de 1980, que apesar de não haver informações muito específicas, uma vez que o interesse em desagregar dados por gênero ainda era quase inexistente, traça uma correlação entre o grau muito baixo de escolaridade das mulheres e o índice de mortalidade infantil, que entre as mulheres negras era bastante significativo, consistia em 48% da taxa de analfabetismo para as mulheres negras em contraponto a 24% das mulheres brancas.

Em pesquisas realizadas um pouco mais adiante no tempo e baseadas nos dados do Censo de 1991 e na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD - de 1998, Oliveira (2003) ressalta que as taxas de mortalidade materna e infantil, de um modo geral, diminuíram ao longo dos anos. No entanto, apresentam-se ainda de modo significativo e ainda bastante díspares se comparados à população branca, vejamos:

“A taxa de mortalidade infantil das crianças afrodescendentes foi de 62,3 por 1 000 de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1996. No caso das crianças brancas, essa taxa foi de 37,3 por 1 000.” (Oliveira, 2001:20)

A gestação e o parto são condições em que as mulheres ficam naturalmente mais expostas e vulneráveis, necessitando quase que obrigatoriamente do serviço de atendimento médico. No caso de pessoas moradoras de comunidades, dependem em grande escala dos serviços públicos de saúde.

Com vistas a essa questão, antes da formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2004 foi estabelecido em rede nacional e como medida de fortalecimento às ações do Sistema Único de Saúde (SUS) o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Este pacto propõe ações estratégicas relacionadas aos cuidados das mulheres, adolescentes e crianças, partindo do pressuposto que na maioria dos casos são mortes evitáveis. Para isso, estabelecem metas de melhorias a serem alcançadas ao longo dos anos que se sucedem. As ações previstas envolvem desde seminários estaduais e municipais, acordos entre gestores e sociedade civil, bem como a melhor qualificação das equipes de atendimento.

Apesar das iniciativas adotadas para viabilizar o melhoramento da qualidade do atendimento às mulheres gestantes e puerperas e a seus recém nascidos, principalmente às mulheres negras, dados da secretaria de saúde do município do Rio de Janeiro ainda apresentam significativa discrepância em seus resultados. Em 2009 a distribuição percentual para nascidos vivos era de 48,7% para brancos e 45,5% para negros. Se considerarmos os nascidos vivos entre as mães adolescentes também desagregados encontramos quase o dobro entre as adolescente negras 21,8% para 11,6% das adolescente brancas. Outro dado referente aos nascidos vivos, cuja realização de consultas no pré-natal chegam a ser sete ou mais consultas, a discrepância também aparece de maneira acentuada com 55,8% para as negras e 80,2% para as brancas (Superintendência de Vigilância em Saúde, 2011).

Esse histórico de dados apresentados, nos fez pensar inicialmente que os dados coletados em nossa pesquisa, talvez viessem a corroborar essas informações, o que não aconteceu de fato. Nesta subcategoria a maior aparição de dados, cerca de 42,5% dos entrevistados que utilizaram o serviço público, classificaram como “bom” o atendimento recebido.

“Teve um bom atendimento.” (12/13-1)

“Fui bem tratada.” (12/13-2)

“Tive sorte de ter um bom atendimento.” (12/13-6)

“Muito bem tratada.” (12/13-11)

“Porque o tratamento foi adequado.” (12/13-16)

“Me atenderam bem com todos os procedimentos.” (12/13-18)

“Fui bem atendida e tudo correu bem.” (12/13-20)

“Equipe que me deixou tranquila para realizar minha cesárea.” (12/13-62)

A segunda subcategoria levando em consideração o número de aparição consiste no grupo de pessoas que nunca utilizaram o serviço por não terem filhos, como declararam, este grupo apresenta 36,25% do total de entrevistados. Seguidamente a essa, a subcategoria

apresentada está relacionada ao grupo que utilizou o serviço privado para o pré-natal e o parto, cerca de 10% de nossa amostra.

A última subcategoria em termos de número de aparição com 0,75% consiste no grupo de que demonstraram algum desagrado em relação ao serviço público relacionado ao pré-natal e parto. Algumas das opiniões negativas estão relacionadas à precariedade estrutural, embora a maior parte faça menção ao atendimento propriamente dito, como podemos observar nas falas abaixo:

“As instalações são fracas e mal cuidadas”. (12/13-5)

“Faltam muitos recursos.” (12/13-38)

“Após a cesárea o hospital não tinha remédio para dor e a limpeza era péssima.” (12/13-73)

“Fui tratada com descaso e insultada”. (12/13-15)

“Tinha erro nos exames”. (12/13-31)

“Falta de assistência concreta.” (12/13-34)

Considerando os dados acima expostos, é possível identificar que apesar da maioria dos entrevistados terem considerado um bom atendimento em relação ao pré-natal e ao parto, algumas falas denunciam precariedade e 10% dos entrevistados preferiram escolher o serviço particular como garantia de um bom atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde implementado no Brasil através da lei 8.080 de 1990, formulado em consonância com a Constituição Federal de 1988, considera a saúde como direito fundamental de todos. Para isso, preconiza os princípios de universalidade, igualdade e equidade, compreendendo a saúde sob uma perspectiva ampla, contemplando diversos aspectos da vida do indivíduo que comportam desde questões estruturais até acesso aos serviços essenciais para o bem estar.

Essa perspectiva construiu uma atuação nos serviços públicos de saúde de forma setorializada e compartilhada entre as instâncias de gestão. Viabiliza a participação da população e demais entidades envolvidas na construção dos caminhos que direcionam o funcionamento da saúde através dos Conselhos. Essa perspectiva acaba por abrir espaço para a identificação das peculiaridades das necessidades de cada área, bem como de especificidades de comorbidades. Foi a partir disso que dados e pesquisas foram evidenciados e permitiram que diferentes políticas promotoras de ações fossem formuladas.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) implementada em 2009, aparece nesse cenário como resultado de evidências a partir de estudos e pesquisas da iniquidade que acomete essa população no que toca os serviços de saúde, tanto na discriminação em relação ao atendimento, quanto em algumas especificidades relacionadas à comorbidades.

Sabemos que a população negra no cenário nacional encontra-se em situação de vulnerabilidade devido ao modo de organização social que se estabeleceu na construção do país em consequência da escravidão e a não reparação desse momento histórico do país. Após a abolição da escravatura, quase nada foi feito para reparar a situação a qual os negros se encontravam, promovendo uma inserção social mais justa e igualitária. Toda essa situação gerou diferentes formas de discriminação e entendimento acerca do lugar do negro na sociedade. Vala (2006) discorre a respeito dos novos modos em que o preconceito e a discriminação vêm sendo formulados no mundo ocidental, tomando nuances mais sutis e em boa parte das vezes, pouco identificáveis.

As construções das informações que se fizeram sobre o negro, compõem por sua vez o cenário do imaginário social que se estabeleceu ao longo dos anos. Nosso estudo dedicou-se a realizar uma breve investigação acerca do imaginário que compõe as representações sociais (Moscovici, 2011) acerca da saúde dessa população pela ótica dos usuários do Sistema Único

de Saúde, composto em sua maioria de não brancos. Sublinhamos a importância de investigações relacionadas às representações sociais, uma vez que essas são consideradas construções cognitivas que conduzem as ações cotidianas (Jodelet, 2001). Os dados apresentados por pesquisas da área corroboram o fato de que a população negra recebe um tratamento diferenciado em alguns casos, como é recorrente nos atendimentos em consultas de pré-natal, as mulheres negras receberem menos atendimentos do que as brancas, assim como o índice de mortalidade infantil e de morte materna ser mais recorrente entre essas mulheres. Partindo desse panorama, realizamos um estudo acerca das representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a saúde da população negra.

Para além das representações sociais encontradas, foi possível perceber alguns atravessamentos que se fizeram marcantes na coleta de dados. Um desses destaques está relacionado ao questionamento mais recorrente no momento do preenchimento feito pelos entrevistados era se a resposta estava correta, mesmo que a entrevistadora tendo inicialmente colocado que nosso interesse era a opinião do entrevistado. Como também a recusa inicial em escrever, alegando que não saber escrever direito e que não saberiam dar as respostas. Estas questões e apontamentos podem ter surgido se considerarmos que a maioria dos entrevistados não tem por hábito lidar com o sistema de escrita e leitura formal em seu cotidiano, uma vez que apresentaram um baixo nível de escolaridade em sua maioria.

Podemos dizer que os principais dados de nossa pesquisa não apontam a discriminação de forma contundente em primeiro plano. Na análise do quadro de quatro casas apresentou primeiramente com maior índice de aparição o cognema DESCASO e somente na segunda periferia aparecem cognemas como PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO e RACISMO, esses mais ligados a um tratamento diferenciado mais específico. O cognema que aparece no núcleo central poderia ser facilmente compreendido como um aspecto geral da saúde pública brasileira. Outro elemento que aponta essa questão é a categoria de análise em que utilizamos a técnica de substituição formulada por Abric (2005), em que o sujeito não precisa se posicionar diretamente. Foi possível observar que os casos de discriminação cresceram em 50% em relação à questão em que se perguntava diretamente ao sujeito.

É possível compreender esses episódios a partir da retirada do racismo e discriminação da população negra do campo normativo, existindo inclusive uma lei de criminalização dessa prática (BRASIL, 1989), que estabelece punições criminais. A partir disso configurou-se outro modo de representar as expressões de racismo e discriminação, Lima & Vala (2004) apontam a existência no Brasil do que se denomina de racismo cordial. Esse tipo de racismo

não se configura em injúria direta, mas na sutileza no modo de discriminar, aparecendo na maioria das vezes em forma de humor ou de desqualificação do episódio discriminatório.

A partir dos dados apresentados, podemos observar que essa forma de organização sócio histórico e cognitivo interfere diretamente no modo em que as pessoas se posicionam em relação à temática. Um dos pontos observados configura-se em identificar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como um elemento discriminatório, uma vez que a ideia de diferenciação parece estar muito associada enquanto ancoragem à ideia de discriminação. A ideia de equidade, um dos princípios básicos do SUS, parece não ter sido ainda assimilada em sua propriedade, acabando por compreender em sua maioria, qualquer processo de diferenciação como discriminatório.

Outro dado importante a ser mencionado refere-se à abrangência da amostra dos entrevistados que acarretou resultados amplos. Consideramos que um estudo direcionado somente à população negra, possivelmente, traria dados mais específicos relacionados a preconceito e discriminação.

Com isso posto, ressaltamos a necessidade de maiores investigações e estudos relacionados à temática, considerando a importância histórica de reparação da população negra em diversas instâncias. E a importância que tal temática levanta uma vez que a diversidade da população brasileira se apresenta marcante no que tange as suas diferenças sociais, culturais e regionais.

REFERÊNCIAS:

Abric, J. C. (1994) *Pratiques Sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.

Abric, J. C. (1998) A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P. & Oliveira, D. C. (Orgs.) *Estudos interdisciplinares em representações sociais*, p.27-38. Goiânia: AB Editora.

Abric, J. C. (2001) *Prácticas Sociales y Representaciones*. Traducion: José da Costa Chevrel y Fátim Flores Palacios. México: Cultura libre.

Abric, J. C. (2005). A zona muda das representações sociais. In: Oliveira, DC e CAMPOS, PHF. *Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de janeiro, Museo da República, pg. 23-34 (Coleção Memória Social).

Adorno, S. (2010) História e Desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Novos Estudos*. São Paulo: Cebrap, n. 86, vol. 40, mar.

Almeida, J. G. (2005) As Representações Sociais, o Imaginário e a Construção Social da Realidade. In: SANTOS, M. F. S. & Almeida, L. M. (Orgs). *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais*. Recife: Editora Universitária UFPE.

Barbosa, M. I. S. (2001) É Mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do quarto de despejo. *Jornal da Rede*, Rede Saúde, n.23, mar.

Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Berquó, E. (1980) Demografia da desigualdade – algumas considerações sobre os negros no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP*, n.21, p.74-84.

Bock, A. M. B. (2003) *Psicologia e compromisso social* (org). São Paulo: Cortez.

Brasil (2010) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – uma política do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde,. (Série Textos Básicos de Saúde).

Brasil, S. A. & Trad, L. A. B.(2012) O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro- *Saúde da população negra / Jurema Werneck, Luís Eduardo Batista e Fernanda Lopes* (orgs.). - Petrópolis, RJ: DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN, 328p.

Brasil. (2007) Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo*. Brasília: 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf>. Acesso 10 fev.

Brasil. (2009). *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias. Municipais de Saúde*. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

Bucher S.N.F.J. (2003) Psicologia da Saúde no contexto da saúde pública. In: *Construindo a Psicologia brasileira: desafios da ciência e práticas psicológicas*. Yamamoto, H., Gouveia O., Veloso V. (Orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Camino, L, Silva, P. Machado, A. e Pereira, C.(2000). A Face Oculta do Racismo no Brasil: Uma Análise Psicossociológica. *Revista Psicologia Política*. 13-35.

Campos, C. J. G. (2004) *Método De Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) set/out; 57(5): 611-4.

Canguillem, G. (2005). *Escritos sobre a medicina*. Tradução: Ribeiro, V.A., Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Cardoso, F. H. (1962). *Capitalismo e escravidão no Brasil Meridional*, São Paulo, Difusão Européia do Livro.

Cunha, E. M. G. P. (2012). Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios - *Saúde da população negra* / Jurema Werneck, Luís Eduardo Batista e Fernanda Lopes (orgs.). - Petrópolis, RJ: DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN, 328p.

Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde (2000). *Rev Saúde Pública*; 34(3): 316-9

Deslandes, S. F., Neto, O.C., Gomes, R. & Minayo, M.C.S. (1994) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, do dia 28 de julho de 2008, paginas 15 e 16, ano XXII, nº 87.

Edna Roland. (1991). Saúde da Mulher Negra na Brasil Em: *Mulher Negra e Saúde* – Instituto da Mulher Negra. São Paulo.

Farr, R. (2012) Representações Sociais: a teoria e sua história In: *Textos em representações sociais* (orgs) Gareschi, A. P., Jovchelovitch, S. 13 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Faustino, M. D. (2012) A equidade racial nas políticas de saúde 98-120p In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo e LOPES, Fernanda (orgs.) *Saúde da população negra*, Petrópolis, RJ : DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN. 328p.

Fausto, B. (2001) *História concisa do Brasil*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 324 p.

Fegueroa, A. L. G. (2004) Contextualização Conceitual e Histórica. In: *Cadernos Textos Básicos do I. SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA - A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade*. Brasília.

Ferreira, A. (2009) Favelas no Rio de Janeiro: nascimento, expansão, remoção e, agora, exclusão através de muros. *Revista Bibliográfica de Geografia y Ciencias Sociales* (Séria documento de Geo Crítica) Universidade de Barcelona ISSN: 1138-9796 vol.XIV, nº828.

Freitas, M. L. A.; Mandú, E. N. T. (2010) *Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas brasileiras Acta Paul Enferm*;23(2):200-5.

Galli, I. (2012) (Org). A teoria das representações sociais: do nascimento ao seu desenvolvimento mais recente. *Revista Educação e Cultura Contemporânea*, VOL. 11, Nº 24 (2014) <http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/viewFile/900/498> Acessado em: 30/02/2015.

Gomes A.M.T., Oliveira D.C., Sá C.P. (2011). O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Rev. bras. enferm*; 64(4):631-638.

Guimarães, A. S. (2004) Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*, São Paulo, Usp, V. 47 Nº 1.

Herzlich, C. (1972) La représentation sociale, In: MOSCOVICI, Serge. (Ed.). *Introduction à la psychologie sociale*. v. 1, Paris : Larousse.

IBGE - Senso 2012 Referente ao trabalho e renda. Acessado em 31/07/2015 http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/1075/cd_2010_trabalho_rendimento_aoustra.pdf

[IPEA] - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2014). *Situação social da população negra por estado Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.* – Brasília.

[IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. (2002) *Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental.* Brasília.

III Seminário Municipal de Equidade em Saúde da População Negra do Rio de Janeiro (2011). Análise da Situação de Saúde (segundo recorte Raça/Cor). Superintendência de Vigilância em Saúde. SUBPAV/SVS/CAS.

Jodelet, D. (2001) Representações sociais: um domínio em expansão. In. Denise Jodelet (org.). *As representações sociais.* Rio de Janeiro: EdUERJ.

Jodelet, D. (2005) Representações Sociais: História e avanços teóricos – Vinte anos da teoria das representações sociais no Brasil. In: Oliveira, D. C. e Campos, P. H. F. (Orgs). *Representações Sociais – uma teoria sem fronteiras.* Rio de Janeiro: Museu da República. (Col. Memória Social).

Lei contra o racismo http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7716.htm acessado em 15/05/2016.

Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o regimento do Sistema Único de Saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lima M.E.O., Vala. J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 401-411.

Lopes, F. (2004) Experiências Desiguais Ao Nascer, Viver, Adoecer E Morrer: Tópicos Em Saúde Da População Negra No Brasil. In: *Cadernos Textos Básicos do I. SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA - A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade.* Brasília.

Maio, M. C. (2008). Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil. In: Sansone, L.; e Pinho, O. A. (Orgs.). *Raça: Novas perspectivas antropológicas.* Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: Edufba.

Maio, M. C. & Monteiro, S. (2005) Tempos de racialização: o caso da „saúde da população negra” no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, v. 12, n. 2, p. 419-446, maio-ago.

Mann, J; Tarantola, D.J.M.; Netter, T.W. (1993) *A Aids no Mundo.* Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume-Dumará.

Martins, C. E. (2007) O Brasil e a dimensão econômico-social do governo Lula: resultados e perspectivas. *Revista Katálisis*, v. 10, n. 1, jan.-jun.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2011). *Censo Demográfico 2010 Características da população e dos domicílios Resultados do universo*. Rio de Janeiro.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2011). *Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro.

Moscovici, S. (2001) Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: *As representações Sociais*. (org) Denise Jodelet. Rio de Janeiro: Ed Uerj.

Moscovici, S. (2011) *Representações Sociais: investigações em psicologia social/ trad. Gareschi, A. P.* 8 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Moscovici, S. (2012) Prefácio In: *Textos em Representações Sociais* (orgs) GARESCHI, A. Pedrinho, JOVCHELOVITCH, Sandra. 13 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Mozzato, A.R.,Grzybovski, D.(2011) *RAC*, Curitiba, v.15, n.4, pp. 731-747, Jul./Ago.

Naiff, D. G. M.; Naiff, L. A. M., Souza, M. A. (2009) *Representações Sociais de estudantes universitários sobre as cotas para negros e pardos nas universidades públicas brasileiras*. Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, Ano 9, Nº 1, p. 219-232, 1º Semestre.

Nós, Mulheres Negras: Diagnósticos e Propostas (2001) Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras rumo a III Conferência contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância.

Oliveira, D. C. (2005) *Análise de Evocações Livres: uma Técnica de Análise das Representações Sociais*. In: Moreira, A. S. P. (org). João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária.

Oliveira, F. (2003) *Saúde da população negra: Brasil ano 2001* / Fátima Oliveira – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,

PORTARIA 992, 13 maio 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/arquivo%20conass%20informa/ci_63a1_09.pdf>. Acesso 13 fev. 2015.

Referências:

Sá, C. P. (1996) *Sobre o núcleo das representações sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Sacarrão, G. F. (1989) *Biologia e Sociedade*. Lisboa, Portugal: Editora Europa-américa,. vII, p. 218.

Sacramento AN, Nascimento ER (2011). Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Revista Escola Enfermagem; USP*; 45(5):1142-9. www.ee.usp.br/reeusp/

Sant'anna, W. (2001) Desigualdades étnico/ raciais e de gênero no Brasil. *Jornal da Rede*, n.23, Rede Saúde, março.

Santos, J. S. (2012) “*Questão social*”: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez.

Santos, M. F. S. & Almeida, L. M. (2005). *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais*. Recife: Editora Universitária UFPE.

Senna, D. M. & Lima, T. F. (2012). Saúde da população negra na atenção primária à saúde: a questão da violência, p. 153 – 171. In: Werneck, J.; Batista, L. E. & Lopes, F. (orgs.) *Saúde da população negra*, Petrópolis, RJ : DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN. 328p.

Shimizu, E. H.; Pamela, X. e Sanchez, M. N. (2012). Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 295-306p..

Shimizu, H. E.; & Reis, L. S. (2011) *As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8):3461-3468.

Shimizu, H. E.; Pamela, X. & Sanchez, M. N. (2012) *Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral*, *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*:295-306.

Sistema de Assentamento de Baixa Renda (SABREN)
<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/sabren/index.html> acesso em 10/03/2016.

Site do Instituto Pereira Passos:
<http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp/exibeconteudo?id=4782931> acesso em 10/03/2016

Soares Filho, A. M. (2012) O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão - *Saúde da população negra* / Werneck, J. ; Batista, L. E. & Lopes, F. (orgs.). - Petrópolis, RJ: DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN, 328p.

Spink, M. J. P. (1993) *O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300- 308, jul/set.

Spink, M. J. P. (1993) *The Concept of Social Representations in Social Psychology*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep.

Stolcke, V.(1991) *Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?* (Estudos Afro-Asiáticos, 20).

Trad, L.; Mota, C.; Castellanos, M.; Farias V. N. & Brasil, S. (2012) Percepção sobre a Política de Saúde da População negra: perspectivas polifônicas p. 172 – 192. In: Werneck, J; Batista, L. E. & Lopes, F. (orgs.) *Saúde da população negra*, Petrópolis, RJ: DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN. 328p.

Vala, J. (2006) Representações Sociais E Psicologia Social Do Conhecimento Quotidiano In: VALA, Jorge. MONTEIRO, Maria Benedicta (Org). *Psicologia Social*. 7ª ed. Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Valladares, L. (2000) A gênese da favela carioca, a produção anterior às ciências sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* - VOL. 15 No 44.

Valladares, L. (2005). *A invenção da favela: do mito de origem a favela.com*. Rio de Janeiro. Editora FGV.

Vergès, P. (1999) *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel version 2*. Aix-en-Provence: LAMES.

Wachelke, J.; Wolter R. (2011) Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Out-Dez, Vol. 27 n. 4, pp. 521-526.

Werneck J. (2004) Iniquidades Raciais em Saúde e Políticas de Enfrentamento: As experiências de Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido (artigo de revisão bibliográfica). In: Lopes, F (org.). *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS.

Werneck, J; Batista, L. E. & Lopes F. (2012) *Saúde da população negra* - Petrópolis, RJ: DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN. 328p.

Yamamoto, O. H. (2003) Questão Social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia In: *Psicologia e compromisso social*. Bock, A. M. B. (org). São Paulo: Cortez.

ANEXOS

ANEXO A



Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Representações Sociais sobre a saúde da população negra”, desenvolvida por Edjane da Silva Rocha, aluna de mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e orientada pela Dra. Luciene Naiff, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

A pesquisa respeita a Resolução 466/2012 e tem como **objetivo principal** investigar as possíveis representações sociais sobre a saúde da população negra. Os **objetivos específicos** são: investigar o conhecimento não acadêmico do que se compreende como saúde da população negra, bem como, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População negra.

A pesquisa será realizada através de aplicação de questionários individuais com pessoas que utilizam o serviço público de saúde, do município do Rio de Janeiro. Faz-se necessário ser maior de 18 anos.

Você está sendo convidado a participar porque é usuário do serviço público de saúde. **Sua participação é voluntária.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você.

A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para isso, poderá utilizar os contatos da pesquisadora, explicitados ao final deste Termo, ou pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ, telefone: (21) 26821201.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de relatórios e artigos científicos, de maneira que não seja possível identificar nem você, nem as outras pessoas que participarão. Essa pesquisa envolve poucos riscos para você, mas é possível que você sinta algum tipo de incômodo durante a participação nas entrevistas. Se isso ocorrer, serão tomados todos os cuidados necessários: a pesquisadora estará disponível para conversar sobre tudo o que você julgar necessário. Sua participação gerará benefícios para a pesquisa, auxiliando-nos

a compreender elementos importantes relacionados a temática. Pensamos ainda que possa servir a manutenção do espírito crítico e reflexivo no desenvolvimento de atividades.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o pesquisadora e outra para o(a) participante.

Edjane da Silva Rocha

Mestranda do Curso de Psicologia da UFRRJ

Telefone de contato: (21) 97591-8539

E-mail: edjanesr@yahoo.com.br

Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito

Eu, abaixo assinado, aceito participar do estudo descrito acima, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou interrupção de meu tratamento.

Local e data _____, _____ de _____ de 20 _____

Nome (se desejar):

Assinatura: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Observações complementares

Se desejar receber os resultados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone.

E-mail: _____

Telefone _____

ANEXO B

Instrumento de pesquisa

A pesquisa “Representações sociais sobre a saúde da população negra”, é desenvolvida por Edjane da Silva Rocha, aluna de mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e orientada pela Dra. Luciene Naiff, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Questionário:

1 - Diga as 5 palavras que você lembra quando falam de Saúde da População Negra:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

1-O que é saúde para você?

2- Você concorda que exista uma prática voltada à saúde da população negra?

() sim () não

3- Por que?

4-Você conhece a Política de Saúde Integral da População Negra?

() sim () não

5-O que você acha que é?

6-Você já sofreu algum tipo de discriminação no serviço público de saúde? () sim () não

7- Como foi?

8- Você conhece alguém que já tenha sofrido algum tipo de discriminação no serviço público de saúde? sim não

9- Sabe o que aconteceu?

10- Tem filhos? sim não

11- Fez pré-natal e parto no serviço público (homens podem se referir à esposa)?
 sim não

12- O que achou dos atendimentos no pré-natal e no parto?
 Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

13 - Por que?

14 - Até que série estudou?:

Fundamental: completo incompleto Médio: completo incompleto Superior:
 completo incompleto

15- Idade: _____

16- Gênero: masc fem outros 17-

Você se considera: branco preto

pardo indígena outros

Obrigada pela participação!



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO


INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

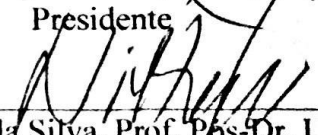
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POPULAÇÃO QUE UTILIZA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

EDJANE DA SILVA ROCHA

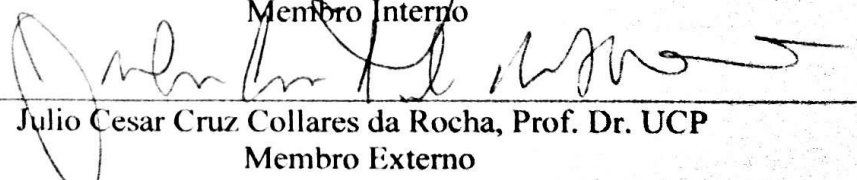
DISSERTAÇÃO APROVADA EM 28 DE JUNHO DE 2016



Luciene Alves Miguez Nair, Prof. Dra. UFRRJ
Presidente



Nilton Sousa da Silva, Prof. Pós-Dr. UFRRJ
Membro Interno



Julio Cesar Cruz Collares da Rocha, Prof. Dr. UCP
Membro Externo