



**Universidade Católica do Salvador**  
**Superintendência de Pesquisa e Pós - Graduação**  
**Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.**

**ELOÍSA SOLANGE MAGALHÃES BASTOS**

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO  
NEGRA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR**

**Salvador**  
**2013**

**ELOÍSA SOLANGE MAGALHÃES BASTOS**

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO  
NEGRA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR**

Dissertação apresentada no Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Maria Fernandes  
Pitta

Salvador  
2013

UCSal. Sistema de Bibliotecas

B327 Bastos, Eloísa Solange Magalhães.

Avaliação da política de saúde integral da população negra no Município de Salvador/ Eloísa Solange Magalhães Bastos. – Salvador, 2013.

130 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

1. Avaliação em Saúde 2. Política de Saúde da População Negra  
3. Racismo Institucional. I. Título.

CDU364.444:323.118(=414)

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**Eloísa Solange Magalhães Bastos**

**AValiação DA POLITICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA  
NO MUNICÍPIO DE SALVADOR**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 28 de fevereiro de 2012.

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta orientadora-(UCSal)



Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado-(UCSal)



Prof. Dr. Maria Inês Barbosa

A aquel@ que guia todos os meus passos e me dá forças para vencer os desafios.

A meus pais (*in memoriam*)

A Cândido e Vitor pelo apoio e compreensão no período de construção deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Minha gratidão é imensa, como é imensa a relação de pessoas que diretamente e indiretamente contribuíram para que eu aqui chegasse, muitas páginas seriam necessárias para reunir todas elas. Entretanto, citarei algumas com a intenção de que possam representar todas as demais.

À amiga de todas as horas, a minha família, pelo apoio incondicional.

Agradeço à orientadora desta dissertação, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta, por ter aceitado enfrentar os desafios deste estudo. Seu estímulo constante e entusiástico, a escuta atenta e os acertados puxões de orelhas, muito contribuíram na elaboração desta dissertação.

Às componentes da banca examinadora, pelas valiosas sugestões e colaboração com que realizaram a análise que enriqueceram este estudo.

À Universidade Católica do Salvador, que através do corpo docente deste Programa de Pós-graduação, muito contribuiu com a construção de preciosos conhecimentos. Foi muito bom estar de volta a esta casa.

Meu agradecimento e reconhecimento às Dras. Luiza Bairros e Fernanda Lopes responsáveis pelo CRI quando da sua implantação na SMS e às colegas do GTSPN/ASPERS, a quem devo muito do que aprendi nesse processo.

Aos Pontos Focais em Saúde da População Negra; expressão e reafirmação da possibilidade do fazer em conjunto, pela presença constante e encorajamento para seguirmos em frente.

Aos gestores e coordenadores que se sucederam durante todo o período em que estive trabalhando com a saúde da população negra em Salvador.

Aos meus colegas de turma, pelos conhecimentos construídos e experiências compartilhadas.

Às amigas, Glória Novaes e Liliane Bittencourt, a quem serei sempre grata pela disponibilidade e ajuda, respectivamente, na revisão do texto e apoio na condução do grupo focal, mas principalmente, pelas palavras de conforto e incentivo.

À Universidade Federal da Bahia, instituição comprometida com a educação pública de qualidade, na pessoa do Dr. Hugo Ribeiro Filho, pela licença concedida.

Ao CNPq pela concessão de bolsa de mestrado, favorecendo assim uma melhor dedicação e a elaboração de trabalhos de qualidade.

Aos sujeitos da pesquisa, sem os quais este trabalho não teria se realizado.

À população negra desta cidade com a esperança de acesso pleno a uma saúde de qualidade, sem discriminação, sem racismo e racismo institucional, adotada como direito e dever do Estado.

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Constituição Federal, art.196

O que mais do nosso talento e do nosso esforço essas instâncias [as autoridades da Saúde no país] querem para efetivarem a Política de Saúde da População Negra?

(MINISTRA LUIZA BAIROS, 2012).



**Resumo**

Este estudo tem como objetivo avaliar a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, durante o período de 2006 a 2012, por intermédio do uso de uma pesquisa avaliativa, em duas etapas. Na primeira foi realizado um estudo exploratório-descritivo que investigou o processo da sua implantação a partir de análise documental associada a entrevistas semiestruturadas com profissionais que exercem suas atividades em saúde. Na segunda etapa buscou-se evidenciar como se configura no Distrito Sanitário do Centro Histórico (DSCH) o Combate ao Racismo Institucional (CRI), importante eixo constitutivo da Política. Nesse momento, como estratégia de coleta de dados, foi utilizada a técnica de grupo focal com trabalhadores de saúde que exercem suas atividades no referido Distrito Sanitário. Os resultados revelam que apesar dos esforços no sentido de fazer com que a saúde da população negra seja incorporada com uma política dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador, esta não se encontra plenamente implantada, em face de não realização da sua transversalidade na totalidade das ações e serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Política de Saúde da População Negra. Racismo Institucional.

## ABSTRACT

This study aims to evaluate the Integral Health Politics for Black People Population at Salvador City, during a period from 2006 to 2012, through the use of an evaluative study in two stages. First, it was done a exploratory and descriptive study that investigated the process in an implementation from documental analysis associated with semi-structured interviews with health professionals. At the second stage, it's demonstrated how the Salvador Health District of Historical Center (DSCH), as a important unit, apply the Institutional Racism Combating Federal Program (CRI). The technique of focal group was used as a strategy for data collecting with health workers, who exercise their activities relative the Sanitary District. The results show that, despite efforts to transform the black population health into a policy incorporated throughout the Salvador Unified Health System Program (SUS), it hasn't been properly implemented. This deficiency happen because the black population health isn't assumed as a cross cutting element on every action or service offered by the Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Keywords: health evaluation, the black population health, institutional racism.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1 Distritos Sanitários do Município de Salvador/BA.

FIGURA 2 Contexto de implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador/BA.

FIGURA 3 Núcleo Distrital de Saúde da População Negra do D. S. do Centro Histórico.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ASPERS	Assessoria de Promoção da Equidade Racial
ASTEÇ	Assessoria Técnica da SMS
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAPS	Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde
CRI	Combate ao Racismo Institucional
DFID	Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DSCH	Distrito Sanitário do Centro Histórico
FCCV	Fórum Comunitário de Combate à Violência de Salvador
GASEC	Gabinete do Secretário
GTSPN	Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAPDF	Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMSIPN	Política Municipal de Saúde Integral da População Negra
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PAPDF	Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RI	Racismo Institucional
SEPPIR	Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial
SEMUR	Secretaria Municipal da Reparação
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SISTEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
SPN	Saúde da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde

UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VIEP	Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

Página

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Lista de Ilustrações.....	x
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xi
Apresentação.....	xiv
1 Introdução.....	19
2 Quadro Teórico.....	20
2.1 A Saúde da População Negra e o atual debate entre a Redistribuição e o Reconhecimento	
2.2 Raça na Crítica Pós-Colonial	
2.3 O conceito de saúde	
2.4 Assimetrias raciais e as lutas pela saúde da população negra no Brasil – alguns marcos históricos	
2.5 Raça na política pública de saúde no Brasil - A política de saúde integral da população negra, o combate ao racismo institucional.	
3 Percurso metodológico: abordagem teórica e métodos.....	47
4 Resultados.....	57
5 Discussão.....	97
6 Considerações finais.....	104
Referências.....	107
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	117
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista 1.....	120
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista 2.....	121
APÊNDICE D– Roteiro de Entrevista 3.....	122
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista 4.....	123
APÊNDICE F – Roteiro de Grupo Focal.....	124
APÊNDICE G – Passo a Passo do Grupo Focal.....	125
ANEXOS.....	129

## APRESENTAÇÃO

Desde quando comecei a trabalhar com a Política de Saúde da População Negra no município de Salvador uma pergunta me é dirigida reiteradas vezes, “porque você uma mulher ‘branca’ se encontra tão envolvida com esta temática?”. É como se perguntassem o que você tem a ver com isso? Algumas vezes o questionamento é feito de forma incisiva, em outras mais sutilmente, contudo a indagação quase sempre se faz presente.

Algumas chegaram até a sugerir, *minha filha, essa é uma temática muito complicada, por que você não trabalha com algo mais leve*, ou mesmo, *a questão de gênero tem mais a ver com você*. Foi assim que me “acostumei” a ouvir coisas como, *só você para trabalhar com isso, aliás, você sempre gostou de coisas estranhas*.

Refletindo a respeito, percebo que não existe uma resposta pronta a esta indagação. Contudo, algumas tentativas podem ser elencadas. O reconhecimento do racismo<sup>1</sup> enquanto ideologia, formadora de corações e mentes a que TOD@S nós encontramos submersos e da importância da sua desconstrução na busca por uma vida plena. A minha história de vida, oriunda de uma família miscigenada e desprovida de grande posse material. A opção profissional feita, e o compromisso da profissão escolhida, o Serviço Social, com as categorias sociais mais desprivilegiadas - os pobres e excluídos. O compreender que por uma questão histórica no Brasil a pobreza tem cor/ etnia, o que remete ao entendimento de que o enfrentamento das iniquidades raciais requer, também, uma leitura social dos determinantes das desigualdades, portanto como assistente social não poderia ficar alheia às políticas públicas de promoção da igualdade racial. E o ser esposa e mãe de negros.

Embora me considere, etnicamente falando, resultado desta mistura que deu singularidade ao povo brasileiro, como já dito anteriormente, sou identificada, ao menos aqui na Bahia, como uma mulher branca. Assim, em consequência das representações sociais solidificadas no imaginário coletivo que, por um lado, garante a manutenção de preconceitos e práticas discriminatórias, com resultados nefastos, a compleição da identidade e subjetividade

---

<sup>1</sup> Conforme Hall (2003), a noção de ‘**raça**’, aplicada ao ser humano, **é uma construção política e social**, entendendo-a enquanto uma categoria discursiva a partir da qual se organiza um sistema de poder socioeconômico, de exploração e exclusão, que tem por lógica própria buscar justificar as diferenças sociais e culturais que legitimam a exclusão racial através da ideia de superioridade inata do branco, naturalizando as diferenças. Contudo, conforme assinala Filho (2006), o racismo tem sido uma categoria *utilizada tanto por aqueles aos quais interessam manter o discurso racista e segregador quanto pelos que da mesma palavra fazem uso para a reivindicação de direitos historicamente suprimidos – como alguns membros da militância negra brasileira e cientistas sociais*, ao entender que não há como desconstruir o racismo sem que se faça referência à “raça”.

da população negra, e que de outro, perpetua os privilégios aos considerados brancos. Acabo por dispor de certos privilégios, subjetivamente falando, em relação às mulheres não brancas, ou pelo menos, não identificadas como tal pel@s demais.

O entendimento desta questão, associado a minha não plena adequação ao que está ai posto, talvez explique o olhar e interesse por temas ou caminhos pouco convencionais, ocasionando “estranhezas”. Além do mais, é bem possível a existência de alguns outros motivos ou razões sobre os quais ainda não tenho plena consciência.

Mas se esta pergunta leva-me à autorreflexão sobre meus motivos e razões para debruçar-me sobre esse tema, percebe-se nela a ideia ainda dominante de que a questão racial é essencialmente uma questão dos negros, aos demais não interessa ou cabe. O que talvez justifique o quase inexistente questionamento do papel e responsabilidade do branco na perpetuação e legitimação do racismo, ou acerca do branqueamento<sup>2</sup> e da construção da identidade branca em nossa sociedade, processo esse dificultado pela noção ou “mito” da democracia racial<sup>3</sup> em que supostamente vivemos.

Todo esse percurso reflexivo evidencia que tratar da política de saúde integral da população negra exige uma compreensão também abrangente da sua problemática frente a sua complexidade. Pois então vejamos, trata-se de uma política de saúde que:

1. Admite a existência de uma questão racial no Brasil, consubstanciada através de práticas racistas ocasionadoras de desigualdades entre brancos e negros;
2. Reconhece as desigualdades raciais<sup>4</sup> em saúde em um país onde a mestiçagem e a ideologia do branqueamento deixaram fortes marcas, em um contexto no qual a pobreza, em sua maioria negra e indígena, é tantas vezes naturalizada, como bem aponta Telles (1996);
3. Considera o racismo e as desigualdades raciais como fator de adoecimento ou agravamento do processo saúde/doença na população discriminada, o que demanda um posicionamento institucional, através do combate ao racismo e do racismo institucional.

---

<sup>2</sup> O ideal do branqueamento é entendido como um projeto nacional implementado por meio da miscigenação seletiva e políticas de povoamento e imigração europeia. Hasenbalg (2005). Disseminada no final do séc. XIX teve por base “teses científicas” de darwinismo social e eugenia racial, segundo a lógica de que sendo a maioria da população do país composta por pretos e mestiços, para o seu desenvolvimento econômico e social necessário seria o branqueamento da população.

<sup>3</sup> Refere-se à excepcionalidade brasileira, que pressupõe a superação das diferenças raciais originais (europeus, africanos e indígenas) numa única matriz sincrética e híbrida, tanto em termos biológicos, quanto culturais, sociais e políticos. Guimarães (2001, p. 122).

<sup>4</sup> Segundo o Inciso II, do Parágrafo Único do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010) considera-se “desigualdade racial: toda situação injustificada de diferenciação de acesso e fruição de bens, serviços e oportunidades, nas esferas públicas e privadas, em virtude de raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica”.



Política pública de saúde resultante do protagonismo do movimento negro, em especial do ativismo de organizações de mulheres negras, e de pesquisadores (as) da temática racial que utilizaram/utilizam, e produziram/produzem dados epidemiológicos desagregados por raça/cor como armas na luta por uma saúde mais equânime. Desse modo, tendo por base formulações advindas desses dois segmentos, a Política de Saúde Integral da População Negra foi elaborada, em 2006, pelo Ministério da Saúde (MS), e inserida no Sistema de Saúde, que se diz Único e Universal e que se propõe a elevar a saúde à condição de direito social garantido pelo Estado. Contudo, encontra-se exposto ao subfinanciamento e/ou carência de melhores práticas gerenciais para a sua operacionalização, e desde a sua origem enfrenta cenários complexos e importantes conflitos de interesses, por vezes, impeditivos dos avanços necessários para sua implantação, conforme previsto na Constituição Federal.

A atuação profissional da pesquisadora nestes últimos anos na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA, mais especificamente no Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra/Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (GTSPN/ASPERS), associada ao interesse de buscar respostas a um conjunto de indagações surgidas no seu cotidiano da prática, e à necessidade de estudos que possam contribuir para as reflexões sobre a temática, podem ser apontados como fatores motivacionais à escolha do tema.

É, pois, assim que, frente à disposição de enfrentar o desafio da realização, durante o curso de mestrado, ora em curso, de uma pesquisa avaliativa da política municipal de saúde integral da população negra em Salvador, destaca-se outra indagação, “sendo você um dos membros do GTSPN/ASPERS e, portanto uma das pessoas diretamente envolvidas no processo de formulação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PMSIPN), como pode ter por objeto de estudo a avaliação dessa política?”.

Diante dessa questão, importante pontuar a crítica das Ciências Humanas e Sociais ao pressuposto positivista da “neutralidade científica” em suas pesquisas, ao reconhecer que em princípio, todo pesquisador é influenciado por diversos fatores como seu ambiente cultural, filosófico, histórico, sua experiência de vida, concepção de mundo, dentre outros, e assim sendo, de que a investigação científica não está livre de valores. Nessa perspectiva entende-se que a eleição do objeto de pesquisa é baseada em concepções e referenciais do pesquisador.

No meu caso, a escolha do objeto de pesquisa, como já assinalado, não foi aleatória, ela teve por base o interesse desenvolvido a partir do envolvimento e identificação com o meu fazer profissional. “O leitor não chega ‘vazio’ para estudar o método fenomenológico (ou qualquer outra coisa). Ele tem crenças, opiniões e pressupostos, que mediarão fatalmente novos conhecimentos”. (Moreira, 2004 p. 142).

Por outro lado, a pesquisa avaliativa é alicerçada em uma variedade de tradições filosóficas, epistemológicas e metodológicas, dentre as quais o uso de abordagens da pesquisa ação, que procura unir a investigação à ação ou prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática. É, portanto, uma maneira de realizar estudos em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta; assim, para a pesquisa ação o objeto não é um dado inerte e neutro, mas, possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações ao considerar que a realidade é uma construção social da qual o investigador participa. (BRANDÃO, 1984; DEMO, 1993; BAPTISTA 2001).

Contudo, embora não tenha sido fácil a uma aspirante a pesquisadora como esta que vos fala, o objeto de pesquisa exigiu uma atitude de constante e reforçada vigilância e questionamento com vistas à ruptura com o senso comum, com pré-noções, com ideias preconcebidas e o aproximar de todo e qualquer conhecimento de forma crítica a vigilância epistemológica conforme preconiza Bourdieu (2010). Assim, a atitude científica implicou na submissão dos procedimentos metodológicos a uma razão epistemológica questionadora e vigilante, o rigor científico assim o exigiu. (BAPTISTA, 2001; BOURDIEU, 2010).

Inúmeras são as dimensões possíveis ao estudo da questão racial, entretanto, nossa incursão pelo tema tem por foco a avaliação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra de Salvador. Seu principal eixo de construção e argumentação é entender como está sendo implantada a PMSIPN em Salvador, sem a pretensão de explicar essa realidade em si, mas como uma forma de tradução do seu sentido; e tão pouco ambiciona esgotar ou mesmo abranger a totalidade dos pontos referentes à sua avaliação.

Assim, na Introdução – capítulo 1 – é feita uma breve exposição do tema, dos objetivos do estudo e a relevância da sua realização.

O capítulo 2, apresenta resumidamente a atual discussão presente nas Ciências Humanas sobre redistribuição e reconhecimento, para posteriormente esboçar um percurso sobre a discriminação racial no Brasil, fundamentado em aproximações conceituais da teoria crítica do racismo. Discute alguns conceitos de saúde, demonstrando ser a “concepção ampliada de saúde” a definição que embasa a política de saúde da população negra. Expõe alguns estudos sobre as assimetrias raciais no Brasil, apresenta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a trajetória de lutas pela sua formulação, e põe em relevo o Combate ao Racismo Institucional como marca estruturante dessa Política.

Ao considerar que um estudo que tome como objeto a avaliação da Política de Saúde Integral da População Negra, exige em primeiro lugar, a revisão da produção científica

existente sobre o tema avaliação e avaliação em saúde, tem início o capítulo 3, posteriormente dividido em seções que abrangem e expõem o caminho metodológico seguido, tipo e lócus do estudo, sujeitos de pesquisa, coleta de dados, plano de análise e aspectos éticos.

No capítulo 4, é apresentada a descrição do processo de implantação da PMSIPN em Salvador, com a exposição e análise do juízo de valor apresentado pelos entrevistados com relação a esse processo. A seguir, os dados obtidos por meio da escuta dos “Pontos focais”<sup>5</sup> da Saúde da População Negra (SPN) são apresentados e discutidos, evidenciando como se configura no Distrito Sanitário do Centro Histórico, a implantação da Política, pondo foco no Combate ao Racismo Institucional (CRI) no território circunscrito.

As Considerações Finais, apresentadas no capítulo 5, são reportadas, ao discorrer sobre alguns aspectos relevantes evidenciados pelo estudo.

---

<sup>5</sup> Trabalhadores de saúde representantes da Saúde da População Negra nos Distritos Sanitários e demais Setores da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

## 1. INTRODUÇÃO

Em 2005 deu-se início à formulação e implantação da Política Municipal de Saúde da População Negra (PMSIPN) no município de Salvador-BA, com a criação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN), através de uma articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da Reparação (SEMUR).

Posteriormente, foi proposta a transformação do GTSPN na Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS), com a missão de *garantir a promoção da equidade racial como diretriz transversal da Secretaria Municipal de Saúde*, ou seja, com o encargo de transversalizar a dimensão racial em todas as ações da SMS com vistas à equidade em saúde no município de Salvador. Logo, a política de saúde da população negra constitui um campo de reflexão e intervenção bastante recente com poucos e pontuais estudos a respeito da sua implantação em Salvador.

Assim, este projeto visa preencher a lacuna referente à inexistência de avaliação da implantação da PMSIPN em Salvador no período de 2006 a 2012, ao tomar como objetivo geral avaliar a implantação da política de atenção à saúde integral da população negra em Salvador.

Os objetivos específicos derivados constituem etapa ou passos metodológicos de estudo, conforme segue:

a) Descrever o processo de implantação da Política de Saúde Integral da População Negra em Salvador; identificar elementos facilitadores e inibidores da implantação dessa Política; as estratégias de superação utilizadas frente aos obstáculos porventura presentes; expor e analisar os juízos de valor apresentados e referentes ao processo da sua implantação.

b) Identificar como se configura no Distrito Sanitário do Centro Histórico (DSCH) a implantação do Programa de Combate ao Racismo Institucional, os fatores motivacionais presentes na constituição dos Pontos Focais e sua forma de atuação na SMS.

Espera-se através deste estudo colaborar para uma compreensão ampliada da PMSIPN, em Salvador/BA, e assim contribuir para a análise do processo decisório, de forma a gerar condições para sua governabilidade e sustentabilidade, uma vez que entendemos a avaliação como fator qualificador do processo de gestão. Ademais se espera que esta experiência possa ser uma oportunidade de redução do distanciamento entre os que atuam nos serviços de saúde e os que dispõem dos recursos científicos para avaliá-los.

## 2. QUADRO TEÓRICO

### 2.1 A Saúde da População Negra e o atual debate entre a redistribuição e o reconhecimento

Comumente, o fim da Guerra Fria, a crise dos anos oitenta, a globalização, e seus desdobramentos têm sido apontados como responsáveis pelo atual debate na filosofia política e nas ciências sociais, entre aqueles que buscam marcar posição sobre o que seria necessário para a efetivação da justiça: a redistribuição (foco nas demandas materiais/ socioeconômica), o reconhecimento (foco nas questões identitárias/ cultural) ou ambos. (NEVES, 2005; ALMEIDA, 2007).

É exatamente nesse contexto de aguçamento das desigualdades sociais em todo o mundo que ocorre o aparecimento/ressurgimento de movimentos sociais que utilizam os discursos da identidade e do reconhecimento na luta por reabilitar grupos sociais discriminados. (NEVES, 2005; ALMEIDA, 2010). Essa conjunção de fatores favoreceu um deslocamento das reivindicações de natureza socioeconômica em favor das de natureza cultural, gerando uma nova gramática de reivindicação política. (FRASER, 2002).

No campo teórico, a crítica às teorias de justiça distributiva que tem como referência, dentre outros, John Rawls e Ronald Dworkin, teve projeção, a partir das décadas de 1970 a 1980, colocando em questionamento os critérios a serem considerados válidos para a definição de uma sociedade justa.

Grosso modo, duas principais correntes teóricas são comumente identificadas no debate contemporâneo sobre a teoria de justiça, colocando em discussão a relação entre moralidade e ética, o correto e o bem, entre justiça e a boa vida. (FRASER, 2007).

De um lado, encontram-se os teóricos considerados “liberais”, universalistas, filósofos morais, que possuem em comum o pressuposto da justiça social relacionado à existência de mecanismos compensatórios e regulatórios legais capazes de alcançar a igualdade social por meio da redistribuição das necessidades materiais para a existência dos seres humanos, enquanto sujeitos livres. Do outro, os comunitaristas teleologistas, particularistas, cuja questão central da justiça não é o da distribuição econômica, mas sim a do “reconhecimento”. Esses autores partem da premissa de que o reconhecimento é fundamental para o processo de formação da identidade; desse modo, se um indivíduo ou grupo não tem sua identidade, seu modo de ser, respeitado pelo grupo hegemônico isso automaticamente configura uma situação de injustiça. (NEVES, 2005; CASTRO, 2010).

As discussões em torno do reconhecimento trazem como referência expoentes como Charles Taylor, Axel Honneth e Nancy Fraser, cujas idéias principais buscaremos apresentar de forma abreviada.

O filósofo canadense Charles Taylor, inspirado nas idéias de Rousseau e Hegel, critica a teoria liberal, embora não se identifique expressamente com o comunitarismo. (WEBER, 2007). Esse autor, ao buscar articular os elementos constituintes da identidade moderna, apresenta e discute o que considera os três mal-estares que imperam sobre a moral e a política contemporâneas: o individualismo com conseqüente enfraquecimento dos horizontes morais, o desencantamento do mundo<sup>6</sup>; o obscurecimento dos propósitos diante da disseminação da razão instrumental; e a perda da liberdade<sup>7</sup> através da alienação da sociedade na esfera pública e perda do controle político sobre o nosso destino. (TAYLOR, 2011).

No seu entender o individualismo<sup>8</sup>, uma das características da cultura e sociedade moderna, ramifica-se constituindo o “individualismo da autorrealização”, considerado como um axioma, que tem por base a aceitação um tanto fácil do “relativismo suave”, enquanto postulado moral, operado a partir da razão instrumental. Tal concepção desemboca em um liberalismo da neutralidade, na qual a vida boa é entendida como “o que cada indivíduo busca a sua própria maneira” e traz por conseqüências a perda do interesse pelas outras pessoas e pela sociedade de forma geral, um “eu desengajado” e “um self pontual”. (TAYLOR, 2011).

Reconhece, contudo, que apesar dos perigos do individualismo, da perda do significado e primazia ocasionada pela razão instrumental, à busca da autorrealização presente na ideia de indivíduo moderno, que toma por referência uma nova compreensão e atitude da/de interioridade, implica também a noção de autenticidade com relação a si mesmo, o “ideal de autenticidade”, o ser fiel a si mesmo.

O reconhecimento, mais que algo apenas moral, normativo, é uma necessidade vital dos seres humanos na busca da autorrealização, e a sua negação ou inadequação podem causar danos e constituir uma forma de opressão. Esse reconhecimento torna-se fundamental na medida em que a modernidade, por meio do individualismo e do igualitarismo, cria a

---

<sup>6</sup> O desencantamento do mundo é como Taylor nomeia a descrença em qualquer tipo de ordem moral que transcenda ao indivíduo, assim em sua visão, esse desencantamento operou uma perda de algo significativo que nos faz falta hoje.

<sup>7</sup> Taylor se apoia nas análises de Tocqueville (1968) sobre a liberdade (política) vendo-a como propositiva e utilitária, ou seja, enquanto prática política, ao tomar por referência a nossa capacidade de controle sobre possíveis soluções de problemas frente a uma sociedade cada vez mais conflituosa e múltipla em termos de princípios de justiça.

<sup>8</sup> Em Taylor há uma diferenciação entre o individualismo como um ideal moral e o individualismo enquanto egoísmo, e, portanto um fenômeno amoral.

expectativa de que todos podem almejar a igual reconhecimento por parte da sociedade e do Estado. (TAYLOR, 2011).

Axel Honneth, figura destacada da chamada “terceira geração” da Escola de Frankfurt, ao desenvolver os fundamentos de uma teoria social de teor normativo, considera o conflito social, como objeto central da Teoria Crítica. O conceito do reconhecimento proposto por Axel Honneth sofreu influência de outros campos teóricos, tais como aspectos importantes da filosofia de Hegel, da psicologia social de Georges Mead, da ética comunicativa de Habermas e da teoria da “relação de objeto” de Winnicott.

Para Axel Honneth a base da interação é o conflito, e a luta por reconhecimento, a sua gramática moral. Assim, defende a ideia de que o florescimento humano e a autorrealização pessoal, dependem da existência de relações éticas bem estabelecidas<sup>9</sup>, e que o desrespeito a essas expectativas acarretam conflitos pelo reconhecimento de suas qualidades. Entretanto, são esses conflitos intersubjetivos e a consequente luta por reconhecimento, fundamentais para o desenvolvimento moral da sociedade e dos indivíduos<sup>10</sup>. (HONNETH, 2009).

Defende, pois, a ideia de que a luta por reconhecimento<sup>11</sup> dos sujeitos e grupos se encontra presente em toda dinâmica social, mesmo nos conflitos que aparentam serem genuinamente materiais. Na sociedade moderna uma nova concepção de justiça faz-se presente na qual o reconhecimento da dignidade individual de todos os membros da sociedade deve ser considerado o principal critério válido de justiça<sup>12</sup>. (HONNETH, 2009).

Ainda segundo este autor, as diferenças sociais e as formas de exclusão têm sido restauradas mediante três dimensões do reconhecimento: 1) o amor, que origina a autoconfiança; 2) o direito, moldado por princípios morais universalistas construídos na modernidade que possibilitam o autorrespeito; 3) a solidariedade, a orientação por valores, que produz a autoestima. (HONNETH, 2009).

A essas distintas formas do reconhecimento correspondem, respectivamente, três formas de desrespeito e degradação que impedem a integralidade/ totalidade do indivíduo: 1) As que comprometem a integridade física dos sujeitos e, assim, sua autoconfiança básica; 2)

---

<sup>9</sup> De acordo com esta concepção as expectativas quanto às normas morais conformam a autopercepção dos indivíduos, constituindo – se, pois o conceito de autopercepção, enquanto uma das qualidades através das quais o sujeito pode se reconhecer positivamente, como mais amplo do que a ideia de identidade.

<sup>10</sup> No seu entender os conflitos por redistribuição representam formas implícitas de luta por reconhecimento, não se podendo dissociar a justiça redistributiva da justiça de reconhecimento.

<sup>11</sup> Segundo Honneth, nos conflitos por redistribuição encontram-se subentendidas a luta por reconhecimento, daí não se poder dissociar a justiça redistributiva da justiça de reconhecimento.

<sup>12</sup> Assim, Axel Honneth adota duas premissas, a superioridade moral da modernidade e a da legitimidade das modernas sociedades democráticas liberais de se apresentarem como ponto de partida para uma ética política (NEVES, 2005).



A sonhegação de direitos, que aniquila a possibilidade do autorrespeito, ao gerar no sujeito o sentimento de não ser detentor do status de igualdade e; 3) a referência negativa ao valor de certos indivíduos e grupos afetando a autoestima dos sujeitos. (ARAUJO NETO, 2005).

Na tentativa de se afastar de uma visão do reconhecimento centrada apenas na estrutura psicológica individual Honneth privilegia o caráter normativo do direito moderno como a dimensão do reconhecimento com maior força de inclusão, e conseqüentemente de emancipação.

Contudo, inserir o reconhecimento apenas no plano da satisfação individual como o fazem Honneth e Taylor promove a redução do significado político do reconhecimento à política liberal dos direitos individuais, e ao tempo em que, relega ao segundo plano uma discussão mais aprofundada sobre cidadania. (NEVES, 2005).

Quanto à lógica individualista intersubjetiva desta teoria, Renault apud Neves, 2005, em uma posição crítica, denuncia a sua concepção das instituições como limitada às expectativas normativas, negligenciando a influência das instituições sobre o reconhecimento ou não dos indivíduos, não observando, pois que as instituições, não só exprimem relações de reconhecimento, mas as produzem ou negam. (NEVES, 2005).

Nancy Fraser, teórica crítica norte-americana, principal contestadora da centralidade do conceito de reconhecimento, defende que a injustiça tem origens tanto culturais quanto socioeconômicas<sup>13</sup>, e propõe unir os critérios de redistribuição e de reconhecimento na construção de uma sociedade justa, utilizando a definição weberiana de status. (NEVES, 2005; MENDONÇA, 2007).

Para essa teórica, que toma as questões de raça e gênero como modelo, três problemas extremamente graves ameaçam a justiça social no contexto da globalização, a reificação (da identidade coletiva), a substituição (de redistribuição pelo reconhecimento), e o enquadramento desajustado. (FRASER, 2002).

Como solução conceitual para neutralizar esses riscos, propõe respectivamente, a concepção de reconhecimento baseada no status que, contrapondo aos movimentos culturais contemporâneos, não conduz a reforçar, mas a desconstruir as identidades<sup>14</sup>; uma concepção bidimensional de justiça envolvendo tanto o reconhecimento quanto à distribuição, com um

---

<sup>13</sup> Importante crítica a sua tese diz respeito à pressuposta separação conceitual entre economia e cultura em que se encontra embasada.

<sup>14</sup> Segundo Young apud Neves, 2005, as colisões baseadas na desconstrução das identidades, uma visão desconstrutivista das identidades, proposta por Fraser, não é possível na prática, vez que sem identidade o ator coletivo não se constitui.

único princípio normativo e a paridade de participação; e a concepção de soberania de múltiplos níveis que descentralize o enquadramento nacional. (FRASER, 2002).

Ambos os autores, Honneth e Fraser, entendem que o objetivo da justiça social é possibilitar uma participação de todos os membros da sociedade no processo comunicativo da vida da sociedade, contudo, interpretam de maneira distinta, a questão central, redistribuição ou reconhecimento. (MENDONÇA, 2007; BRESSIANI, 2011).

Conforme chama a atenção Neves (2005),

“A questão que permeia de forma implícita toda essa discussão é se o reconhecimento e a distribuição são duas dimensões diferentes que necessitam ser fundidas em um novo paradigma de justiça ou se o reconhecimento, por ser universal e por encarnar a tendência moderna do igualitarismo, pode absorver as demandas redistributivas.”

Este autor lembra que a disputa entre redistribuição e reconhecimento atinge de cheio as questões raciais. Pois, se por um lado, não há dúvidas de que a luta por identidade e reconhecimento expressa o desejo intenso por justiça, de outro levanta várias questões e dilemas de difícil solução. Um ponto importante é saber se os movimentos sociais, de cunho identitários, agregam ou não demandas redistributivas ou se o conceito de identidade pode se sobrepor ao de classe, ou ainda sobre a possibilidade ou capacidade destes movimentos lutarem contra as discriminações e concomitantemente contra a lógica que as gera e legitima.

Trata-se de questões delicadas, respondê-las fogem ao escopo desta pesquisa, entretanto, entendemos que apresentar tais discussões faz-se importante, vez que no campo da saúde coletiva, as questões do reconhecimento têm sua repercussão através do impasse experimentado no Sistema Único de Saúde (SUS) ao buscar articular o princípio da universalidade de acesso à saúde, à noção de equidade, o que de alguma maneira, acena para o dilema entre o direito à igualdade versus o direito à diferença. (VIEIRA DA SILVA & ALMEIDA FILHO, 2009; BRASIL, 2011).

A Política de Saúde Integral da População Negra, inserida em um modelo de saúde considerada como dever do Estado e um direito universal de cidadania, reivindica o reconhecimento das desigualdades e iniquidades raciais em saúde e propõe ações estratégicas para superá-las, questionando a imparcialidade e representatividade dos processos institucionais de saúde, a partir do reconhecimento da não concretização do seu princípio universalista de garantia de igualdade de direito.

## 2.2 Raças na crítica pós-colonial

### 2.2.1 O racismo próprio à sociedade brasileira

Contrapondo à ideia amplamente aceita, Moore (2007), em estudo sobre a gênese histórica do racismo, questiona a relação das discriminações raciais com a Modernidade Ocidental. Para o autor essa é uma história bastante longa, ao defender a tese que o racismo não se origina na escravidão, há aproximadamente 500 anos, ao apresentar indícios da sua existência há 1.700 anos A.C. Igualmente, também afirma que o racismo não se estrutura sob um conceito biológico de raça, mas sim, do fenótipo.

O Brasil tem uma história de mais de três séculos de escravidão de homens e mulheres negras que desumanizados e transformados em mercadorias, foram deslocados de forma violenta da África para o país, alimentando a atividade altamente lucrativa do tráfico negreiro e de mão de obra a um modelo econômico centrado nas grandes propriedades monocultoras. Na tentativa de legitimar a escravidão muitos argumentos foram suscitados, consolidando preconceitos e representações justificadoras de práticas discriminatórias e racistas que ainda permeiam e estruturam a nossa atualidade.

Desde o início da colonização do Brasil a miscigenação foi bastante pronunciada. A maioria dos colonizadores portugueses que vieram ao Brasil eram homens, que mantinham relações sexuais com índias ou escravas negras. Enquanto os homens e mulheres negras foram trazidos a partir de 1538, as mulheres brancas só vieram mais tarde, principalmente a partir da segunda metade do século 19, com a imigração europeia e japonesa.

Em período posterior à abolição, as teorias científicas, comumente aceitas pela elite intelectual brasileira, defendiam a superioridade da raça branca ou ariana, em detrimento das raças inferiores, e os malefícios da miscigenação. Contudo, ao tomar por referência estas teorias, a composição fartamente mestiça da população, colocava em questão a possibilidade de o país tornar-se “uma nação civilizada”, constituiu-se, pois em um impasse.

Para ser aceita como desenvolvida nos moldes europeus, a jovem nação tentou amenizar o “complexo de inferioridade” mediante a construção da imagem de uma democracia racial, sem “linha de cor“, definida em termos de uma mestiçagem resultante do cruzamento de brancos, negros e índios de modo harmonioso, com tolerância racial e ausência de preconceito, portanto sem discriminação racial. A este ideal somaram-se políticas e práticas de branqueamento da raça. (BENTO, 2002; HAUFBAUER, 2003),

Entre um ideal a ser alcançado e um mito, a ideia de democracia racial permaneceu desde o Estado Novo até o final da ditadura militar, alternando força e convencimento para manter o pacto da miscigenação que vigeu entre 1945 a 1964. O pacto resultou na integração

dos negros à nação em ternos simbólicos concomitantemente a sua inserção parcial em termos materiais, incorporando-se os negros progressivamente no mercado de trabalho somente a partir do primeiro governo de Vargas. (GUIMARÃES, 2001).

A miscigenação não afasta os preconceitos, e nessa perspectiva, o conceito de democracia racial passa a ser entendido enquanto um mito, e denunciado, como um discurso de dominação política, que serviria para desmobilizar a comunidade negra. (GUIMARÃES, 2001; HAUFBAUER, 2003; HASENBALG, 2006).

Nas décadas seguintes, o mito se esgota, sem, contudo desaparecer, vez que a noção de um povo mestiço vivendo harmoniosamente é ainda muito cara para muitos brasileiros. Entre os estudiosos da questão racial no Brasil, a ideia da “democracia racial” passa a ser vista como “chave” que possibilita entender o processo de formação nacional, enquanto que as contradições entre discursos e práticas do preconceito racial são estudadas, não sem divergências, como “racismo”, “racismo à brasileira” ou “racismo cordial”. (GUIMARÃES, 2001). Entretanto, diferentemente do praticado nos EUA e na África do Sul, durante o período da apartheid, ou da Alemanha/ Áustria nazista, o racismo praticado no Brasil é cada vez mais visto como sutil e velado, mas eficaz e cotidiano. (MUNANGA, 2009).

A partir de fins da década de 70, os movimentos negros, em especial o Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial, e movimentos indígenas, apresentam-se no cenário político brasileiro com demandas atualizadas, indicando de modo contundente a inadequação, ineficiência e os limites das políticas públicas de caráter universal, ao desconsiderar que a desigualdade social está assentada em marcadores das diferenças étnicas e raciais. Surgem também nesse momento os blocos afros baianos com a sua política cultural de valorização da beleza negra, trabalhando o resgate e a autoestima dessa população. Na década de 90 observou-se um crescimento da participação do negro na política institucional e partidária no Brasil. (GUIMARÃES, 2001; VIEIRA & SILVÉRIO, 2009).

Nos últimos vinte anos, o movimento negro tem se destacado como protagonista político no país ao expor à sociedade e governantes, diferentes olhares sociais, com o intuito de contribuir para o cumprimento dos direitos e cidadania da população negra, em especial nos setores da educação e saúde.

### 2.2.2 Do racismo como um problema do negro à responsabilidade do branco - As estratégias antidiscriminação seguidas pelo movimento negro nos EUA<sup>15</sup>

Cornell West (1994) descreve as estratégias construídas pelos movimentos negros estadunidenses para romper com a discriminação racial e os estereótipos relacionados com o negro. Em um primeiro momento é reivindicada a igualdade entre negros e brancos, considerados agentes importantes, com capacidades semelhantes e que compartilham uma condição de humanidade comum. Esta postura universalista, entretanto, ignora as particularidades de cada “raça”, e também assume que todas as pessoas negras seriam iguais, escondendo outras diferenças de classe, gênero, região, orientação sexual, existentes entre elas.

A seguinte estratégia, utilizada pelo movimento negro, é o reconhecimento de que as representações negativas e discriminatórias sobre o negro são construídas socialmente. O que determinou a promoção de um processo de desconstrução dos estereótipos racistas negativos divulgando exemplos e representações positivas do negro, por exemplo, nas expressões culturais e nos valores comunitários, com o objetivo de inspirar as novas gerações. Por outro lado, essas estratégias baseiam-se em uma concepção oculta a suposta existência de uma "comunidade negra homogênea" e de possíveis "imagens positivas" a ser construídas mas ambas são dificilmente definidas, pois não existe o grupo “negro” como tal, mas uma diversidade de indivíduos negros.

Na década de 90 os movimentos deixam de lado a ideia de desconstrução dos estereótipos negativos e construção de imagens positivas e da comunidade negra supostamente homogênea. A nova estratégia fundamenta-se se na construção de redes discursivas e institucionais, antidiscriminação multidimensional que permitam explicitar a diversidade dos negros. Adota-se um discurso desmistificador das relações de poder, incorporando respostas multidimensionais para o racismo, que incorporam a discriminação de classe, gênero e homofóbica, reconhecendo a complexidade e diversidade das práticas negras no mundo moderno e pós-moderno. (WEST, 1994). Constrói-se o conceito de interseccionalidade<sup>16</sup> para representar essa complexidade dos negros.

---

<sup>15</sup> Os itens 2.2.2 e 2.2.3 constituem parte do artigo “Discriminação racial e igualdade de direitos, o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil”, escrito conjuntamente com a Profª. Maria Cristina Gomes da Conceição, e apresentado durante a XV Semana de Mobilização Científica – SEMOC, promovida pela Universidade Católica do Salvador.

<sup>16</sup> Termo introduzido por Kimberlé Crenshaw em 1989, que sugere e procura explorar como diversas categorias social e culturalmente construídas, tais como gênero, raça, classe, deficiência, e outros eixos de identidade interagem em vários níveis e, muitas vezes simultaneamente, contribuindo para a desigualdade social sistemática.

Outra estratégia analítica reconhece a existência do seu contrário para desnaturalizar a ideia do racismo como um problema exclusivamente do negro. Começa-se a analisar e definir a identidade racial branca, também construída social e politicamente, valorizada positivamente, articulada com a nacionalidade, com interesses, posições de poder e privilégios a serem preservados, categorias centrais para a reprodução do racismo.

Finalmente, a estratégia das “novas políticas culturais da diferença” reconhecem as particularidades humanas e especificidades sociais, refuta a exclusão, silêncio e invisibilidade de qualquer grupo social. O eixo articulador das ações de antidiscriminação é a política: a democracia e liberdade individual, o que permite articular amplas alianças entre pessoas de diferentes raças, nações, regiões, sexos, idades e orientações sexuais, em comunidades, estados e empresas transnacionais, corporações e conglomerados de informação e comunicação. (WEST, 1994).

Nesse processo, nos EUA, o primeiro passo para o reconhecimento da existência do racismo é o reconhecimento das diferenças raciais. Segundo SCOTT (1994), uma diferença é construída com base em um contraste. Parte-se de uma definição de algo ou alguém, baseado na negação ou repressão do outro. Trata-se de uma representação mediante sua antítese.<sup>17</sup> Qualquer termo definido, apoiado na diferença, traz implícito um conteúdo reprimido ou negado, em oposição explícita ao termo inicial. Para analisar diferenças raciais estabelece-se um contraste entre branco e negro, codificando significados que são relacionados não somente com a cor, mas também com representações culturais que remetem às relações entre raças, às formas como as posições e relações sociais de ambas as raças são organizadas e compreendidas de forma interdependente, e também hierárquica.

Dessa forma, o racismo pode ser entendido como uma ideologia que diferencia grupos sociais que se baseiam em seus marcadores físicos, do seu fenótipo, e os inferioriza em relação a outros grupos sociais (LOPES, 2005<sup>a</sup>; ARAÚJO, 2007), numa ideologia-teoria que respalda e justifica as desigualdades sociais. (GUIMARÃES, 1999).

---

<sup>17</sup> Na obra “Peles Negras, Máscaras Brancas”, estudo publicado em 1952, Frantz Fanon, antilhano de ascendência africana, vê a identidade racial como um cárcere que dificultava ao indivíduo alcançar e gozar sua condição humana, chamando a atenção para o questionamento a ser feito a branquitude e a negritude que produzem “o branco fechado na sua brancura e o negro fechado na sua negrura”, como solução profunda e radical a superação dessa situação propõe a abolição da raça. Contudo, também reconhece a distancia entre o sonho de uma realidade em que as pessoas sejam valorizadas pela sua humanidade e a luta para resignificar que séculos de discursos desqualificantes consolidaram no inconsciente coletivo. (FANON, 2008).

Um segundo passo é a ruptura com uma visão homogênea de negros e brancos para adotar uma visão pautada nas diferenças multidimensionais, o que permite ao movimento negro estadunidense se articular, também no campo da política, com os movimentos de outros grupos socialmente discriminados, mulheres, homossexuais etc., o que fundamenta o conceito de interseccionalidade de múltiplos âmbitos da discriminação social.<sup>18</sup>

Ambos os passos, o reconhecimento das diferenças raciais e a interseccionalidade com outras diferenças sociais, ocorrem tardiamente no Brasil, tanto nos movimentos negros como no meio acadêmico e no campo institucional. Os interesses e privilégios raciais do branco continuam predominando até a atualidade, mesmo depois que a questão racial assumiu uma maior visibilidade no cenário nacional, ainda após o estabelecimento de relações e colaborações políticas entre os movimentos negros e outros grupos sociais, como os movimentos classistas e feministas. (BENTO, 2002).

A sobrevivência da ideia de uma suposta “igualdade racial” esconde um conteúdo político que contribui para a reprodução desse tipo de discriminação. Ao fazê-la invisível, a discriminação racial não é objeto de discussão, denúncia ou busca de soluções e implementação de políticas. A noção de igualdade é política, e é no campo político que ela se diferencia da noção de diferença. (SCOTT, 1994). Na verdade, a igualdade depende de um reconhecimento prévio da existência das diferenças que, no caso da raça, sempre estiveram disponíveis, observáveis e medíveis quantitativamente, mas quase invisíveis social e politicamente no Brasil.

Esse atraso no reconhecimento das diferenças e desigualdades racial, em conjunto com a reprodução da suposta democracia racial, contribuiu para um atraso na construção de conhecimento e de ações coletivas, desde um ponto de vista multidimensional da discriminação. No Brasil, salvo algumas exceções, as múltiplas formas de discriminação continuaram a ser analisadas por muito tempo, como categorias dicotômicas simples, determinadas nas diferenças de classe social ou nas diferenças de gênero.

---

<sup>18</sup> A interseccionalidade afirma que as formas clássicas de subordinação existentes na sociedade, como racismo, sexismo, homofobia, xenofobia e intolerância religiosa, não agem independentemente uma da outra, elas se inter-relacionam, criando um sistema de opressão que reflete a "intersecção" de múltiplas formas de discriminação. Ou no dizer de Collins (2000, p. 42), “os padrões culturais de opressão não são apenas inter-relacionados, mas estão unidos e influenciados pelos sistemas interseccional da sociedade”. Assim, a interseccionalidade toma em conta a multidimensionalidade das situações que assumem todas as pessoas nas relações e estruturas de poder, em que a raça por si só não explica a perda de poder e a discriminação, mas sim as diferentes combinações existentes entre raça, sexo, classe, nacionalidade, orientação sexual. Ao considerar a multidimensionalidade dos indivíduos, Mary Castro, em “informação verbal”, chama a atenção para a relação de conflito, vivenciada pelo sujeito, advinda das suas várias inscrições nos diversos sistemas sociais, no sentido de qual é a opressão / discriminação que está mais forte.

### 2.2.3 Resgatando a responsabilidade dos brancos

Em contraste com os EUA, onde houve uma transição da discriminação racial para o campo da política e da democracia, reconhecendo que o racismo envolve posições e representações de poder e interesses dos brancos na sua determinação, no Brasil, o racismo continua sendo tratado na academia centralmente como um “problema do negro”. São poucos e recentes os estudos sobre as identidades raciais brancas como um componente relacional e determinante da reprodução do racismo<sup>19</sup>.

O projeto de democracia racial e branqueamento tendo por foco a responsabilização do negro como problema social e nacional. A representação do negro “invejoso” que almeja identificar-se como branco, miscigenar-se para diluir suas características raciais e alcançar o modelo ideal do homem branco, só se refere ao imaginário do negro. (BENTO, 2002).

Não há referência a qualquer identidade racial do branco, e quando há, define-se como uma ausência, como silêncio ou com uma suposta invisibilidade do branco na reprodução do racismo. (MCLAREN, 2000, p. 263; ROEDIGER, 2000, p. 1-17; BENTO, 2002; CARDOSO, 2010)<sup>20</sup>.

Alguns autores chamam a atenção sobre o fato de que, da mesma forma que não existem comunidades negras homogêneas, a branquitude não seria uma identidade racial única e imutável, mas existiriam muitas branquitudes<sup>21</sup> e práticas de racismo<sup>22</sup>.

Finalmente, além da suposta invisibilidade ou posturas distintas dos brancos frente ao racismo, muitos autores consideram que a noção de privilégio é indispensável para compreender as teorias sobre racismo. (BENTO, 2002). Como no racismo estão implicadas relações de poder, interesses e privilégios, a branquitude faz-se presente e visível ao expressar-se em relação a uma suposta superioridade racial e pureza racial, aos privilégios obtidos com sua identidade racial, incluídos protestos contra os “privilégios” obtidos pela raça

<sup>19</sup> Cardoso (2010) faz uma revisão da literatura e identifica poucos pesquisadores que assumem a branquitude como preocupação analítica: Alberto Guerreiro Ramos, Edith Piza, César Rossato e Verônica Gesser, Maria Aparecida Bento, Liv Sovik e Lúcio Alves de Oliveira.

<sup>20</sup> A ideia de invisibilidade como uma das características principais da branquitude tornou-se objeto de controvérsia na teoria sobre branquitude. Há autores que argumentam nessa direção (Frankenberg, 1995; Rachleff, 2004); enquanto outros, como Bento (2002); Sovik (2009) criticam o argumento de que o branco não se enxerga como grupo racial. Atualmente argumenta-se que a invisibilidade como uma característica da branquitude é uma ideia fantasiosa.

<sup>21</sup> Frankenberg (1995) define branquitude como: “um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê aos outros e a si mesmo; uma posição de poder não nomeada, vivenciada em uma geografia social de raça como um lugar confortável e do qual se pode atribuir ao outro aquilo que não atribui a si mesmo”.

<sup>22</sup> Cardoso (2010), inspirando – se na critical Whiteness Studies dos EUA e do Reino Unido, identifica pelo menos duas posturas na branquitude: a crítica que se coloca contra o racismo, e a acrítica, que pode chegar a defender explicitamente o racismo.



negra através de políticas afirmativas, inclusive gerando-se mecanismos de protesto e solidariedade entre brancos de diferentes níveis sociais. (BENTO, 2002; CARDOSO, 2010).

Estes mecanismos de defesa de privilégios e hierarquias raciais são definidos por Bento (2002) como um “acordo tácito entre os brancos”<sup>23</sup>, que não se reconhecem com parte na reprodução da discriminação racial, que é referida ao passado, do qual eles não participaram. A autora faz uma leitura da questão racial como um dos determinantes das diferenças de classes. Registra que os brancos saem da escravidão com uma herança simbólica e material extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo, adquirindo benefícios e interesses econômicos, enquanto os negros saem com uma herança de desvantagens, até hoje refletida nos mapas de pobreza e desigualdades em educação, saúde, infraestrutura, emprego etc.

### 2.3 O conceito da saúde – um desafio

A saúde constitui uma das mais importantes dimensões da vida. Ter e manter a saúde são aspirações fundamentais do ser humano e está diretamente correlacionada ao direito à vida. O conceito de saúde, tal qual o de doença, reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, e dependerá da época, do lugar, da classe social, de concepções científicas, religiosas e filosóficas. O que significa dizer que envolve questões complexas, fragmentadas, por vezes conflitantes, e ainda não plenamente resolvidas.

Em paralelo, e concomitante à atual e enorme demanda social e política quanto à promoção e atenção em saúde, Almeida Filho (2011), ressalta as dificuldades, do ponto de vista epistemológico, em conceituar saúde, principalmente, em face ao predomínio nos mais diversos campos científicos, do tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença. Assim, segundo argumenta, não existe uma definição que abranja e satisfaça a complexidade do tema.

Daí que, frente à incapacidade das diversas disciplinas que constituem o chamado campo de saúde, em produzir uma referência teórica eficaz sobre o objeto saúde, apresenta a hipótese que “o conceito de ‘saúde’ constitui um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica”, ao compreender que

“[...] além das anomalias kuhnianas<sup>24</sup>, os paradigmas<sup>25</sup> científicos também apresentariam pontos cegos como signos de crise; neste caso, “os “ponto-

<sup>23</sup> Maria Aparecida Bento (2003) define o conceito de “pacto narcísico”, no qual os brancos procuram unir-se para defender seus privilégios raciais, colaboram para manter as hierarquias raciais e o lugar de privilégio racial.

<sup>24</sup> Segundo Thomas Kuhn (1990), as anomalias são fatores que desestabilizam as expectativas paradigmáticas que governam a ciência normal.

cego” são vistos como problemas ou questões que os próprios paradigmas, consubstanciados pelos agentes históricos engajados na prática institucional da ciência, não permitem ‘ver’ ou sequer toleram que ‘sejam vistos’”. Almeida Filho (2011, p.12).

Para remover o incômodo ponto cego, ainda segundo o autor, faz-se necessário realizar investimentos na elaboração de um construto teórico específico para nomear saúde, um objeto – modelo positivo de conhecimento e intervenção que possa dar conta dos polissêmicos, plurais, multifacetados objetos da saúde, daí propor como urgente e necessária à construção de uma teoria geral da saúde. Frente à atual incompletude dessa teoria geral da saúde, afirma que

“[...] não se pode falar de saúde no singular, e sim de várias ‘saúdes’<sup>26</sup>, na pluralidade devida e na riqueza de perspectivas conceituais e metodológicas, a depender dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados.” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 145).

Na concepção de saúde como valor<sup>27</sup> são apresentadas, a seguir, três definições de saúde, que apesar das críticas, dificuldades e lacunas adiante apontadas, trazem as vantagens de superarem a tradição higienista e curativa pela determinação social da doença. Situando a saúde como um estado positivo que pode ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado, de forma a possibilitar a emergência de novas, espera-se, mais úteis e eficazes políticas sanitárias.

A mais clássica definição de saúde foi a adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 que declara: saúde é o estado de perfeito bem-estar ou completo bem-estar (dependendo da tradução) físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Apesar das vantagens, tal conceito tem recebido diversas críticas, seja do ponto de vista de natureza técnica por seu caráter dito utópico, em face ao subjetivismo que tanto as expressões “perfeito/completo”, como “bem-estar” trazem em seus bojos, impossibilitando ser usada como objetivo pelos serviços de saúde ou de natureza política, já que o conceito possibilitaria abusos por parte do Estado que, sob o pretexto de promover a saúde, interviria na vida dos cidadãos. Para alguns não constitui uma definição, muito menos definição de saúde, uma vez que não tem como objeto uma concepção genérica de saúde, e

<sup>25</sup> Paradigma, segundo Kuhn (1990), é a base na qual o conhecimento se assenta e se desenvolve, sendo uma meta teoria, ou seja, uma grande teoria na quais outras se desenvolvem.

<sup>26</sup> Este debate Almeida Filho, o traça a partir da sistematização das “várias dimensões ou facetas do conceito saúde, reconhecidas por diversos autores, representativos de distintas escolas do pensamento” assim apresentado: saúde como fenômeno, saúde como metáfora, saúde como medida, saúde como valor e saúde como práxis. (2011, p. 27).

<sup>27</sup> Valor aqui entendido enquanto, direito social, serviço público, ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea.

limita-se a focar a saúde humana. (SÁ JUNIOR, 2004; SCLiar, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

Conforme a VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada no Brasil em 1986,

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382).

Para Nascimento (1992, p.189), esta definição situa a saúde num âmbito superestrutural, resultante de uma base socioeconômica, articulando assim, saúde e sociedade. O uso de um conceito de saúde tão abrangente, todavia, tem sido apontado por alguns estudiosos, inclusive o próprio Nascimento (1992), como possível fonte de equívocos. Por exemplo, considera-se que mesmo reconhecendo a importância das reivindicações de promoção, preservação e recuperação da saúde, esta não pode ser entendida como eixo principal e norteador das lutas de mudanças da sociedade em seu conjunto. Nesse sentido argumenta-se que em países desenvolvidos, tais condições foram alcançadas e, no entanto, as pessoas continuam adoecendo por outros problemas.

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais; esta concepção ampliada de saúde parecer ser a definição que embasa a política de saúde da população negra, ao assinalar que as condições de saúde das pessoas refletem a maneira como vivem numa interação dinâmica entre potencialidades individuais, e coletivas, e condições de vida. Com base nisso, Lopes (2005b, p. 1599) afirma que “mulheres e homens; populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer”.

## **2.4 Assimetrias raciais e as lutas pela saúde da população negra no Brasil – algumas marcos históricos**

Apesar de persistirem objeções e lacunas no que tange ao grau de precisão dos indicadores demográficos sobre a raça/cor<sup>28</sup>, no Brasil, nos últimos anos, censos e pesquisas

---

<sup>28</sup> Embora se possa considerar a inclusão do quesito raça/cor nas políticas públicas como uma conquista da luta democrática pela promoção da igualdade racial no Brasil, o fato é que a identificação étnico-racial e da identidade no Brasil não está isenta de problemas, segundo Pinto (1993), “Problemas subjacentes a variável cor vão desde a denominação das categorias [...] passando pelos problemas de coleta desses dados até a sua

amostrais sobre a população brasileira têm trazido inequívocas conclusões acerca do estágio das assimetrias raciais no país.

Relatório organizado por Paixão (2010) evidencia que em 2007, a cada 100 mil nascidos vivos, 55 mulheres morreram em decorrência de problemas relacionados à maternidade, e as mulheres negras representaram 59% desse total. As mulheres negras estão em piores condições quanto à realização de exames preventivos e de pré-natal. Entre as mães brancas, 70,1% realizaram sete ou mais consultas, frente a 42,6% entre as negras. Dos partos realizados nos últimos cinco anos, segundo a cor ou raça da mãe, em 65,8% dos casos as gestantes brancas foram informadas para onde se dirigir no momento do parto, frente a 58,7% das gestantes pretas & pardas. Das gestantes brancas, 20,4% puderam ficar com acompanhante no quarto, e 14,3% das gestantes pretas & pardas. Entre as gestantes brancas, 46,6% tiveram os pelos pubianos raspados durante o parto, frente a 33,2% das gestantes pretas & pardas. Passaram por lavagem intestinal, 23,6% das gestantes brancas e 19,4% das gestantes pretas & pardas. Fizeram exame ginecológico até dois meses após o parto, 46% das puérperas brancas e 34,7% das puérperas pretas & pardas.

Segundo Cordeiro (2007), a análise das condições de saúde da população negra, ao explicitar as suas diferenças por sexo, idade e condições socioeconômicas, termina por expor as desigualdades como resultantes da discriminação e do racismo. Nesta perspectiva, de acordo com Lopes (2005b, p.9),

“As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. **No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade.**” Grifo do autor.

Os estudos sobre as disparidades de saúde entre negros e brancos vêm contribuindo, de modo relevante, para a elaboração de políticas afirmativas no Brasil. No caso da saúde o princípio de equidade<sup>29</sup> pressupõe a satisfação de diferentes necessidades de parcela

---

interpretação e utilização”. Para Petruccelli (2007), “não é na percepção nuançada dos descendentes das “raças” de cor de cobre, caucásica e etíope... que se instalam as suas dificuldades de estudo [...] a complexidade [...] reside mais na forma como as ditas configurações são conceituadas, tanto no interior da prática acadêmica como na sua utilização corrente”. Outra questão, segundo este mesmo autor, relaciona-se a utilização marcadamente regional de alguns dos vocábulos utilizados na caracterização de raça/cor, com significação, portanto, variada segundo o contexto geográfico de que se trate.

<sup>29</sup> Apesar do problema terminológico na variedade conceitual de equidade e em alguns casos, associado também ao significado da expressão quando utilizado no sentido de desigualdades. Percebe-se, de modo geral, que há ampla aceitação na literatura da definição formulada por Whitehead (1991), a equidade em saúde, para a autora, remete à noção que, de acordo com os ideais, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém

significativa da população, garantindo, desse modo, resolutividade e adequação na atenção, passando pela promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, até o atendimento dos casos mais complexos.

Assim, no Brasil, a produção de estudos epidemiológicos com dados desagregados por raça/cor e etnia, ao qual contribuíram emergentes pesquisadores ativistas negros, vem somando-se às pesquisas socioeconômicas demonstrando como as assimetrias sociais definem e impactam as condições de vida e saúde das populações negras e indígenas em nosso país, o que, em última instância, sugere que classe e raça combinam-se e se reforçam.

O reconhecimento de que o processo de exclusão social vivenciado historicamente pela população negra tem contribuído para torná-la mais vulnerável do ponto de vista sanitário, e a conseqüente busca por alternativas com vistas à redução das diferenças indesejáveis e evitáveis – iniquidades – de saúde entre essa população e outros grupos sociais, levou a saúde da população negra a ser inserida na agenda de saúde. E o racismo, considerado como categoria analítica para que se compreenda o porquê de uma política de saúde para a população negra.

Maio & Monteiro, (2005), em artigo que toma por objetivo analisar e descrever as iniciativas para a criação dessa política, período correspondente aos governos de Fernando Henrique Cardoso e início do de Luis Inácio Lula da Silva (1996 a 2004), aborda o debate contemporâneo sobre raça e saúde, colocando em evidencia o papel desempenhado pelas agências e agentes internacionais na formulação do que entende como uma política focal de “racialização positiva”. A este respeito, assim se posiciona,

[...] Diante do Estado com funções reduzidas, como proclamado pelo neoliberalismo, a focalização transformou-se em pedra de toque dos supostos limites das políticas universalistas.

Talvez, como efeito não antecipado, as políticas centradas em ‘raça’ se ajustem às exigências da era global. Tal perspectiva se distancia da tradição sanitária brasileira, construída sob o signo do universalismo, chancelada pelo Estado. “O movimento da Reforma Sanitária, calcado no tripé universalidade, integralidade e gratuidade, conforme inscrito na Constituição Federal concebe a saúde como um direito universal de cidadania”. Maio & Monteiro (2005, p. 439).

Contraopondo-se a essa perspectiva, Batista & Monteiro (2010), argumentam, fundamentados na apresentação das políticas, programas e ações desenvolvidas pela

---

deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Assim, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas. Em concordância com Pitta & Dallari (1992) quando afirmam que *equidade* é a disposição de atender igualmente o direito de cada um.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para garantir a atenção integral à saúde da população negra no SUS, que a Política de Saúde Integral da População Negra,

“[...] quando articulada no interior do SUS não significa focalização nos termos definidos após 1990. A especificidade da PNSIPN busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil.”  
Batista & Monteiro (2010 p. 216).

Nesta mesma perspectiva Barbosa & Fernandes (2004), considera que

“O reconhecimento da necessidade de instituir uma política de saúde para a população negra nos obriga a reflexões várias, umas afeitas ao campo das relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautadas no racismo, outras relativas à superação dos limites do princípio da universalidade para o alcance do direito de cidadania em saúde, conforme preconizado no texto constitucional enquanto dever de Estado.”

Assim conforme Barbosa & Fernandes (2004) e Teixeira (2009), a política de saúde voltada para a população negra ajusta-se a bases constitucionais e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142/90), que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, colocando como prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática com base em dados epidemiológicos. Dessa forma, para Teixeira (2009) a sua instituição

“responde, especificamente, à necessidade de se formular políticas que contemplem, para além do princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde, a busca de equidade na distribuição dos recursos e dos serviços, como meio de enfrentamento das desigualdades sociais configuradas em nosso meio.”

Embora se possa dizer que a luta pela saúde da população negra tenha se iniciado em nosso país quando o primeiro navio atravessou o Atlântico rumo ao Brasil, transportando negros na condição de escravos no seu porão, em ambiente extremamente insalubre.

Nos anos 70 do século passado, ainda em época de ditadura militar, a organização e mobilização política em torno do reconhecimento das diferenças raciais nas condições de vida e acesso a bens de consumo saúde, educação, saneamento básico, habitação, emprego e renda foi abarracado pelos Movimentos Negro. Entretanto, *as primeiras inserções do tema nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, são da década de 80 e foram formuladas por ativistas do Movimento Negro e pesquisadores.* (Barbosa & Fernandes, 2004).

Destacam-se no período, ações técnicas políticas lideradas principalmente por mulheres negras, que na década de 80 tornaram visíveis os problemas relativos à vida sexuais

e reprodutivas que atingem especificamente as mulheres negras no Brasil, e cujas desigualdades sociais vivenciadas expressam-se em seus corpos, e na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos a que têm acesso.

Com a redemocratização, e uma vez reconhecida e definida entre os princípios da Constituição de 1988, a igualdade racial, e os movimentos negros começaram a ganhar maior legitimidade e visibilidade jurídica, apoios e financiamentos, e a manifestar-se nas práticas políticas, nas instituições e no Estado e junto com outros grupos sociais.

A lei que caracteriza a prática do racismo como crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão estabelecida em 1989, é seguida por uma série de outras leis, programas, políticas, convenções e conferências sobre igualdade racial.

Nas últimas duas décadas multiplicaram-se e se espalharam pelo território nacional centenas de iniciativas, grupos e movimentos sociais de combate ao racismo e promoção da igualdade racial, que atuam com a juventude e junto à mídia, estabelecem relações entre eles e com os diversos organismos governamentais e não governamentais, potencializando o diálogo entre grupos, instituições e orientações políticas distintas e contribuindo para o desenho, implementação e avaliação de políticas para a igualdade racial.

No início dos 1990, no governo de Luiza Erundina, o quesito cor foi introduzido no Sistema Municipal de Saúde de São Paulo, através da portaria nº 696/1990.

Organizada pelos movimentos negros, a Marcha Zumbi do Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida foi realizada em novembro de 1995, em Brasília, reunindo aproximadamente de 30 mil pessoas, negros vindos de todo o país. Essa Marcha, segundo Nascimento (2006), significou mudança na atuação do movimento social negro, de uma posição de denúncia do racismo para uma atitude propositiva de políticas de igualdade racial, assim, sem deixar de lado a denúncia, a luta contra o racismo passou a ser, também, a luta pela promoção da igualdade racial. Em resposta, foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra (GTI) e o subgrupo Saúde, no âmbito do Ministério da Justiça.

Em 1996 aconteceu o lançamento do Programa Nacional de Direitos Humanos que incluiu um capítulo referente à Saúde da População Negra. Ainda nesse mesmo ano, o Ministério de Justiça, com o apoio do Itamarati, realizaram o Seminário Internacional “Multiculturalismo e Racismo: o papel da Ação Afirmativa dos Estados Democráticos Contemporâneos”. Foi introduzido o quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos. A recomendação de uma política nacional para a Doença Falciforme.

No cenário internacional, a Conferência Intergovernamental Regional das Américas, no Chile e a realização da IIIª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial e Xenofobia e Intolerância Correlata em Durban, África do Sul, em 2001, marcaram a participação do Movimento Social Negro junto a governos e organismos internacionais, reivindicando compromissos mais efetivos com a equidade étnico-racial.

Com o tema “O negro e a produção do conhecimento: dos 500 anos ao Século XXI” foi realizado em novembro do ano 2000, em Recife, o I Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros.

Ainda em julho de 2001 foi instituído no Brasil, o Programa Nacional de Triagem Neonatal, incluindo Doenças Falciformes e outra Hemoglobulinopatias e foi realizado o Workshop Intergerencial sobre Saúde da População Negra, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em Brasília, o que resulta no documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” (MS, 2001).

Em agosto de 2002 é realizado o II Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros com o tema “De preto a afrodescendente: a pesquisa sobre relações étnico/raciais no Brasil”, em sua assembleia final, foi discutido e aprovado o estatuto da Associação Brasileira de Pesquisadoras e Pesquisadores Negras e Negros. Os temas e demandas em saúde da população negra discutidas neste Congresso foram, dentro do possível, conformadas em propostas nas diretrizes da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida de 07 a 11 de dezembro de 2003; e passaram a integrar o Plano Nacional de Saúde do governo Lula. Nesse momento a discussão sobre a implantação de políticas de saúde para a população negra tomou novo impulso.

Em novembro de 2003 ocorre a criação da Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR) e posteriormente a assinatura do Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e a SEPPIR, que desencadeou o processo de preparação do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em 2004. O documento “Um grito pela Equidade” constitui-se em um dos seus produtos.

Lembrando que em março de 2003, já havia sido criado pelo Ministro da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o objetivo de sistematizar a proposta da Política Nacional de Saúde da População Negra, em consonância com o Plano Nacional de Saúde. Com a assinatura da Portaria n.º 1.678, de 13 de agosto de 2004, o Comitê foi ampliado.



No início de 2005, ano declarado da Igualdade Racial, foi realizada a I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, e em Salvador-BA, aconteceu o lançamento do Projeto Piloto de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias – Anemia Falciforme e Talassemia, em evento ocorrido no auditório da Reitoria da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ainda nesse ano foi realizado em Brasília, sob a coordenação da SEPPIR, o 5º Fórum Intergovernamental de Promoção da Igualdade Racial (FIPIR), que reuniu gestores estaduais e municipais para avaliar a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) e sua aplicabilidade, dentre as quais se inclui a saúde da população negra. Entre os novos colaboradores, destacaram-se o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) e o organismo inglês, Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID), na época com experiência do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) em municípios como Recife e Salvador. Atualmente fazem parte do FIPIR 56 municípios da Bahia, incluindo Salvador.

Em 10 de novembro de 2006 ocorreu a aprovação, por unanimidade, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), na 33ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, só em 2008 aconteceu a sua negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e em 2009 a sua publicação pelo Ministério da Saúde (Portaria 992 de 13 de maio de 2009). O seu plano operativo apresenta atribuições diferenciadas e complementares para a União, os 27 estados brasileiros e os mais de 5600 municípios do país, contendo 25 ações a serem desenvolvidas em 04 anos, com 29 metas a serem alcançadas no período, em duas fases, sendo a primeira, entre os anos de 2008 e 2009 e a segunda, entre 2010 e 2011, com duas prioridades a enfrentar: a) problema 1: Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde (acesso, discriminação e exclusão social); e b) problema 2: Morbidade e Mortalidade na População Negra.

Após uma década de tramitação no Congresso Nacional e diversas alterações, a Lei 12.288 de 2010 institui o Estatuto da Igualdade Racial, cujo capítulo I do título II trata especificamente da política de saúde da população negra.

Verifica-se, pois, que a formulação da política de SPN, constitui-se em um processo relativamente recente, porém, resultado de uma ampla trajetória de lutas e reivindicações do movimento negro e outros atores. Sua intuição se encontra respaldada pelo reconhecimento do processo histórico de exclusão evidenciada por estudos e dados econômicos, sociais e epidemiológicos que demonstram a existência de desigualdade racial em saúde.

Entretanto, apesar desse quase oito anos da sua formulação, segundo avaliação da própria Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a PNSIPN não se encontra devidamente implementada no país. Foi esta constatação que levou a SEPPIR a assinar em outubro de 2011, proclamado pela Assembleia Geral das Nações Unidas como o Ano Internacional dos Afrodescendentes, um protocolo de intenções com o Ministério da Saúde, com o objetivo de revivar o compromisso entre os dois ministérios, dessa feita trabalhando sob a vigência do Estatuto da Igualdade Racial.

Assim como a realização, em julho de ano seguinte, do Fórum “Enfrentando o Racismo Institucional para Promover Saúde Integral da População Negra no SUS”, em parceria com o MS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), com o intuito de buscar mecanismos para estabelecer compromissos e competências dos governos estaduais e municipais no atendimento da população negra.

## **2.5 Raças na política pública de saúde no Brasil - A Política de Saúde Integral da População Negra**

### 2.5.1 Uma política pública de saúde

Enquanto que para Vargas (1992. p. 37), políticas públicas são “o conjunto de sucessivas respostas do Estado diante de situações consideradas socialmente problemáticas”.<sup>30</sup>

Saraiva (2006, p. 29), apoiado em uma perspectiva operacional, a considera como

“Um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.”

Pereira (2001, p.7), contudo, numa concepção ampliada do conceito, destaca que

“Política pública não é sinônimo de política estatal. A palavra ‘pública’, que acompanha a palavra ‘política’, não tem uma identificação exclusiva com o Estado, mas sim com o que em latim se expressa como república, isto é, **coisa de todos**, e, por isso, algo que compromete, simultaneamente, o Estado e a sociedade.” (grifo da autora).

---

<sup>30</sup> Para o autor os problemas transformam-se em “problemas relevantes”, através de pressão dos atores políticos e/ou sociais, é esse processo que permite que esses sejam considerados socialmente prioritários e que, portanto o Estado tem que oferecer respostas em termos de políticas.

Neste sentido, a política pública está diretamente correlacionada com o poder de mobilização da sociedade civil, de representatividade e controle democrático.

De acordo com Paim & Teixeira (2006), sem que façam referência explícita aos problemas decorrentes do racismo, as políticas públicas de saúde, campo no qual se situa o SUS e como integrantes deste, a Política de Saúde Integral da População Negra, podem ser entendidas como sendo

“A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam à saúde, inclusive o ambiente. Abrangendo as questões relativas ao poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Contemplando assim tanto os planos de ação (Policy) quanto o poder em saúde (Politics).”

A atual Constituição Federal Brasileira evita discutir o conceito de saúde, mas diz, no seu artigo 196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. O SUS, enquanto política pública tem como princípio norteador, o acesso universal na perspectiva da igualdade e da justiça social, relacionada às necessidades de saúde da população brasileira.

Embora o conceito ou princípio da equidade só comece a aparecer no setor saúde, a partir das Normas Operacionais Básicas, na década de 90, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535), em similaridade com Sen (2010), a equidade, relacionada à justiça social<sup>31</sup>, constitui-se como uma “prioridade na oferta de ações e serviços a grupos que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer, em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços”.

Contudo, a noção de equidade demanda uma visão focada no indivíduo, ou grupos específicos de indivíduos em situação de exclusão e/ ou vulnerabilidade. Esta perspectiva do olhar, por vezes fomentada por organismos internacionais, corresponde ideologicamente um

---

<sup>31</sup> Enquanto a chamada justiça comutativa aplica-se aos iguais, a justiça social corresponderia à justiça distributiva, aplicando-se aos desiguais. O filósofo liberal John Rawls em *Uma Teoria da Justiça (A Theory of Justice)*, de 1971, defende que uma sociedade será justa se respeitar três princípios: 1) garantia das liberdades fundamentais para todos; 2) igualdade equitativa de oportunidades; 3) manutenção de desigualdades apenas para favorecer os mais desfavorecidos.

caminho a ser percorrido pelas políticas sociais, em contraponto às propostas de políticas universais, com suas críticas mais severas aos modelos macroeconômicos e buscando mudanças mais estruturais nas sociedades de capitalismo contemporâneo. (TRAD *et al.*, 2012).

Em ensaios que buscam fazer uma análise crítica do conceito equidade, autores como, Vieira da Silva & Almeida Filho (2009) e Paim & Vieira da Silva (2006), para além da ambiguidade e confusão conceitual que evidenciam em relação ao termo, reiteram a importância da busca pela promoção da equidade, no sentido de justiça, sem comprometer o seu caráter universal e igualitário do SUS.

Assim a PNSIPN tem o propósito de garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, e com este intuito apresenta como princípio organizativo, a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço de diferentes políticas de saúde, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas. (Brasil, 2010).

Tem como marca o reconhecimento da existência do racismo na sociedade e nas instituições, assim como, das desigualdades étnico-raciais como um dos determinantes sociais das condições de saúde da população negra, e a redução das iniquidades raciais, sociais e em saúde como elemento fundamental para a promoção da equidade em saúde. Apresenta como objetivo geral promover a atenção integral à saúde da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. (Brasil, 2010).

Brasil (2011, p.111), sintetiza a PNSIPN como “um modelo inovador de política transversal, pertencente ao Sistema Único de Saúde e possuindo a incumbência de relacionar as ações do SUS às questões da população negra brasileira”.

### 2.5.2 A Política de Saúde Integral da População Negra e o Combate ao Racismo Institucional

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em processo de implantação no país, como referido anteriormente, traz para o centro das discussões, o conceito de racismo institucional, pondo em xeque a ideia da harmonia racial, sem preconceito de cor no Brasil, à medida que propõe ações para sua desconstrução, ao considerar o seu objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a

redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.” (BRASIL, 2010, p.33).

De acordo com Brasil (2011, p.112),

“A política de Saúde da População Negra foi e vem sendo uma grande provocação nos espaços em que tem sido debatida e implementada. Ela é provocadora sob diversas óticas, é provocadora à medida que se alimenta de novos paradigmas para o setor da saúde, à medida que busca novos referenciais numa tentativa de repensar as práticas científicas e médicas, é também provocadora à medida que explicita a falta na política, a falta daquilo que não está escrito e que precisa ser dito no seio da sociedade brasileira racialmente excludente.”

A construção de políticas para inclusão social e de combate à discriminação e às desigualdades sociais tem sido intensamente debatida no campo acadêmico e no campo político, e conforme o campo de forças no qual se dão, tais discussões apresentam-se antagonizadas.

Lopez (2011) identifica, no campo acadêmico, a polarização entre dois grupos distintos: um grupo de reflexões acadêmicas que ajuízam a problemática racial em termos de identidade nacional, privilegiando, pois, as noções de mestiçagem e de democracia racial considerada como singularidade histórica do Brasil frente aos exemplos de segregação racial dos Estados Unidos e a da África do Sul (por exemplo, FRY et al., 2007); e outro grupo de reflexões que destacam os efeitos do racismo na vida das pessoas decorrentes de processos de racialização com repercussões para toda a sociedade, ao divisar as desigualdades raciais como estruturantes da desigualdade social brasileira (GUIMARÃES, 1999; HASENBALG, 2005).

Maio & Monteiro (2005) considera que atualmente governo, intelectuais e parcelas significativas da sociedade civil brasileira reconhecem as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pela população negra, entretanto, há um dissenso quanto aos diagnósticos e às soluções para o problema da discriminação racial.

Para Lopez (2011), a dificuldade das instituições em reconhecer a existência do racismo, e logo de se autoexaminarem como (re) produtoras de racismo, constitui fator responsável pelas poucas reflexões nos debates e embates que demarcam e legitimam (ou deslegitimam) a existência do racismo e a pertinência da raça como conceito analítico na realidade social brasileira, sobre as formas como os mecanismos do racismo operam, reproduz-se e perpetuam-se nas instituições.

Para a epidemiologista social Jones (2010), o racismo pode ser definido como um sistema que estrutura oportunidade e determina valor, baseado na interpretação social da forma como nós enxergamos (a “raça”), o que injustamente proporciona desvantagens para

alguns indivíduos e comunidades, e benefícios para outros indivíduos e comunidades, o que torna mais fraca toda a sociedade através do desperdício de potencialidades humanas. A pesquisadora aponta três níveis do racismo: institucional, nas relações pessoais e o internalizado.

Nas relações pessoais o racismo manifesta-se através de diferentes concepções sobre as capacidades, motivos e intenções/desejos de outros, em virtude de sua “raça”, preconceito (diferentes pressupostos sobre habilidades, motivações e intenções dos outros de acordo a sua “raça”) e discriminação (diferencial nas ações em relação aos outros de acordo com sua “raça”). Exemplos: violência policial, a vigilância constante nas lojas, a indiferença do garçom, a desvalorização por parte do professor, o desrespeito, mau atendimento e/ou falhas na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde.

A internalização do racismo ocorre através da aceitação da estigmatização “racial” através das mensagens negativas sobre suas capacidades e seu merecimento pessoal. O que muitas vezes leva à autodesvalorização, à resignação, ao desamparo, à falta de esperança, à aceitação de restrições que lhe são impostas.

Já o racismo institucional refere-se à diferente “qualidade”, ou diferencial, no acesso a bens, serviços e oportunidades em virtude da “raça”. Exemplos: habitação, educação, emprego, rendimentos, acesso a serviços de saúde, meio ambiente não poluído, informação, recursos, direito à voz.

O conceito Racismo Institucional (RI)<sup>32</sup> foi desenvolvido inicialmente em 1967, nos EUA, entretanto, de acordo com Boletim Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil (PCRI-Saúde), (2005), foi a partir da atuação da Comissão de Igualdade Racial do Reino Unido, que ocorreu o fomento do seu uso, ao considerá-la como uma definição suficientemente objetiva para possibilitar a sua utilização em diversos contextos nacionais e locais.

Uma vez que permite uma abordagem segundo a qual o racismo, consciente ou não, deve e pode ser avaliado pelas desvantagens que causam a determinados grupos, ou seja,

---

<sup>32</sup> O Racismo Institucional é definido como “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem racial ou étnica”. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. Esse conceito amplia e desloca o racismo da esfera individual, para uma ideologia que permeia a sociedade, resultando na incorporação de atitudes racistas às estruturas sociais, incluindo as instituições políticas, educacionais e de saúde.

refere-se a políticas institucionais que, sem o suporte da teoria racista de intenção, produz consequências desiguais para os membros das diferentes categorias raciais. (REX, 1987, p.185).

Além do mais, conta com um fator objetivo, “a consciência da prática do comportamento discriminatório não o isenta de culpa, em outras palavras, aquele que produz efeitos desiguais para grupos étnicos diferentes, sem motivação justa, está sendo racista”. (SOUZA, 2006).

Do ponto de vista institucional que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais, considera-se que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas, em função da sua origem étnico-racial, da cor da sua pele ou cultura. (LOPES & QUITILIANO, 2007).

Dessa forma, favorece o entendimento de como, mesmo diante da negação até bem pouco tempo, o racismo era negado de forma sistemática o Brasil alimentou profundas desigualdades entre população branca e não branca, como demonstram os dados revelados através de inúmeras pesquisas produzidas por agências governamentais e entidades acadêmicas, e anteriormente apresentados.

O conceito RI parte da verificação de que a inércia do setor público perante as desigualdades raciais e a descontinuidade das ações governamentais com essa temática deve ser procurada, entre outros aspectos, nas formas como o racismo encontra-se impregnado à cultura das instituições. Quando o racismo é identificado nas relações de trabalho, nas atitudes e práticas de seus funcionários e/ou nas suas ações finalísticas, faz-se necessário torná-lo visível para que as instituições possam combatê-lo e preveni-lo por meio de normas e procedimentos capazes de contribuir para a mudança da cultura institucional. (BOLETIM PCRI-SAÚDE, 2005; LOPEZ, 2011).

Desse modo, o racismo institucional existente no Brasil é visto como obstáculo ao reconhecimento da contribuição dos povos africanos na construção da sociedade brasileira, visto que o seu reconhecimento e superação implicariam, necessariamente, na igualdade de acesso dessa população aos benefícios sociais e aos discursos públicos de autorrepresentação.

O Combate ao Racismo Institucional (CRI)<sup>33</sup> dava seguimento às recomendações emanadas da Conferência de Durban com relação ao fortalecimento da capacidade do setor público em identificar e prevenir o racismo institucional (Salvador, 2006b), tendo sido

---

<sup>33</sup> Atualmente, alguns representantes dos movimentos negro no Brasil fazem uma crítica ao termo “Combate ao Racismo” propondo sua substituição por “Destruição do Racismo” ao afirmarem que “não se deve combater o que pode ser curado”.

implementado no Brasil, em 2005, por meio de uma parceria que contou com: a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), como agentes financiadores, e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), como agência responsável pela administração dos recursos alocados para o programa. O CRI, no Brasil, tem como foco principal a saúde. (CRI, 2006).

No bojo do CRI, encontra-se a noção de que a população negra constrói a sua vida diária na lacuna das contradições emocionais e físicas que promovem a percepção simbólica, cultural e discursiva em que o poder racial é manifestado no Brasil. Emocionalmente, uma das graves consequências do racismo é a delimitação do lugar imaginário e real das pessoas negras e brancas. Para além do evidente imobilismo socioeconômico, a vivência do racismo ocasiona a incapacidade para falar por si mesmo, uma identidade étnica negativa com impacto na percepção do eu (autorrepresentação: autoestima, autoimagem e autoconceito), transtornos psicossomáticos e/ou explosões temporárias de violência contra a própria pessoa, familiares e conhecido/as.

Alguns estudos têm apontado como o racismo atua negativamente na esfera intrapsíquica da pessoa (KESSLER et al., 1990; CORRIGAN et al., 2003), afetando o *eu* e comprometendo a identidade de ser uma pessoa negra, face às repetidas experiências de desvalorização da autoimagem difundida pelas Instituições e relações interpessoais, bem como pela internalização do eu ideal europeu, branco.

Na perspectiva das relações interpessoais entre gestores, chefias e trabalhadores, o CRI instala-se em um espaço em que as relações interpessoais encontram-se mediadas pelo que o antropólogo Sansone (1995)<sup>34</sup> sinaliza como uma das “áreas duras” nas relações raciais na Bahia o mercado de trabalho convencional, e o faz sem desprezar as contribuições das demais ciências, mas, fundamentado em uma abordagem psicossocial, tanto no diagnóstico de como o racismo institucional opera na organização, como no processo de sensibilização e/ou formação de servidores (as) e gestores (as) de diferentes áreas para a identificação e abordagem do racismo.

Schattschneider apud Hansenbalg (2006), em um ensaio clássico chamava atenção para o fato de que o problema crucial da política é a administração do conflito, e uma das maneiras mais eficientes de controlar um conflito é não providenciar uma arena para o

---

<sup>34</sup> As demais áreas duras seriam o mercado matrimonial e as relações com a instituição jurídico-policial.



mesmo, nem criar uma agência pública com poder para fazer algo a seu respeito. Chamou a isto de “mobilização do viés”.

Talvez o CRI, enquanto eixo constituinte da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra possa ser visto e pensado como um elemento oportunizador de criação de arenas, talvez não tanto no sentido trabalhado por Pereira (2008), em estudo sobre política social no capitalismo, mas, enquanto espaço para o exercício, reflexões e discussão com vista a desvelar, numa abordagem interseccional, mecanismos de manifestação de discriminações no plano pessoal e institucional, e assim, buscar prevenir e combatê-los / destruí-los.

Ao considerar que os distúrbios psicossomáticos representam formas de adaptação do organismo às pressões emocionais da vida cotidiana, e dessa forma, o conflito interno é expresso através da somatização do sofrimento manifestado sob a forma de várias doenças físicas e psíquicas, negras e negros vivem num estado de tensão emocional permanente. Essa situação causa transtornos físicos e psíquicos, incluindo hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, ansiedade e depressão.

Nessa perspectiva, a PNSIPN, ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, assinala a importância deste Programa na prevenção e eliminação do racismo. Isso não é algo simples, porquanto mexe com a subjetividade dos indivíduos, com concepções de vida, com valores e com a cultura institucional, o que talvez justifique, em parte, a afirmação de Heringer apud Kalcman (2007), de que na esfera governamental observar-se que as iniciativas de combate às desigualdades raciais ainda têm um alcance limitado e podem ser mais facilmente identificadas nos documentos e recomendações do que por meio de ações práticas.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO: abordagem teórica e métodos**

#### **3.1 A avaliação e a avaliação em saúde**

Avaliação é um conceito amplo, fortemente marcado pela polissemia conceitual e metodológica, já explorados por diversos autores conforme atesta Vieira da Silva (2005). Com o objetivo de facilitar a aplicação da avaliação, diferentes classificações foram criadas (CHEN, 1990; DONABEDIAN, 1996; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). São vários os desafios conceituais e metodológicos presentes para a realização de uma avaliação, e o debate em torno de questões fundamentais está longe de ser esgotado.

Donabedian (1990), em sua proposição da avaliação de qualidade, apresenta duas vertentes principais: a primeira baseia-se no modelo sistêmico que observa a relação entre os componentes<sup>35</sup>: estrutura, processo e resultado, e a segunda baseia-se em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade e legitimidade.

Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) considera que: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”. Entendendo a intervenção como “constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. Construindo-se em uma política.

Para este autor a abordagem estrutural refere-se a “em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados”. Em relação ao processo, trata-se de saber “em que medida os serviços de saúde são adequados para atingir os resultados esperados”. A avaliação dos resultados busca saber “se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir”.

Cohen & Franco (1993), com relação à avaliação e à pesquisa avaliativa, chama a atenção para o fato de que muitos autores as tratam como sinônimos; outros, entre os quais ele se filia, fazem diferenças entre elas, considerando a pesquisa avaliativa como um subconjunto do processo mais geral da avaliação.

Na tentativa de elaborar propostas de avaliação aplicáveis a programas de ação social e de serviços sociais Aguilar & Ander-Egg (1995), consideram que a avaliação em sentido estrito, ou seja, a avaliação sistemática, que é como nomeiam a pesquisa avaliativa, busca, através do uso do método científico, melhor conhecer para melhorar as formas de agir quanto a um aspecto da realidade, de forma que sua existência só faz sentido se for conduzida à tomada de decisões, e assim possibilitar a retroalimentação do fazer institucional, tornando-as mais eficazes e eficientes, mais idôneas e pertinentes.

Nesse sentido, a proposta de avaliação participativa de quarta geração de Guba & Lincoln (1989) parte da premissa de que ao envolver o interessado, isto é, o ator social (ou a audiência), que tem a capacidade de mobilizar recursos próprios ou de outrem, o julgamento

---

<sup>35</sup> **Estrutura:** representa características relativamente estáveis no sistema (recursos humanos, físicos, materiais, financeiros, insumos e normatização do serviço); **Processo:** determina como o sistema realmente funciona (atividades realizadas pelos serviços de saúde); **Resultado:** mudanças observadas no estado de saúde, comportamentos da população-alvo etc.

de valor será compartilhado e negociado em todas as etapas da avaliação. Esse processo transparente e dialógico com os interessados facilitará a mobilização de recursos visando à melhoria de qualidade da atenção prestada.

Contandriopoulos et al. (2006) apresenta um desenho representativo que permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão. Para esse autor, no plano conceitual a pesquisa, avaliação e tomada de decisão estão interligadas, mas não se sobrepõem. Enquanto a pesquisa avaliativa possui uma abordagem relacional, a avaliação tem um caráter normativo, ela visa não somente a medir os efeitos de uma intervenção e a entender como foram obtidos, mas, também, a julgá-la. É nesta área que as instâncias de decisão, de posse dos resultados da avaliação, elaboram seus julgamentos, expressam seus valores e manifestam suas intenções estratégicas. Alerta, contudo, para o fato de que os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões.

Cano (2004), apesar de se preocupar com a validade e confiabilidade das medidas utilizadas na avaliação de programas sociais, enfatiza principalmente o desenho da pesquisa mais que os problemas de mensuração, tendo em vista que, a questão de mensuração é comum a qualquer pesquisa e o desenho é o elemento mais peculiar da pesquisa avaliativa.

Vieira da Silva (2005) ressalta a exigência de explicitação teórica e metodológica do termo, tanto por parte de gestores quanto de pesquisadores, do seu uso. Essa mesma autora busca, mediante uma perspectiva de campo, que toma por referência Bourdieu<sup>36</sup>, ampliar o conceito de avaliação para além da dimensão racional da ação ou aquela que a situa meramente no uso instrumental dos resultados, ao tempo em que propõe a substituição do conceito de "intervenção" pelo de "práticas sociais", sendo as práticas de saúde uma de suas modalidades.

Essa concepção ampliada de avaliação desdobra-se na proposição apresentada pela autora, e compartilhada por Deslandes (2002), de superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas versus quantitativas, sob o argumento, também inspirado em Bourdieu, de que o que importa no processo de investigação "é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo." (Vieira da Silva, 2005, p.28).

---

<sup>36</sup> Segundo Bourdieu (2001), campo consiste uma delimitação do mundo social, regida por leis e códigos próprios, quer seja uma empresa ou o campo econômico como um todo, que formam universos de convivência e de influência. Cada campo é caracterizado por uma forma particular e diferente do interesse. Em termos grosseiros, o Campo é o local em que as coisas acontecem em sociedade (campo universitário, campo jornalístico, campo literário, campo jurídico, campo econômico, campo acadêmico...).

Para Guimarães et al. (2002), a avaliação para ser compreendida deve ter bem esboçado outros termos que informem sobre o objeto e o sujeito da avaliação, além dos seus propósitos, objetivos e modos de proceder. No seu entender, as controvérsias, variação e imprecisões observadas do conceito situam-se no plano da prática, de como esta deve ser conduzida ou, mais precisamente, na seleção do foco, dos métodos e do grau de objetividade e de sistematização utilizados para se avaliar.

Apesar das divergências entre as diferentes escolas e perspectivas de avaliação, segundo Serapioni (2009), “nos últimos dez anos a reflexão conceitual e metodológica tende a convergir sobre alguns denominadores comuns fundamentados em abordagens mais pragmáticas e menos ideológicas”. Esse autor, a partir da análise da produção de alguns estudiosos do setor, identificou três aspectos (ou questões-chave) que, “com diferentes nuances e ênfases, permeiam as diversas definições: 1) atenção pelas questões metodológicas, em que se pode constatar um consenso sobre o fato de que a avaliação é uma atividade de pesquisa; 2) preocupação com a finalidade e utilidade da avaliação e com a necessidade de aumentar o seu valor de uso no âmbito dos processos de tomada de decisões; 3) reconhecimento do pluralismo de valores (avaliar significa julgar) e da importância, portanto, de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesses no processo avaliativo.”.

Do ponto de vista metodológico, a demanda por uma avaliação, por simples que seja, requer, não apenas a identificação de perguntas, formulação de hipóteses, definição do objeto, objetivos e modos de proceder, mas, antes, a verificação do conjunto de atores envolvidos, dos recursos disponíveis, do grau de complexidade do problema e das ações, e em particular, a concordância de perspectivas entre quem pleiteia a avaliação e quem a executa. Há que se eleger, portanto, com base nesses parâmetros, a ciência e as ferramentas adequadas para mensurar o problema e os efeitos do programa/política preconizado para modificá-lo, frente às variáveis contextuais em interação sistemática com estes dois fenômenos.

Por sua vez, Minayo et al. (2005) chama atenção que apesar das concepções mais críticas sobre avaliação dos últimos anos, que vêm cada vez mais considerando os sujeitos e a dinâmica da realidade como fatores inerentes ao cenário, foco da verificação, ainda sobressai nesse campo do conhecimento, o caráter estrutural funcionalista, positivista e autoritário, mesmo que em intensa disputa com outras vertentes mais dialéticas.

Em todo o mundo, a essas preocupações teórico-metodológicas somam-se à crescente complexidade dos programas, a atual prioridade política e institucional de demonstrar resultados.

No Brasil, como bem aponta Vieira da Silva (1999, p. 334), as novas responsabilidades municipais com a gestão do sistema de saúde requerem a incorporação da avaliação como componente do processo de planejamento, como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisões e como elemento auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial. Desse modo, podendo ser a incorporação da avaliação como uma atividade sistemática ao interior da gestão municipal de saúde, considerada como um dos indicadores de modificação do modelo assistencial.

Reconhecendo os limites impostos pelos desafios contemporâneos à avaliação em saúde, pois de um lado identificam-se dificuldades relativas à estrutura e ao modo de produção da ciência e da tecnologia em saúde, e de outro temos a incompletude das políticas sanitárias para a consolidação dos princípios e ações do SUS.

A presente proposta de pesquisa toma como referencial avaliativo o conjunto de princípios, ideias e concepções aqui expostas, em especial Minayo, Champagne & Contandriopoulos. Os modelos de avaliação propostos por estes autores são amplamente difundidos no campo da saúde, em que pesem as suas limitações. Há, contudo, de considerar-se que toda teoria em avaliação apresenta restrições, não conseguindo apreender toda complexidade dos aspectos relacionados às ações, serviços e sistemas de saúde, constituindo-se apenas em uma aproximação, um recorte do real.

---

### 3.2 Tipos de estudo

Trata-se da realização de uma pesquisa avaliativa, com uso de abordagens da pesquisa ação, dividida em duas etapas, que tem por objeto a Política de Saúde da População Negra no município de Salvador, durante o período de janeiro de 2006 a agosto de 2012, de forma a responder à seguinte indagação: Como está sendo executada a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador? Ao fazer uso da estratégia da triangulação, na qual é possível lançar mão de várias fontes de dados com diferentes técnicas como meio de investigação. Minayo et al.(2005).

#### 1ª Etapa

Nesse momento buscou-se identificar e descrever o processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra (PMSIPN) em Salvador, com ênfase no período de 2006 a 2012. Assim como reconhecer e assinalar como os entrevistados avaliam o processo.

Foram utilizadas como fonte de dados, informações colhidas através de entrevistas com informantes chaves. Estudo de documentos oficiais, súmulas de reuniões e estudos, foi realizado para esclarecimentos adicionais e aprofundamento de questões evidenciadas no percurso do estudo.

### 2ª Etapa

Essa fase teve o Distrito Sanitário do Centro Histórico como lócus da pesquisa, em face à importância histórica, etnográfica epidemiológica da sua localização, associada à estrutura e extensão dos serviços de assistência médica ali ofertada, com o intuito de realizar a análise da relação entre a intervenção proposta pelo Combate ao Racismo Institucional (CRI) e a sua organização/ formatação.

Em conjunto, as duas etapas procuram avaliar, descrever e refletir acerca do processo de implantação da PMSIPN na cidade de Salvador, a partir dos elementos facilitadores e inibidores encontrados nesse percurso. Apesar do seu limite, espera-se que possa contribuir na definição positiva para a definição dos rumos da Saúde da População Negra no município e de estímulo a novos e mais abrangentes estudos que possam dar conta através de abordagens mais aprofundadas da multifacetada complexidade dessa Política.

O projeto da presente pesquisa foi exposto em reunião mensal dos Pontos Focais para apreciação e proposições de alterações. Após a realização desta pretende-se que a análise dos dados seja apresentada aos informantes para discussão e possíveis proposições de alterações, de forma a não só obter a validação dos seus resultados, como também suscitar reflexões que possam interferir positivamente no seu processo.

## 3.3 Sujeitos da pesquisa

### 1ª Etapa

Nessa etapa os sujeitos da pesquisa foram: um profissional de saúde da Assessoria Técnica (ASTECH), que assumia a chefia dessa assessoria no período de criação do GTSPN; a atual chefia da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde; a profissional responsável pelo Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme (PAPDF) na SMS e ex-membro do GTSPN/ASPERS; um técnico, profissional de nível superior, recém-lotado na Área Técnica de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme (ATPDF), ex-chefe das ações básicas do Distrito Sanitário de Cajazeiras e Ponto Focal em SPN desde 2005; e 01 representante do Conselho Municipal de Saúde. Todos acessados com base em amostra de

conveniência da pesquisa qualitativa.

## 2ª Etapa

Os sujeitos da pesquisa foram: nove pontos focais do Distrito Sanitário do Centro Histórico (DSCH), participantes do grupo focal.

Em conjunto, os sujeitos da pesquisa apresentam o seguinte perfil: É constituído em mais da metade por mulheres (64 %), destas a totalidade se autodeclarou como negras (67% como pretas e 33% como pardas). Dos homens que constituem 36% do total dos sujeitos da pesquisa, 80% se autodeclararam pretos e 20% pardos; do total dos entrevistados, 71% declararam - se pretos e 29% como pardos. Quanto à religião há uma diversidade muito grande, sobressaindo 21% de católicos, seguidos de não informou e espírita, 15%, e não tem/agnóstico 14%. Quanto à escolaridade 50% possuem o nível superior, 14 % encontram-se concluindo este nível e 43% possuem o nível médio completo.

## 3.4 Coletas de dados

### 1ª Etapa do estudo

O primeiro passo na coleta de dados foi a realização de entrevistas individuais, com base em roteiros previamente elaborados contendo algumas questões semelhantes e outra específica que foram aplicadas aos informantes-chave.

Os entrevistados foram convidados pessoalmente e confirmados por telefone, quando era combinada a data, o horário e o local para realização das entrevistas que, à exceção da realizada com o conselheiro, aconteceram, por comodidade dos entrevistados, nas dependências da Secretaria. Todos os dados foram coletados pela própria pesquisadora.

Os encontros foram gravados e as informações advindas das entrevistas, transcritas na íntegra pela pesquisadora. Cada entrevista durou em torno de 1h e no momento das entrevistas, os roteiros foram utilizados como ponto de partida para o desenvolvimento de uma conversa semiestruturada com cada entrevistado, após explicar, os objetivos da investigação e assegurar a confidencialidade das informações que estavam sendo prestadas. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) no qual se assegura o anonimato em qualquer publicação que venha a ser feita com base na investigação.

Durante a realização das entrevistas e observações, utilizou-se o diário de campo, no qual foram registradas as impressões ao longo do processo de coleta de dados. Nessa etapa

fez-se também uso da análise documental, a partir da leitura geral e exaustiva de documentos relacionados à PMSIPN. Para tanto foram consultados os planos municipais de saúde, períodos 2006/2009 e 2010/2013; as programações anuais de saúde; relatórios do período em estudo; súmulas e atas de reuniões do GTSPN/ASPERS.

Outras fontes de informação qualitativa subsidiaram o andamento do projeto e orientaram a elaboração dos resultados tais como, os powers pont elaborados pelo GTSN/ASPERS durante o período em estudo; os registros em caderno de campo feitos pela pesquisadora sobre aquilo que observou ou participou e que tinha relação com seu objeto de pesquisa; assim como, os registros feitos durante a realização do Seminário de Avaliação da Saúde da População Negra de Salvador, realizado em 27/11/2012, pela ASPERS e que contou com palestras dos Doutores Maria Inês Barbosa e Jairnilson Paim<sup>37</sup>.

As discussões e resultados referentes a essa etapa do estudo são apresentados de forma analítico-descritiva, buscando-se, dentro do possível, seguir a sequência cronológica dos acontecimentos. Delas foram destacados os elementos facilitadores e inibidores do processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, durante o período de 2006 a 2012, bem como, estratégias utilizadas no enfrentamento e busca de superação das dificuldades político-institucionais encontradas, os pontos fortes e fracos evidenciados, e por fim, a exposição e análise dos juízos de valor dos atores entrevistados quanto à implantação da Política.

## 2ª Etapa

Foi realizada a técnica de Grupo Focal com a participação de nove trabalhadores de saúde representantes da Saúde da População Negra (Pontos Focais) do DSCH, que aconteceu durante a semana, das 14 às 17 horas, no auditório do Centro de Saúde situado na Rua Carlos Gomes.

Na sua organização, o grupo focal contou com uma equipe de três pessoas, com funções definidas: um para mediar a discussão, fazer a marcação do tempo e ficar responsável por conduzir o grupo (a moderadora<sup>38</sup>); uma assistente incumbida de anotar as características

---

<sup>37</sup> Participaram desse Seminário, profissionais de saúde que atuavam nos Distritos Sanitários de Salvador, particularmente técnicos “pontos focais” do GTSPN/ASPERS, técnicos no nível central da SMS, representantes do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Comunidades Negras, entidades do Movimento Negro e social (Associação de Mulheres da Jaqueira do Carneiro, Pastoral da Saúde), representantes de religião de matriz africana e do Fundo da População das Nações Unidas - UNFPA.

<sup>38</sup> Uma doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva, professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e ex- membro do GTSPN/ASPERS, com experiência em pesquisa qualitativa, grupo focal e conhecimento sobre o tema discutido. Uma estudante do curso de graduação em Psicologia da Universidade



do grupo, cuidar dos dois gravadores, registrar as emoções, expressões faciais, gestos; e uma terceira pessoa responsável pelo registro do início dos diálogos e pela organização da infraestrutura.

Os pontos focais foram convidados por e-mail, por meio de um convite elaborado especificamente para tal fim, e por telefone. Ofícios também foram enviados às respectivas chefias desses profissionais, informando sobre a pesquisa e o grupo focal, e solicitando a sua liberação para participarem do Grupo.

Definiu – se, tendo por base Krueger (1996), que o grupo focal seria realizado com no mínimo quatro e no máximo doze participantes e para tentar garantir esse quantitativo foi convidada a totalidade atual dos Pontos Focais do DSCH, em número de 14 (quatorze) trabalhadores de saúde. Destes, dois encontrava-se em gozo de férias no período, e um, apesar de haver confirmado a sua participação, no dia marcado informou por telefone, a respeito de uma intercorrência e a impossibilidade da sua participação.

Foi elaborado além do roteiro, guia das questões a ser apresentado durante o grupo focal, um passo-a-passo (Apêndice G) com instruções sobre as etapas a serem seguidas e a divisão de responsabilidades entre as três apoiadoras. Como estratégia de acolhimento, foi ofertado um lanche de confraternização no final do grupo.

Todos os esclarecimentos que se fizeram necessários foram prestados antes do início de fato da atividade. Houve uma apresentação de todos os participantes, os entrevistados, a mediadora, a assistente e o apoio, assim como a explicação dos objetivos da entrevista, instruções sobre a dinâmica a seguir, justificção do uso do gravador, tendo sido enfatizado a importância da participação de cada um dos membros do grupo e de que expressassem abertamente suas opiniões. Foi explicado o destino dos dados, a sua confidencialidade e a inexistência de qualquer constrangimento ou prejuízo, no caso de recusa em participar da pesquisa, em qualquer das suas etapas.

Logo após, foi passada a fala ao grupo para qualquer questão ou dúvida pendente e, como o grupo demonstrou sentir-se perfeitamente ciente e interessado em participar, deu-se início à dinâmica que ocorreu em ambiente acolhedor e confiável, o que estimulou a fala e acabou por ultrapassar às duas horas previstas anteriormente para a aplicação da referida técnica. As verbalizações mediante o grupo focal foram gravadas, e posteriormente transcritas e submetidas à análise.

Da mesma forma que ocorreu nas entrevistas individuais, nesse momento, também, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O conjunto das informações obtidas de todas essas fontes foi sistematizado, analisado e interpretado, e constitui o corpo de evidências utilizado para a realização da avaliação.

Assim, a realização do grupo focal ocorreu conforme as etapas: a) elaboração de roteiro para a condução dos trabalhos; b) elaboração de passo-a-passo descrevendo as atividades e as funções do moderador e do pessoal de apoio; c) envio de convite aos Pontos Focais do DSCH; d) envio de documento às chefias solicitando liberação dos Pontos Focais; e) definição e agendamento de local para a realização do Grupo Focal; f) gravação do processo de grupo focal; g) transcrição do material gravado; h) leitura geral e exaustiva do material coletado procurando realizar uma primeira categorização; i) processamento dos achados relacionando-os com as unidades de análise (a implantação do Programa de Combate ao Racismo Institucional no DSCH).

### **3.5 Análises dos dados - colocando as mãos na massa**

Seguindo o planejamento inicial, com o intuito de avaliar o processo de implantação da PMSIPN, os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas e no grupo focal foram transcritos. Após escutas minuciosas, esses dados foram categorizados e sistematizados, conjuntamente com as informações contidos no diário de campo da pesquisadora<sup>39</sup>. No tratamento e análise desse material, os dados foram ordenados, categorizados e analisados a partir da utilização de análise de conteúdo, na modalidade temática. (MINAYO, 2010; BARDIN, 2011).

Foram realizadas as seguintes atividades sequenciais: a) leitura geral e exaustiva do material coletado procurando realizar uma primeira categorização; b) o processamento dos achados relacionando-os com as unidades de análise; c) a identificação de juízos de valor dos atores em relação à implantação da política de saúde da população negra; d) a classificação das enunciações avaliativas como positiva ou negativa para a implantação da política.

Para complementar os dados evidenciados através das entrevistas individuais e o grupo focal, paralelamente foi feito um levantamento de documentos relacionados com o tema em estudo junto à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, lócus institucional da pesquisa

---

<sup>39</sup> Nesse caso, tomou-se por referência Marcuschi (1986) que reconhece na análise da conversação, a subdivisão dados empíricos decorrentes de situações reais em diálogos assimétricos (entrevistas e inquéritos) e diálogos simétricos (as conversações cotidianas e naturais).

de campo. Os documentos coletados foram classificados de acordo com sua natureza, lidos e organizados, distinguindo-se em documentos propositivos de ações (os dois últimos Planos Municipais de Saúde e as Programações Anuais de Saúde), que refletem os compromissos assumidos pela gestão municipal; e os relatórios de gestão, anuais e trimestrais que contêm informações acerca das ações e atividades realizadas no âmbito da política de saúde da população negra, além de identificarem problemas, necessidades e demandas específicas dessa população. Foram identificados, lidos e analisados 44 documentos produzidos no âmbito da SMS.

Nesse processo heterogêneo, os dados foram triangulados com o propósito de levantar categorias ou significados-chave que descortinem, resumam e descrevam achados importantes sobre a implantação da PMSIPN em Salvador, ao identificar padrões de **consenso**, **contraste** e **variabilidade** nos dados, de forma a descrever (Que é?); interpretar (Por quê? Como?); categorizar (O que importa?) e verificar saturação (Repete-se?).

### **3.6 Aspectos éticos**

A pesquisa obedeceu aos critérios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISTEP) sob o CAAE nº 05863512.8.0000.5544 e submetido ao Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina. O projeto foi aprovado, conforme parecer substanciado nº 172.095 (ANEXO I). Previamente ao envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa foi obtida a carta de anuência autorização da Secretaria Municipal de Saúde, lócus da pesquisa. Como já afirmado anteriormente, todos os informantes que participaram deste estudo, previamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 A cidade de Salvador**

De acordo com dados do censo (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE, 2010), Salvador, capital da Bahia, com uma extensão territorial de 707 Km<sup>2</sup>, possui 2.675.656 hab., com estimativa populacional para o ano de 2011 de 2.693.606 hab., sendo a

cidade mais populosa do Nordeste, a terceira mais populosa do Brasil e a oitava mais populosa da América Latina.

Ainda de acordo com essa pesquisa demográfica, Salvador possui 18,9% da sua população autodeclarada como brancos; 27,8% como pretos; e 51,67% como parda; possuindo acentuada participação do negro na população total (79,47%), caracterizando-a como maioria demográfica, reflexo do processo histórico da escravidão, quando para Salvador foi trazido, entre 1550 a 1855, o segundo maior contingente de escravos negros africanos ao Brasil.

Oitava capital mais rica do Brasil (IBGE, 2010), Salvador apresenta indicadores que relativizam essa riqueza, expressa em várias situações de contraste. Como o resto do Brasil em especial no Nordeste possui uma grande parcela da população em situação de pobreza e desigualdade de renda, ou seja, tal como o Brasil, Salvador não é uma cidade pobre, mas uma cidade com muitos pobres.

De acordo com Atlas de Desenvolvimento Humano (2012), Salvador possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) levemente maior que o do Brasil, demarcando diferenças a depender do bairro ou região da cidade, considerado. O bairro do Itaigara com índice de 0,971 apresenta um dos melhores IDH-M do Brasil; os bairros Caminho das Árvores, Iguatemi, Pituba e Loteamento Aquários-Santiago de Compostela possuem 0,968; e a Avenida Paulo VI e o Parque Nossa Senhora da Luz 0,965, equiparando-se ao IDH de países do Norte, ditos desenvolvidos. Porém, outros locais como Areia Branca e CIA-Aeroporto (0,652); Coutos e Felicidade (0,659); Bairro da Paz e Itapuã (0,664) apresentam índices menores que países considerados subdesenvolvidos, localizados na África e Ásia Central.

Dados apresentados no Boletim do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2002) revelam que, na região de Salvador, 10,3% dos negros (pretos e pardos) ocupa cargos de chefia e a porcentagem entre não negros (brancos e amarelos) é de 29,6%, enquanto que na região metropolitana de São Paulo, que possuía na época 33,0% de população negra, essas proporções são de 4,4% e 15,7%, respectivamente.

Nessa perspectiva, o município de Salvador descreve uma situação bastante semelhante à de outros municípios e países que vivenciaram processos similares de colonização e de exploração comercial, onde a população negra ainda não conseguiu ascensão social e sofre reflexos na saúde em decorrência de condição desfavorável de vida, e por lacunas nas políticas públicas.

Nesse sentido, chama à atenção a baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Salvador, a mais baixa dentre as capitais do país. Reflexo, dentre outros, da falta de definição do modelo de atenção a ser de fato adotado.

Conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado, Salvador é sede de uma macrorregião de assistência de saúde, a 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), entretanto, só em março de 2006 a cidade de Salvador foi habilitada à Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), e por não possuir rede própria de média e alta complexidade, depende quase que exclusivamente da rede estadual e dos serviços privados contratados para encaminhamento de pacientes aos serviços desse nível. (SMS. PMS, 2006).

A este respeito Rocha et al. (2010, p.77), considera que

“o processo de construção do SUS em Salvador tem sido dificultado por uma série de fatores que incluem desde a insuficiência histórica de infraestrutura de serviços públicos de saúde na cidade até a implementação de opções políticas inadequadas em termos de gestão e financiamento dos serviços, notadamente aquelas adotadas no período compreendido entre 1997- 2004.”

É, pois, neste cenário que a Gestão Plena traz consigo vários desafios, dentre eles a necessidade de readequação da sua estrutura organizacional. Nesse sentido, com apoio um trabalho desenvolvido por uma consultoria externa, e com a participação dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi delineado uma proposta de reestruturação organizacional que, entretanto, não foi viabilizada até o momento.

Apesar de suas precariedades e ambivalências, para efetivação do SUS no Município de Salvador, a SMS<sup>40</sup> organiza-se em base territorial cuja abrangência corresponde a determinado espaço geopolítico e administrativo definido com base em critérios e indicadores epidemiológicos, econômicos e sociais, os Distritos Sanitários<sup>41</sup>, menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão em saúde.

É através de Distritos Sanitários (DS), que se configura a descentralização da função gestora e gerencial da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e, a cada um dos Distritos Sanitários corresponde uma coordenação geral que tem sob a sua responsabilidade técnica-

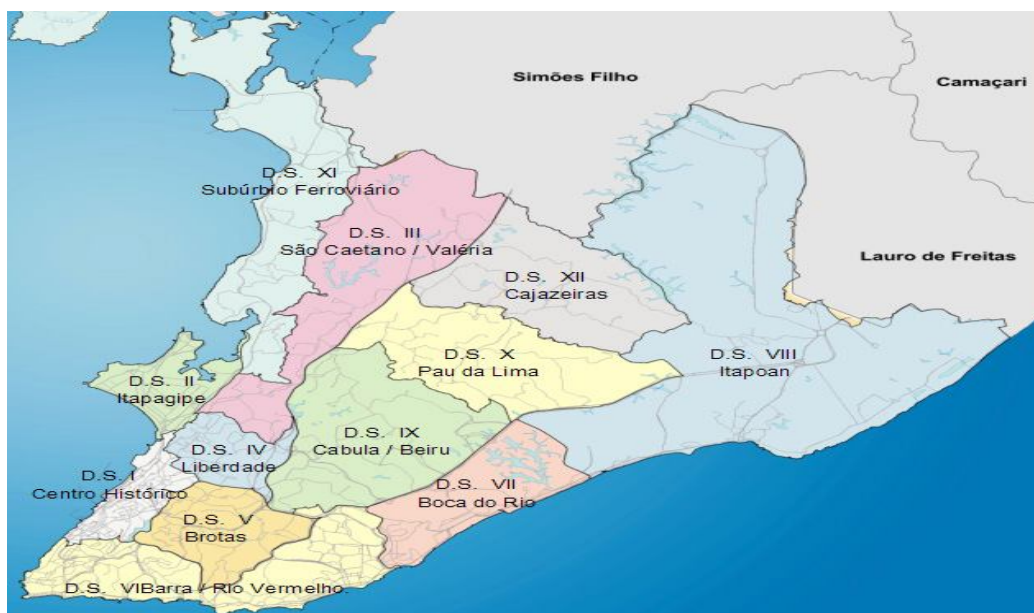
---

<sup>40</sup> A Secretaria Municipal de Saúde, órgão da administração direta da Prefeitura Municipal tem por missão institucional “cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Salvador, assegurando seus direitos e respeitando a diversidade” e, assim cumprir os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde que objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e a equidade na atenção à população.

<sup>41</sup> Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1987), o Distrito Sanitário (DS) “é a circunscrição da população alvo em um determinado território”. Para MARTINS (2012) distrito sanitário refere-se a um processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, sob a gestão de uma autoridade local e reorientada de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e os conjuntos sociais com seus problemas delimitados por um território-processo.

gerencial, rede de serviços de saúde constituída de unidades ambulatoriais básicas, centros de referência e especialidades, unidades de apoio diagnóstico, unidades de pronto atendimento, além dos serviços pré-hospitalares e da rede hospitalar pública e contratada ou conveniada. A SMS tem suas unidades de saúde organizadas em 12 Distritos Sanitários: Centro Histórico; Itapagipe; São Caetano/ Valeria; Liberdade; Brotas; Barra/ Rio Vermelho; Boca do Rio; Itapuã; Pau da Lima; Subúrbio Ferroviário; e Cajazeiras.

Figura 1. Distritos Sanitários do Município de Salvador-BA



Fonte: SMS/SSA

#### 4.2 O Distrito Sanitário do Centro Histórico

O Distrito Sanitário do Centro Histórico (DSCH), como o próprio nome revela, tem a maior importância em termos históricos, pelo menos ao se considerar a historiografia oficial, elaborada a partir do ponto de vista do colonizador português, localizado num território geográfico definido e concentra importante parcela da população negra da cidade.

No entanto, se a história da Cidade do Salvador confunde-se com a história do “descobrimento” do Brasil e com o empenho da Coroa Portuguesa para a sua colonização nos séculos XVI e XVII, áreas do DSCH embarçam-se com a história de Salvador, cidade oficialmente fundada em 29 de março de 1549, pelo primeiro Governador-geral do Brasil, Thomé de Sousa, no processo de expansão da sociedade europeia, levado a efeito pelo

capitalismo mercantil, após o fracasso quase geral da experiência de colonização, por meio do sistema das Capitanias Hereditárias.

Adotando a norma antiga de localização das cidades nas margens do mar e dos rios, em pontos elevados com um porto, o lugar eleito para a sua construção foi o trecho que vai da atual Praça Castro Alves até a Praça Municipal, o plano mais alto do sítio, foi escolhido para a construção da cidade fortaleza. A cidadela construída era cercada por muralha de adobe com apenas duas portas: Carmo e Santa Luzia. (BONFIM, 2010).

O centro é o “lugar onde se reúnem atividades”. O Terreiro de Jesus, o largo do Pelourinho, a Praça Municipal, a Rua Chile e seu entorno encontram-se carregados de significados históricos. A Barroquinha e a Av. Sete de Setembro, Praça da Piedade, Av. Joana Angélica são áreas em que até os dias atuais predominam atividades comerciais, a localização de escritórios, consultórios de saúde, cinemas, shoppings, instituições públicas, escolas e colégios, entranhados com espaços de lazer e entretenimento. Área de atração turística possui importantes cartões-postais, ricos monumentos históricos que datam do século XVII até o século XIX e mantêm-se como local dos poderes administrativos e legislativo.

Nas suas cercanias, em que pese imprecisões, instalou-se há aproximadamente 300 anos a primeira casa de candomblé ketu do Brasil, ponto de partida de fascinante história de resistência e preservação da cultura afro-brasileira. Outro espaço de fortalecimento da cultura africana, a Igreja de Nossa Senhora do Rosário dos Pretos, encontra-se localizada no Pelourinho, erguida por escravos, possui um antigo cemitério de escravos nos seus fundos. Frequentada por mães e pais de santo, suas missas mesclam o católico e os ritos afro-brasileiros. Nela funciona a Venerável Ordem Terceira do Rosário de Nossa Senhora às Portas do Carmo, irmandade fundada em 1685, que congrega católicos negros de ambos os sexos.

Mais que atividades, o Centro Histórico reúne histórias e estórias, significados e significantes, onde o real e o imaginário andam de mãos dadas. Nele a população de Salvador vivencia suas referências, nele se sentem mais soteropolitanos. No Centro o coração da cidade pulsa.

O Distrito Sanitário Centro Histórico possui uma área geográfica de 6.093km<sup>2</sup>, limitado ao norte pelo Distrito Sanitário Itapagipe, ao sul pelo Distrito Sanitário Barra/ Rio Vermelho, a leste pelo Distrito Sanitário de Brotas, ao nordeste pelo Distrito Sanitário da Liberdade e ao oeste pelo Oceano Atlântico e a Baía de Todos os Santos. Conforme dados de 2006 possui 69.994 habitantes e uma densidade demográfica de 10.512 hab. Km<sup>2</sup>, composta de classe média e baixa.

Com relação ao Saneamento Básico, 90,13% dos domicílios possuem abastecimento de água e esgoto; 94,9% dos domicílios possuem coleta de lixo; 91,85% fazem uso de energia elétrica; 98% das suas ruas são pavimentadas. Existem vários tipos de moradia, a saber, casa, casas geminadas, apartamentos e “ocupações”, como: Gamboa, Solar do Unhão, Rocinha e Suzana Imbassahy. Algumas áreas do DSCH são consideradas de “risco” pelo seu grau elevado de violência, prostituição e uso abusivo de substâncias psicoativas. Existe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com cobertura de 16% da Área do Distrito.

### Áreas de composição do Distrito

Água de Meninos	Faixa	Boulevard Suíço	São José
Aflitos	Mercado do Ouro	Baixa dos Sapateiros	Djalma Dutra
Barroquinha	Mercês	Pelourinho	Aquidabã
Campo Grande	São Bento	Sé	Santo Antônio
Comércio	Barris	Taboão	Paço
Gamboa de Cima	Campo da Pólvora	Misericórdia	Pilar
Largo 02 de Julho	Desterro	Ajudá	Nazaré
Politeama	Fonte Nova	São Francisco	Palma
Forte de São Pedro	Jardim Baiano	Barbalho	Poeira
Santa Terezinha	Lapa	Loteamento Lanat	Saúde
São Joaquim	Mouraria	Macaúbas	Santana
Piedade	Gamboa de Baixo	Rosário	Tororó
São Pedro	São Raimundo	Conceição da Praia	

### Equipamentos da Rede Básica do Distrito Sanitário Centro Histórico

	Centro de Saúde	Endereço
01	2º C.S. Ramiro de Azevedo	Largo do Campo da Pólvora, 08, Nazaré.
02	C.S. Dr.Péricles Esteves Cardoso	Rua Arthur Mendes de Aguiar, 04, Barbalho.
03	C.S. Santo Antônio	Praça dos 15 Mistérios, 238, Santo Antônio.
04	PACS Sto Antônio	Praça dos 15 Mistérios, 238, Santo Antônio.
05	C.S. São Francisco	Rua José Duarte, 86, Tororó.
06	19º C.S. Pelourinho + 01 equipe de Saúde Mental – Capitães da Areia.	Rua do Bispo, 37, Pelourinho.
07	CAE Centro – C.S. Carlos Gomes	Rua Carlos Gomes, 63/66, Centro.
08	Centro de Ref. à Saúde do Trabalhador	Rua Carlos Gomes, 63/66, Centro.
09	USF Gamboa-Saúde da Família Iraci Isabel da Silva	Rua Gabriel Soares, 58, Ladeira dos Aflitos.
10	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Rua Carlos Gomes, Nº 270, Centro. 2º andar.
11	CAP's Dr. Antonio Roberto Pelegrino	Rua Arquimedes Gonçalves, 226, Jardim Baiano.
12	CAPS Gregório de Matos	Faculdade de Medicina, Pelourinho.
13	PSF Terreiro de Jesus	Faculdade de Medicina, subsolo, Pelourinho.

Fonte: DSCH



### **4.3 Descrevendo o processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra de Salvador – Elementos facilitadores e inibidores, a partir dos seus atores.**

#### 4.3.1 Precedentes

Em Salvador, graças à mobilização das entidades negras, e em sintonia com um movimento muito mais amplo que se processava em outras esferas do governo, envolvendo, inclusive, organizações internacionais, foi criada em dezembro de 2003, a Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR), cuja missão é promover a equidade, a igualdade racial, de gênero, a eliminação da xenofobia e intolerância religiosa, por meio de políticas, articulações e ações, junto a instituições públicas, privadas e sociedade civil.

Nas eleições municipais de 2004<sup>42</sup> a discussão sobre a necessidade de se instituir uma política de saúde da população negra ganha visibilidade, sendo incorporada pelo novo governo que teve por slogan “Prefeitura de Participação Popular” e o compromisso, conforme discurso de posse do novo prefeito, de ouvir o povo, sentir, interagir e trabalhar juntos. Na área de saúde, assume a pasta, um médico de origem sanitarista, com mais sensibilidade para apoiar as políticas de promoção da igualdade racial, inclusive na saúde.

[...] o lema da gestão em 2005 era: Prefeitura de Participação Popular. Aí entendia que participação popular fazia com a inclusão da população negra. [...] eu acho que naquele momento contribuiu muito, essa unidade que houve entre a ideia de participação popular e inclusão de pessoas. (Entrevistado A).

Outro elemento indicado como facilitador do processo de formulação e implantação da Política de Saúde da População Negra em Salvador refere-se à existência na própria Secretaria de Saúde de técnicos compromissados com a temática racial. Em 2003 começou a acontecer dentro da SMS discussão em torno da necessidade de implantação do Programa de Anemia Falciforme. E no ano seguinte uma dessas técnicas representou a SMS no 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, ocorrido no período de 18 a 20 de agosto de 2004, em Brasília, e ao retornar, junto com mais duas colegas elaborou uma proposta de criação na SMS de uma coordenação responsável pela formulação e implantação da política de saúde da população negra no município, que foi apresentada ao novo gestor e sua equipe, exatamente

---

<sup>42</sup> Teixeira (2009), ao analisar o processo de formulação da política de saúde da população negra em Salvador aponta o protagonismo dos movimentos negro local. Segundo a autora, esse ator político coletivo oportunizou o momento eleitoral articulando-se aos partidos políticos, que por sua vez incorporaram em seus programas a questão racial e especificamente a problemática de saúde da população negra, caso da coligação vencedora formada pelo PDT, o então partido político do prefeito recém-eleito, PP, PT, PC do B, PSB, PTB.

quando estavam sendo estabelecidas as principais diretrizes que deveriam nortear a gestão a ser iniciada em 2005.

[...] no início, a proposta sofreu certa resistência, porque as pessoas não entendiam o para que ter uma política de saúde da população negra se a cidade de Salvador possui quase a totalidade da sua população negra, e a Secretaria tem iniciativa para toda a população. Então ela (a profissional de saúde) contra-argumentou e teve uma discussão com toda a equipe de transição e aí conseguiu convencer. (Entrevistado B).

Diante da impossibilidade de acatar, naquele momento<sup>43</sup>, a proposta em seu conjunto, foi indicado e criado, através da portaria 018 de 11 de fevereiro de 2005, pela Secretaria Municipal de Saúde em articulação com a Secretaria Municipal da Reparação, o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra<sup>44</sup> com as seguintes atribuições: elaborar um diagnóstico de saúde da população negra de Salvador; implantar o programa de atenção às pessoas com doença falciforme; propor a política de saúde da população negra e articular intra e intersetorialmente ações para o desenvolvimento desta política. (SMS, 2006).

Outros dois fatores importantes para a criação do GTSPN refere-se à mesma linha política entre os gestores da saúde e da reparação, associados a uma concepção do secretário da reparação, da SEMUR enquanto secretaria meio, e assim, como instigadora de ações afirmativas operacionalizadas, por intermédio da inserção da dimensão racial nos serviços e ações, ou via implantação de políticas compensatórias das secretárias e órgãos que compõem a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), funcionando como coparticipante dessas iniciativas, ao monitorar e cobrar a sua implantação e efetividade.

[...] tinha um secretário do mesmo partido do secretário da saúde que conseguiu fazer uma transversalidade. Não convencer o outro de que aquilo ali teria que ser discutido e a partir daí saiu da SEMUR, a coordenação, vai

<sup>43</sup> Após longo período em que a Secretaria Municipal de Saúde permaneceu somente com a gestão da Atenção Básica, encontrava-se em processo de negociação com a Secretaria de Saúde do Estadual e o Ministério de Saúde a sua habilitação à Gestão Plena, o que significaria a posterior a necessidade seu redimensionamento estrutural e organizacional, momento em que se faria possível propor a criação de uma instância responsável pela equidade racial na saúde municipal, ao menos parece ter sido esse o entendimento.

<sup>44</sup> Nesse momento o GTSPN, mesmo vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário (GASEC), e como acesso direto as instâncias de poder na SMS, se encontrava provisoriamente instalado em uma mesa na COAPS. Interessante documento, uma ata de reunião do GTSPN ocorrida em 07 de março de 2005, sinaliza algumas preocupações já presentes no início das suas atividades, como a questão de espaço para a locação do grupo “a pertinência da sala do GTSPN, ser fora do prédio que funciona a SMS, devido à dificuldade que se estabeleceria para comunicação e veiculação de informações entre o grupo e outros setores da Secretaria”; o surgimento de demandas outras, ultrapassando as atribuições previstas na portaria que criou o Grupo; e as possibilidades, ou não, de continuidade das suas ações e de transformação futura do GT em uma coordenação no organograma da SMS. Quanto ao local, frente às dificuldades encontradas em obter espaço dentro da própria Secretaria, o GTSPN logo após, passou a funcionar em duas salas no Centro Médico da Carlos Gomes até a transferência da SMS, em janeiro de 2007, do Corredor da Vitória para a Rua Miguel Calmon/ Comércio.

pra saúde, aí faz toda aproximação. Eu acho que isso facilitou quando a visão da gestão era uma visão da transversalidade, uma visão de incluir, e de também reparar as coisas [...] (Entrevistado A).

Inicialmente, em sua composição, o GTSPN agregou profissionais da SMS e SEMUR, sendo constituído por cinco profissionais: uma enfermeira com experiência em atenção a pessoas com hipertensão; uma assistente social com experiência profissional na atenção à saúde; uma nutricionista, profissional de saúde, mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); uma assistente social, profissional de saúde, membro e cofundadora da Associação Baiana das Pessoas com Doenças Falciformes (ABADFAL); sob a coordenação de uma nutricionista, sanitarista, doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), todas estatutárias da Prefeitura Municipal de Salvador.

Logo, a criação do GTSPN, e conseqüentemente o processo de formulação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, ocorreu em um contexto político favorável as ações em prol da população negra, cenário produzido a partir de um emaranhado de articulações entre os movimentos sociais, em especial os diversos movimentos genericamente conhecido como movimento negro, em nível nacional e local, apoiado por organizações internacionais que incorporaram em suas agendas a temática da luta pela igualdade social e combate ao racismo.

#### 4.3.2 O Momento de Avanço!!!

[...] teve um momento de avanço muito grande, eu acho que durante uns dois anos e meio mais ou menos, de 2005 a 2007, a gente pode dizer que houve um avanço da implantação dessa política na Secretaria. (Entrevistado B).

A primeira atividade do GTSPN foi a implantação do Observatório da Violência no Carnaval, que correspondeu ao monitoramento da violência realizada com uso da metodologia já empregada pelo Fórum Comunitário de Combate a Violência de Salvador (FCCV), e implicou na inserção do quesito cor no sistema de informação em saúde utilizada durante o carnaval, o sistema SALUTE, e o primeiro treinamento oferecido aos profissionais em saúde sobre a coleta e registro adequados do quesito cor<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Essa atividade possibilitou observar as ocorrências violentas a partir de dados de diferentes fontes de informação, de instituições governamentais e não governamentais que trabalham com este agravo no período da festa. Analisar como esta violência se comporta por raça/cor, sexo, faixa etária e ocupação no carnaval traçando, desta forma, um perfil das vítimas e também um perfil dos agressores, para, a partir desta análise desenvolver estratégias de enfrentamento da violência, adequadas ao carnaval de Salvador, a serem aplicadas ainda durante os dias da festa. A partir da demonstração da sua efetividade para o enfrentamento da violência e sugeriu-se a necessidade de transformá-la em uma metodologia a ser utilizada não só no período do carnaval, mas como vigilância da violência o ano todo.

Em abril de 2005, a Prefeitura Municipal de Salvador firmou convênio com o Ministério Britânico para o Desenvolvimento (DFID), através do PNUD, para a implantação do Combate ao Racismo Institucional (CRI), que na saúde ficou como mais uma das atribuições do GTSPN, potencializando as suas ações. (SMS, 2006) <sup>46</sup>. Assim, embora o enfrentamento do racismo não tenha constado como uma das atribuições do GTSPN na sua criação, o CRI, enquanto ação que lida com o desvelamento de práticas institucionalizadas do racismo cultura institucional e subjetividade foi incluída nas atribuições propostas, como elemento estruturante e potencializador das suas atividades.

O perfil da pessoa à frente do trabalho, sua habilidade de convencimento e articulação; sua militância no movimento negro; e diálogo constante com representantes do povo de terreiros e com a academia, facilitaram a articulação intra e intersetorial para o desenvolvimento desta política, e possibilidades de apoios, respaldos e publicização das ações. Nesse momento, um conjunto de atividades foram programadas e realizadas visando responder aos objetivos da constituição GTSPN, entretanto, outras ações e atividades não previstas e não dimensionadas foram demandadas pelos gestores e/ ou pelos movimentos sociais, e dessa forma várias frentes foram abertas delineando a organização das ações do GTSPN com prioridade para a implantação do programa de atenção às pessoas com doença falciforme, ações de combate ao racismo institucional, ações com religiões de matriz africana, saúde da mulher negra, juventude negra e violência, com primazia para a qualificação dos profissionais de saúde para atuarem com essa nova demanda.

Embora o volume de atividades operacionais assumidas diante da abertura simultânea de várias frentes de trabalho tenha sido motivo de preocupação por parte de alguns militantes e apoiadores, em face do receio da não sustentabilidade dessas ações a médio e longo prazo, ou até mesmo da sua não efetividade, o entendimento da coordenação do GTSPN era aproveitar ao máximo o momento favorável, de forma a buscar responder ao limite, às demandas por anos reprimidas. Como a ênfase era a realização de diversas e simultâneas atividades, observou-se que, ao longo do desenvolvimento do trabalho, à exceção de algumas ações e atividades, muitas se perderam por falta de monitoramento, e/ou acompanhamento constante.

---

<sup>46</sup> Em um primeiro momento, esse convênio permitiu o repasse de importante aporte conceitual, metodológico e financeiro que propiciou e subsidiou a implantação do CRI na SMS. Além de oportunizar a troca de experiência entre parceiros, em especial entre a SMS, enquanto parte integrante do convenio PNUD/ PMS, e a Prefeitura de Recife/Pe.

Foi essa vontade e determinação em planejar e executar ações com vistas à equidade em saúde que, naquele momento, não só manteve a equipe unida e estimulada frente a eventuais obstáculos, como também obteve o apoio e reconhecimento nacional, o que por sua vez é apontado como elemento facilitador à implantação da PMSIPN na SMS.

[...] cada coisinha que ia abrindo, tinha tanta demanda reprimida ali naquele espaço, que vai chegando uma série de outras coisas pra você fazer que não é possível dar conta de tudo [...] muitas vezes o que estava programado a gente acabava não realizando e fazendo muito mais do que não estava previsto, por conta dessas demandas que iam surgindo, [...] como estava construindo, você não tinha um modelo pronto, você podia até planejar uma determinada coisa, mas era tudo novo e ai na caminhada muitas vezes dizia, talvez seja mais importante responder a isso que está chegando como uma demanda imediata do que fazer aquilo que tinha sido planejado [...] (Entrevistado C).

No início de suas ações, outra importante atividade em que o grupo esteve envolvido foram as Oficinas de Planejamento e Programação Local em Saúde nos Distritos Sanitários de Salvador, realizadas pela Assessoria Técnica da SMS (ASTECC), no período de abril a setembro de 2005, para levantamento e priorização de problemas de saúde da população de cada Distrito, com vistas à elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)<sup>47</sup> 2006-2009, que funcionou como importante espaço de visibilidade da temática trazida pelo GTSPN e de sua aproximação com as equipes de profissionais dos Distritos Sanitários e demais representantes e lideranças comunitárias<sup>48 4950</sup>.

Nesse momento o aporte financeiro do convênio com o PNUD e do Ministério da Saúde possibilitou a confecção de vários materiais informativos e educativos sobre o impacto

<sup>47</sup> Documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema municipal de saúde, realizado de 04 em 04 anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e diretrizes do sistema, ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do SUS municipal. (TEIXEIRA, 2010, p.144).

<sup>48</sup> Na elaboração do PMS 2006-2007 foi utilizada a metodologia participativa de planejamento, inspirada no enfoque estratégico- situacional. Cerqueira (2009).

<sup>49</sup> A finalização do PMS 2006-2009 e sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, em agosto de 2006, implicou também a aprovação da Política de Saúde da População Negra em Salvador estruturada, de acordo com o PMS, a partir de um conjunto de objetivos e ações estratégicas incorporadas às diversas coordenações da SMS encarregadas de promover a qualificação de suas ações de modo a contemplar o reconhecimento e o enfrentamento da problemática específica da população negra, associada objetivos e ações estratégicas sob a responsabilidade direta do GT de SPN, ações estas que implicam na introdução de mudanças nas concepções e práticas institucionais de modo a incorporarem uma perspectiva, que não se limita a reconhecer a especificidade da população negra do ponto de vista epidemiológico e assistencial. (Teixeira, 2009).

<sup>50</sup> Em recente Seminário Prof<sup>o</sup> Paim, relembrar o desenrolar dessas Oficinas, fez a seguinte observação, acerca do momento em que era solicitado aos participantes, técnicos do nível central e dos distritos sanitários que se distribuíssem entre os grupos de trabalhos, problemas /políticas que posteriormente se constituíram nos módulos operacionais do PMS. “E eu ficava furioso e ao mesmo tempo solidário com os representantes do grupo do módulo 7, Política de Saúde da População Negra. Quando eu começava a circular entre os grupos, tinha uma ou duas pessoas, quase ninguém do Estado ou da Secretária, estavam lá no Grupo da População Negra. Ou seja: ‘ eu tô tranquilo, tem esse pessoal aí para cuidar da população negra, porque é que eu vou me preocupar com isso? ’. Tô ironizando, viu: ‘tenho coisa mais importante pra cuidar’. Então esse vício tem que ser mais avaliado [...]”.

do racismo nas condições de saúde e sobre a Doença Falciforme, assim como a organização e realização de eventos e capacitações.

Uma breve análise de conteúdos em Power Point elaborados nessa época pelo GTSPN chama-nos a atenção que, invariavelmente, iniciava-se com uma apresentação da proposta de trabalho do grupo e uma justificativa da existência de uma política de SPN em Salvador. Isso evidencia que, apesar do momento político propício, as resistências faziam-se presentes na instituição, assim como a necessidade de contra-argumentação, com vistas ao convencimento e sensibilização das pessoas sobre a importância da equidade racial em saúde, e consequentemente, do trabalho desenvolvido pelo GTSPN.

No final de 2005, na tentativa de melhor organizar e direcionar as suas ações, de forma a estabelecer prioridades, prazos e resultados a ser obtido, o GTSPN com o apoio da Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde (ASTE) e SEMUR, realizou em suas instalações no Centro Médico da Carlos Gomes, uma oficina de planejamento estratégico, com a utilização do método de análise de viabilidade conhecido como “DOFA” (ou FOFA). (Relatório Síntese – Planejamento Estratégico, 2005).

Esta oficina apresentou os seguintes resultados, no ambiente interno: a vontade política do gestor; criação/ institucionalização do GTSPN; existência de parceiros na SMS; relação com a SEMUR; a liberdade para estabelecer relações interinstitucionais; a gestão participativa; e a composição racial da SMS nos níveis estratégico, tático e operacional foi elencada enquanto elemento facilitador do trabalho do GT.

Enquanto que o desconhecimento do processo institucional, a informalidade das relações institucionais, a fragilidade técnica-administrativa, a existência do racismo institucional, ameaça interna de possibilidade de isolamento e a composição racial da SMS nos níveis estratégico, tático e operacional foram apontados como elementos dificultadores do processo.

No ambiente externo, a composição racial de Salvador, o ambiente favorável para a desconstrução do discurso dominante, representado pelas lutas acampadas então pelos movimentos sociais, o próprio convênio celebrado pela Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) com vistas ao Combate ao Racismo Institucional (CRI) e o apoio de grupos externos, dentre os quais o PNUD, a SEPIR e o Ministério da Saúde (MS) foram vistos como oportunidades. Ao tempo em que o tecido partidário da PMS, a perspectiva de mudança do cenário político em virtude do próximo ano (2006) ser um ano eleitoral, o discurso dominante da “democracia racial”, o racismo institucional e o contexto ideológico/poder foram vistos enquanto ameaça ao fortalecimento ou continuidade do trabalho.

Como resultado, foram redefinidas responsabilidades e divisões de tarefas entre os membros da equipe, com cada uma funcionando de forma mais ou menos autônomas voltadas à gestão dos resultados propostos. Por outro lado, quando necessários juntavam-se esforços na realização conjunta de determinadas atividades.

Outro tema não constante nas atribuições iniciais do GTSPN, mais tarde incorporada, foi a problemática dos Quilombos Urbanos ou remanescentes de quilombos. A primeira ação referente a esta temática aconteceu em 2006 com a elaboração pelo GTSPN, e aprovação pelo Ministério da Saúde em 2007, de projeto visando capacitar equipes multiprofissionais da SMS para trabalharem com a promoção da equidade racial em saúde junto com as comunidades quilombolas e das religiões de matriz africana. As atividades voltadas à capacitação desses profissionais tiveram início em 2008 com a realização de oficinas e seminário.

Ao considerar que as atribuições, inicialmente propostas ao GTSPN, encontravam-se realizadas ou em andamento, o compromisso assumido pela gestão municipal com a implantação de uma política que contemplasse as singularidades da população negra de Salvador e que esta tarefa não poderia ser indefinidamente desenvolvida por um Grupo de Trabalho, nos dias 09 e 10/03/06, com o apoio financeiro do PNUD, através de contratação de consultoria externa, foi realizada uma Oficina de Planejamento Estratégico. (RELATÓRIO FINAL DA OFICINA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, 2006).

Essa atividade teve a finalidade de revisar os objetivos estabelecidos pela portaria 018 de 11/ 02/ 2006; redefinir estratégias de ação com vistas a sua consecução; e contribuir com a definição das linhas gerais de funcionamento de uma instância de saúde da população negra de Salvador, que contribua para a inserção positiva da temática na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Dela participaram os membros do GTSPN, gestores e diversos Pontos Focais.

Como resultado dessa oficina, foi proposta a transformação do GTSPN na Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS), como um órgão permanente da SMS, tendo como estratégia de atuação a articulação entre o nível central, distritos e Pontos Focais, com a missão de “garantir a promoção da equidade racial como diretriz transversal das ações de saúde no município, atendendo aos princípios do SUS”.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Em referencia as ações desenvolvidas até então pelo GT, o relatório fruto dessa oficina assim se coloca, “pode-se afirmar que ao extrapolar os limites estabelecidos em suas atribuições, o GTSPN tornou-se sujeito de suas ações, na medida em que essas deverão, doravante, transversalizar as políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador”. À medida que chama a atenção que “ao adotar um modelo de gestão que lhes forneça ferramentas e suporte técnico profissional que os ajude a melhor definir, implementar, monitorar e avaliar suas estratégias de ação, assim como suas ações propriamente ditas, o grupo necessitará de suporte,

Em 2006, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) lançou a nível nacional o Edital MCT- CNPq / MS-SCTIE-DECIT – Nº 26/2006, para definição de dotação orçamentária específica para constituição de linhas de pesquisas sobre saúde da população negra. O GTSPN envolveu-se em alguns desses projetos, dentre as pesquisas conduzidas através do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, ampliando suas articulações com o mundo acadêmico para além das já existentes através dos pesquisadores negros.

#### 4.3.3 Remando contra a maré

[...] até outro dia a gente tava brigando para que a assessoria fosse reconhecida como assessoria. E a assessoria ainda era vista como algo menos importante dentro da secretária [...] e passam mais três, quatro, gestões para entender que é uma assessoria [...] está sendo assim, é como se você estivesse remando contra a maré. [...] a gestão não prioriza. O investimento e a atenção que é dada a essa temática é quase ínfimo. [...] Agora quando é o mês da Consciência Negra, vamos todos fazer alguma coisa pra dizer que tá fazendo alguma coisa ligada à questão, mas na hora que você vai fazer a discussão de fato, a produção é muito poucas, devidas, vão supor assim, não houve nem a vontade de querer garantir o que já existia. (Entrevistado A).

No início do ano de 2007 a gestão enfrentou grandes dificuldades para condução da política do SUS-Salvador, situação agravada com a morte de um servidor de forma traumática nas suas dependências. Seis meses depois o Secretario de Saúde<sup>52</sup> foi substituído interinamente pelo Secretário de Governo<sup>53</sup>. O caráter provisório da substituição gerou insegurança na equipe técnica da SMS. Em agosto do mesmo ano, assumiu o novo Secretario de Saúde<sup>54</sup> e a seguir, foi nomeada como subsecretária de saúde, uma enfermeira com militância no movimento sindical da saúde. Em outubro houve substituição da Subsecretaria, sendo indicada uma assistente social que também já havia participado da gestão iniciada em 2005 à frente da Ouvidoria e na condução da Política Humaniza SUS-Salvador a ser implantada na rede básica. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2007; CERQUEIRA, 2008).

Em 2008 ocorrem novas mudanças no secretariado municipal, e conseqüentemente na Saúde, o então secretário foi sucedido por um médico cardiologista<sup>55</sup> que permaneceu na Secretaria até outubro de 2010 quando pediu demissão, sendo a gestão assumida por um

---

ainda que transitório, para enfrentar: a escassez de recursos (humanos, materiais e financeiros) disponíveis; a morosidade da máquina estatal e; a instabilidade política em ano eleitoral.

<sup>52</sup> Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza (janeiro 2005 a junho 2007).

<sup>53</sup> João Carlos Cunha Cavalcanti (junho e julho 2007).

<sup>54</sup> Carlos Alberto Trindade (agosto de 2007 a abril 2008), médico-sanitarista, que anteriormente já havia integrado a equipe da Secretaria como coordenador da COAPS.

<sup>55</sup> José Carlos Brito (08/04/2008 a 04/10/2010).



administrador hospitalar, ex-diretor Administrativo e Financeiro do Hospital Santa Izabel<sup>56</sup>, exonerado após dois meses no cargo, e em seu lugar, foi empossado um vereador da cidade do Salvador<sup>57</sup>, que se manteve a frente da SMS até março de 2012, quando então se desligou para concorrer ao cargo de vereador nas eleições desse ano. Em seu lugar tomou posse a subsecretária a qual permaneceu no cargo até o final da gestão, em dezembro de 2012<sup>58</sup>.

Cada novo gestor imprimia ritmo e prioridades próprias, que por vezes, dependiam de suas histórias de vida, suas origens e comprometimentos. Como consequência, acontecia rotatividade das coordenações e gerências de unidades de saúde, e o eterno recomeço das ações de sensibilização e convencimento sobre a importância da política.

[...] **tudo era política de governo. Quem entrava dizia qual era a prioridade** [...] e aí se você for fazer uma análise, com a própria secretaria na gestão dos nove secretários que se passou, você vai ver que **cada secretário cuidou de um jeito** [...] secretários que eram mais ligados à questão de oferta do serviço [...] para onde foi que ele puxou? Ele puxou pra questão da ideia de que saúde se faz vendendo cabeças. A saúde curativa. Você tinha que ter o doente. Aí você não prioriza temática como esta [...] quanto mais o indivíduo doente, [...] vamos supor assim, quem é que gera mais lucro nessa história quando você não dá atenção a questões da população negra [...] (Entrevistado A).

[...] eu estava lembrando que a gente conseguiu, por exemplo, com a área de farmácia, na discussão do REMUME, a relação municipal de medicamento, incluir dois medicamentos de hipertensão que eram os mais específicos para a população negra, por tratar-se de indivíduos que retêm mais líquidos, aí a gente conseguiu incluir e começamos a negociar a fitoterapia, mas então, muda a coordenação, muda o coordenador, muda gestor, muda tudo e aí esse trabalho todo termina ficando no caminho para ser recomeçado [...] (Entrevistado E).

No caso da população negra isso significou a existência de momentos favoráveis com gestores mais sensíveis e abertos à questão, seguidos por períodos alternados de gestões refratárias ou mesmo hostis à temática. Desse modo, as sucessivas mudanças de gestão acabaram por intensificar as precárias condições do setor saúde com repercussão no ritmo de implantação da Política Municipal de Saúde da População Negra em Salvador.

A essa questão soma-se a rotatividade dos profissionais de saúde, decorrente da precarização dos vínculos empregatícios. Tal problemática é mais bem vislumbrada ao considerarmos os recursos empregados na sensibilização e capacitação desses profissionais, que depois se tornaram pessoas chaves na implantação da PMSIPN, e que com as suas saídas

<sup>56</sup> José Saturnino Rodrigues (Outubro a Dezembro de 2010).

<sup>57</sup> Gilberto Jose dos Santos (Janeiro de 2011 a março de 2012).

<sup>58</sup> Tatiana Paraíso (março a dezembro de 2012).

da SMS não se consegue de imediato a sua substituição, ocasionando, em muitas situações, a descontinuidade das ações em processo.

[...] é um trabalho que você acaba tendo a sensação de que tá sempre iniciando, por que como havia essa mudança de pessoal [...] aquilo que a gente falou da importância das oficinas com os coordenadores, chegou um momento em que você sensibilizou todos os coordenadores de nível central, coordenadores de distritos, depois de sei lá, dois anos, [...] dos 12 (coordenadores distritais.) apenas um continuou, todos os outros saíram, então assim, você já não tinha mais uma equipe que desse conta de fazer a atividade de sensibilização desses novos, por que também além de ser um trabalho que você tem de fazer oficinas e tal, acaba sendo também um trabalho de corpo-a-corpo e você, com as ações já planejadas para serem feitas, acabava tendo que priorizar [...] você tinha que dar conta das ações planejadas e ao mesmo tempo estar fazendo a sensibilização dos recém-chegados, o GT se reduzindo, e você sem ter apoio da gestão [...] (Entrevistado C).

Tal situação torna-se alarmante se levarmos em conta o desconhecimento a respeito da PNSIPN e a lacuna na formação dos profissionais de saúde sobre os agravos mais prevalentes nessa população; associado à dificuldade de inserir o tema na educação permanente da SMS e a resistência de alguns profissionais em participarem de capacitações sobre a temática.

A isso se soma a insegurança com relação aos vínculos empregatícios, ocasionando a desmotivação de profissionais que, inicialmente atuantes, frente à possibilidade do desemprego acabaram por, ao longo do tempo, afastar-se das ações em Saúde da População Negra, assim como das demais ações em saúde, limitando o seu fazer cotidiano ao mínimo.

A modificação ocorrida na coordenação da ASPERS, em 2009, significou novo ritmo na condução do GTSPN/ASPERS, e frente às dificuldades encontradas, deu-se prioridades a atividades mais voltadas ao cumprimento das ações programadas e no geral mais voltadas ao público interno da SMS. Assim, deu-se continuidade à realização das ações previstas nos convênios com MS, e celebrados na coordenação anterior. Nesse momento, a equipe que já vinha sofrendo com sua redução, vivenciou novos e importantes golpes, sem que a coordenação conseguisse repor as perdas.

No início do trabalho, a equipe do GTSPN contou com uma ambiência favorável para a sua atuação e desenvolvimento das atividades, associada à carência de um dispositivo legal, que oferecesse diretrizes operacionais ante a complexidade da temática Saúde da População Negra e das atribuições propostas, tendo em vista que, mais ou menos simultaneamente à sua criação e início das suas atividades, também se processava a formulação da Política Nacional.

[...] eu vejo muito assim, essa coisa “do novo”, a gente não tinha um modelo pronto, não tinha referência, para nos dizer tem que ser assim, assim, assado. A própria política de SPN não estava construída, quando começou aqui [...] (Entrevistado C).

[...] enquanto se discutia nacionalmente, o comitê técnico tava discutindo caminhos, formas de sistematizar essa política, aqui se dava a sistematização de alguma forma [...] vejo como um processo paralelo, enquanto lá sistematizava uma coisa para ser escrita aqui se fazia na prática [...] muito do que estava sendo feito aqui são coisas que estão na política nacional de certa forma [...]. (Entrevistado E).

[...] a gente era referência para os outros Estados, foram exatamente levar a experiência nossa [...] (Entrevistado D).

A publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do seu plano operativo estabeleceram diretrizes, estratégias, indicadores e metas orientadoras da intervenção, o que a princípio, trouxe um maior respaldo para a ASPERS, na medida em que sua implantação deixa de ser “coisa da vontade das pessoas”, e passa, com a publicação do Estatuto da Igualdade Social, a ser lei.

Durante o processo, entre a sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde em 2006, na gestão do ministro José Agenor Álvares da Silva, e a sua publicação em 2009, na gestão do Ministro José Gomes Temporão, o cenário político-institucional em Salvador vivenciou diversas modificações, e a ASPERS passou por troca de coordenação e redução substancial da equipe.

Na medida em que as mudanças dos gestores tornaram-se mais dinâmicas, quase que concomitantemente acontecia a redução da equipe ASPERS, sem que ocorressem cobranças do movimento social a SMS, o próprio Conselho Municipal de Saúde mostrou-se sem fôlego para pressionar a gestão nesse sentido.

Nesse caso, algumas questões entrelaçaram-se e nutriram-se mutuamente, na perspectiva das representações dos movimentos. A frustração quanto à expectativa de continuidade das ações da ASPERS no mesmo ritmo inicial, com a realização de grandes eventos de efeitos pirotécnicos, ações essas que a princípio foram importantes para chamar a atenção tanto para a problemática e singularidade da saúde da população negra, como para as ações desenvolvidas pelo GTSPN/SMS, em respostas a essa demanda, associado a certo ressentimento quanto a só serem chamados para “apagar fogo” e esquecidos nos momentos de definição dos caminhos a serem, ou não, tomados, e, portanto, por não se sentirem valorizados.

A ASPERS, por seu lado, viu-se duplamente fragilizada, tanto pela crítica e retração do movimento social, como pela situação de invisibilidade e falta de acesso ao poder decisório dentro da SMS, e assim direcionou suas energias no sentido de pelo menos realizar as ações programadas e relacionadas aos eixos específicos sob a sua responsabilidade direta.

**[...] há uma cultura no nosso país, de que você tem sempre que fazer algo novo, quem entrou tem que fazer alguma coisa para marcar, pra**

**deixar. [...] a gente não pode se desvincular do movimento negro [...] se você faz a discussão e começa a pensar a política a partir de um grupo, só a partir da cabeça de algumas pessoas, você passa a ter espaço de não ter a legitimidade,** começam as coisas a acontecerem, a ser tudo negligenciado e não **tem ninguém para lutar,** entendeu? Para dizer: - olha não mexa com ele não, por que tá comigo, entendeu? Há isso, e há outra coisa importante também que é: quais foram os feitos estruturantes, tipo assim, a gente conseguiu fazer a feira de saúde dos terreiros, mas a gente não conseguiu incrementar o plano municipal de saúde da população negra. Quer dizer **nós também fomos levados um pouco pelas questões populares de ter que fazer alguma coisa,** entendeu? [...] (Entrevistado A).

[...] **uma política de SPN** precisa ter técnicos para a sua efetivação, ela precisa ter uma direção, e ela precisa ter vontade política para que aconteça, [...] **a gente precisa saber, assim qual a vontade política “real” da gestão para que essa política se efetive,** por que a partir desse momento as coisas fluem, a partir do momento que tem prioridade dentro da estrutura [...] do município, as coisas vão fluir com muito mais tranquilidade, a gente não vai ter processos se perdendo, a gente não vai ter **certa desqualificação do trabalho, que nos impede até de saber como é que está funcionando a secretaria,** e se você não sabe como está funcionando a secretaria, você não consegue propor ações [...] (Entrevistado E).

Entretanto, importante passo na busca de diálogo intra e intersetorial aconteceram em agosto de 2010 com a publicação da portaria constituindo o Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra, composto por representantes de diferentes segmentos sociais, com a finalidade de subsidiar o avanço da equidade na atenção à saúde da população negra do Salvador.<sup>59</sup>

A existência do racismo e do racismo institucional, ao tempo que justifica a necessidade da efetivação da Política de Saúde Integral da População Negra, funciona muitas vezes, e quase que simultaneamente, como fator impeditivo da sua implantação, e esse parece ser o grande dilema dessa política, na sua operacionalização. O que remete ao entendimento de que o racismo não é uma questão de opinião pessoal, que ele atua considerando atitudes e comportamentos por vezes não intencionais, e que por sua naturalização, muitas vezes torna-se imperceptível ao imediato, ao passo que a sua destruição exige não só o reconhecimento por tod@s da sua existência, mas uma posição de constante vigilância e alerta.

[...] é a questão do racismo mesmo, da resistência que as pessoas têm de entender a importância, de muitas vezes minimizar, de achar que não passa por ai pela questão racial, mas passa pela questão mais social e econômica, mesmo tendo os dados e tal, a “desconstrução” dessa questão que é secular é o que é mais difícil, é o que acaba emperrando, você começa a perceber isso em pequenas coisas que não andam como deveria andar, em alguns

---

<sup>59</sup> Mesmo antes de estar oficializado, o Comitê Técnico já assumiu a responsabilidade de contribuir para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010- 2013 ao discutir e propor ações a serem incorporadas no referido documento.

processos que são emperrados e que aí a gente começa a entender que esta baseada nessa questão. [...] (Entrevistado C).

Outras dificuldades apresentadas dizem respeito a uma série de fatores que vão desde a baixa cobertura da atenção básica; ausência de rede própria que garanta determinados procedimentos, ocasionando a não integralidade do cuidado; a influência política nos serviços essenciais.

#### 4.3.4 Frente às “dificuldades” a “resiliência”- estratégias utilizadas no enfrentamento e busca de superação das dificuldades

Durante o processo de implantação da política municipal de saúde da população negra, ao vivenciar situações nem sempre favoráveis algumas estratégias foram utilizadas pelo GTSPN/ ASPERS, em busca de “proteção”.

No início do GTSPN a concretização em tempo hábil, das atribuições que lhe deu origem, foi uma importante estratégia, pois demonstrou, entre outras, a competência da equipe ao buscar corresponder às expectativas e compromissos assumidos com a gestão e os movimentos sociais.

A articulação intra e intersetorial, estrategicamente colocada como uma das atribuições do GTSPN foi fundamental para consolidar apoios e dar visibilidade às ações, a partir do diálogo constante com os movimentos sociais, com representações de religiões de matriz africana e com organismos internacionais, nacionais e locais, como o Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID) do Reino Unido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a SEMUR, o Fórum Comunitário de Combate a Violência (FCCV), a Superintendência de Políticas para as Mulheres (SPM), entre outros.

Buscou-se dar caráter de instituição às suas ações, primeiro pela necessidade mesmo da institucionalização da política, por outro lado, percebia-se que alguns profissionais de saúde viam as atividades desenvolvidas pelo GTSPN como iniciativa pessoal, coisa do grupo, e não como parte de uma política de saúde. Junto a isso havia a preocupação com a continuidade das ações.

Assim, a partir de 2006, as ações foram intensificadas, a dimensão racial foi introduzida como um dos eixos temáticos nas Conferências Municipais, um módulo específico introduziu a Política de Atenção à Saúde da População Negra no Plano Municipal

de Saúde e no Plano Plurianual de Salvador<sup>60</sup>, com vistas no último caso, a garantir orçamento para o desenvolvimento das ações previstas, além da anteriormente citada indicação de transformação do GTSPN na Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde, como órgão permanente ligado diretamente ao Gabinete do Secretário.

[...] tudo era assim, documentado, se possível com portaria [...] a gente conseguiu regulamentar através de um decreto, a lei municipal que implantava o programa (de Atenção as Pessoas com Doença Falciforme) que era de 1996, mas ela nunca tinha sido regulamentada. Então a gente conseguiu fazer um decreto que regulamentava essa lei, colocamos a portaria de notificação compulsória, tudo documentado, oficializado. Então, dessa forma, a gente vai construindo esse arcabouço da política aqui, a portaria do comitê técnico de SPN, o GT foi criado através de uma portaria, participamos de toda a discussão de (proposta de criação do novo) regimento (da SMS), então, se consegue ali garantir a questão da assessoria, pelo menos no documento final que saiu daqui da secretaria tá lá posto, não se havia mais discussão, já tava posto ali a questão da assessoria [...] (Entrevistado C).

Com o intuito de capilarizar as ações do GTSN, em especial as referentes ao CRI, atividades foram desenvolvidas buscando criar uma rede de saúde da população negra no município, a partir da estratégia de constituição dos Pontos Focais – trabalhadores da saúde capacitados nos temas que envolvem a população negra e sua saúde, e que atuam nos Distritos Sanitários e demais setores da saúde municipal.

[...] a existência dos pontos focais, a manutenção disso, os pontos focais continuaram se reunindo, com todas as dificuldades que estavam acontecendo na secretaria ao longo desses anos, mas foi algo que se manteve, se reunindo mensalmente, discutindo as ações [...] (Entrevistado C).

Outra ação desenvolvida pelo GTSPN/ASPERS e indicada como importante estratégia frente às dificuldades de investimento financeiro, e a fragilidade de orçamento específico, foi a efetivação de convênios com o Ministério da Saúde, durante o período de 2005 a 2007, com vistas a realização de diversas ações como: a formação e capacitação de Equipes Multidisciplinares para Atuar em Áreas de Remanescentes de Quilombos em Salvador; capacitação de profissionais para Atuação nos Espaços Religiosos de Matriz Africana; capacitação de terapeutas de religiões de matriz africana; capacitação de profissionais de saúde sobre os agravos mais prevalentes; realização de dois seminários internacionais, além de confecção do material promocional (cartazes, folders, banner, cartilhas, vídeos), com o

---

<sup>60</sup> Previsto no artigo 165 da Constituição Federal, e regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998 estabelece as medidas, gastos e objetivos a serem seguidos pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos.

objetivo de divulgar dados identificados no diagnóstico e as ações desenvolvidas pelo grupo visando a construção da Política de Saúde da População Negra de Salvador.

[...] foi fundamental porque todo mundo sabia que as ações da SPN tinham que acontecer, inclusive por que tem convênio que assegura estas ações, [...] que foi assim levando o trabalho até agora, [...] inclusive deu um status interessante para a própria equipe que estava conduzindo o trabalho porque soube captar recursos, internamente para a secretaria isso é um valor que é dado àquele grupo [...] um valor que foi agregado por que a equipe soube captar recursos, e foi o que segurou muitas das ações da SPN por que se dependesse única e exclusivamente dos recursos do tesouro não teria caminhado a metade [...] (Entrevistado C).

Com relação ao Programa de Doença Falciforme, importante foi ter assegurado, desde o início, a responsabilidade do município quanto ao diagnóstico e medicamentos, conforme previsto na Portaria Nº 1.391<sup>61</sup>, ao definir as responsabilidades de cada ente. Assim, os recursos captados através de convênios com o Ministério da Saúde tiveram por objeto capacitação dos profissionais, impressão de material e campanhas.

Com a dinamização das mudanças de gestão ocorridas durante esse período tinham-se momentos muito refratários e a melhor estratégia para a permanência, contraditoriamente, era a invisibilidade.

[...] meio que [...] não chamar muito a atenção inclusive, por que estrategicamente era melhor do que fazer determinados alardes [...] (Entrevistado C).

Por último, mas não menos importante, outra estratégia assinalada referiu-se à própria permanência dos membros da ASPERS.

[...] já que muitos estão lá e nem direito a cargo tem. Então a gente tá lá e perde [dinheiro]. Aí você pegar pessoas que já tem interesse pela temática pra continuar ali, é uma estratégia. É uma estratégia utilizada pra isso, entendeu [...] (Entrevistado A).

#### 4.3.5 Pontos fortes na implantação da PMSIPN em Salvador - atividades importantes realizadas pelo GTSPN/ ASPERS

A elaboração e divulgação do Diagnóstico de Saúde da População Negra, ocorridas nos anos 2005 e 2006, respectivamente, foram apontadas, juntamente com a criação da estratégia dos Pontos Focais, como eventos que simultaneamente, marcaram o processo de implantação da PMSIPN e funcionaram como elemento facilitador da sua institucionalização.

O Diagnóstico de Saúde da População Negra teve como objetivos: identificar os principais problemas de saúde que acometem a população negra de Salvador; levantar as

<sup>61</sup> Portaria Nº 1.391, de 16/08/ 2005, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

falhas do sistema de saúde no atendimento destes problemas; traçar um perfil epidemiológico da situação de saúde do município, como uma ferramenta para fundamentar o planejamento das ações; e divulgar a realidade de Saúde da População Negra de Salvador. Seu lançamento ocorreu durante a cerimônia de abertura da VIII Conferência Municipal de Saúde<sup>62</sup> e, no mês seguinte, em concorrido evento realizado em espaço do Solar do Unhão.

[...] outra coisa importante foi à elaboração do diagnóstico de saúde da população negra, com o diagnóstico a gente estava trabalhando com dados factíveis, reais, então não tinha como se contrapor aos dados que estavam sendo apresentados, e dados produzidos com a realidade de Salvador, não era aquela coisa de dizer era de São Paulo, Rio, não; eram dados de Salvador, então com isso nos tivemos certa facilidade [...] (entrevistado C).

Bem publicizado, discutido na SMS e na academia, a partir desse diagnóstico que a dimensão racial foi incorporada na análise da situação de saúde em Salvador nos dois últimos Planos Municipais de Saúde.

A discussão do Combate ao Racismo Institucional na área de saúde, que abrange toda a instituição, implicando o envolvimento de todos os profissionais e gestores, teve início com a realização de oficinas de abordagem e identificação do racismo, que apresentaram como resultado a elaboração de um diagnóstico de como o racismo e o racismo institucional operam na Secretaria e de um plano de ação com vistas à sua prevenção e destruição, pressupondo que é preciso tornar visível o racismo para que as instituições possam destruí-lo, quando se manifesta nas relações de trabalho, nas atitudes e práticas de seus funcionários, nas suas ações finalísticas, bem como preveni-lo através de novas normas e procedimentos capazes de contribuir para a mudança da cultura institucional, ao tempo em que demonstrava a preocupação com o fortalecimento e continuidade das ações propostas.

Embora que a discussão do Racismo, do Racismo Institucional e outras discriminações em saúde não se restringiam à criação dos Pontos Focais, essa proposta possibilitou, dentre outras coisas, a instituição dos Núcleos Distritais de Saúde da População Negra e posteriormente, com o desenvolvimento das suas ações, a formação da rede de Saúde da População Negra. Entre 2007 e início de 2008 essa rede estava praticamente formada, porém ainda muito dependente da atuação próxima e constante da ASPERS. Observa-se então, que a

---

<sup>62</sup> A VIII Conferência Municipal de Saúde aconteceu em Salvador, nos dias 4, 5 e 6 de maio de 2006, no Hotel Fiesta Convention Center, com o seguinte tema “*Salvador na Gestão Plena e a Saúde de todas as Raças*”. Durante a Conferência, o GT, coordenou as atividades do subgrupo que elaborou propostas com relação à equidade para a população negra no SUS. Dentre as conquistas da população negra, foi aprovada a proposta de inclusão do quesito raça/cor em todos os formulários utilizados pela Secretaria de Saúde do Município, a notificação compulsória da pessoa com Anemia Falciforme e a criação da Assessoria da Equidade Racial. Sendo que essa última deliberação constituiu-se em resolução do Conselho Municipal de Saúde, em documento de 16 de abril de 2008.



fragilização desta instancia associada aos demais processos que marcaram a gestão da SMS nesse período, levaram ao desmoronamento de alguns desses núcleos, ao serem atingidos em cheio na sua capacidade de articulação interna. As atuações, contudo, continuaram ocorrendo por vezes de forma pontual e isolada, ou seja, alguns núcleos distritais desapareceram, mas os pontos focais continuaram. Enquanto outros Núcleos Distritais mesmo com as pernas bambas continuaram persistentemente em pé.

[...] acho que isso realmente foi uma coisa assim bem interessante por que você agrega muitas pessoas e você fortalece a ponta [...] (Entrevistado B).

[...] que de qualquer forma mesmo dentro dessa situação, da dificuldade, até da dificuldade de estar discutindo com eles, são pessoas que ainda mantêm o compromisso, e que continuam fazendo o trabalho acontecer lá na ponta, lá na assistência, a discussão continua acontecendo [...] (Entrevistado C).

O trabalho com as Religiões de Matriz Africana, permitindo a interlocução entre saberes diferente e, por vezes, antagônicos, quanto à concepção e formas de intervenção no processo saúde–doença, mas que, entretanto, podem perfeitamente funcionar não só com terapêuticas alternativas, mas como complementares entre si, acaba por questionar a hegemonia da medicina convencional ao chamar a atenção para o papel histórico dos terreiros enquanto local de cuidado e preservação da saúde, em especial de uma população historicamente excluída dos vários sistemas de saúde oficiais e anteriores ao SUS.

[...] a articulação com as religiões da matriz africana [...] você esta trazendo outro grupo que ficava um pouco á margem e a gente conseguiu tá integrando dentro, dentro da política e a própria atuação da secretaria para este grupo que era tímida, com a criação desse grupo de trabalho de saúde da população negra, a gente teve uma aproximação maior com as religiões de matriz africana [...] (Entrevistado B).

Ações como as feiras de saúde nos terreiros, encontros de Yabás e de Orobós<sup>63</sup>, rodas de conversas, oficinas e seminários abriram possibilidades de desmistificação da religião do Candomblé enquanto uma religião menor, primitiva, colocando em evidência e questionando a existência da intolerância religiosa na saúde, na medida em que propõe novas práticas em saúde que respeitem, considerem e incluam esse segmento populacional.

[...] combater a dengue de forma diferenciada nos terreiros [...] já que eles têm o culto a vários objetos, tipo: tem a quartinha e os agentes de saúde entravam lá: - tá amarrado em nome de Jesus, ou jogava lá o pozinho sem licença, mas tem [que] saber que pra eles representa a presença de uma entidade [...] (Entrevistado A).

A discussão do quesito cor, que na SMS passou, inicialmente, por sua inserção no sistema de informação municipal, o SALUTE; campanha; confecção de material ilustrativo

---

<sup>63</sup> Palavras em iorubá, que designam respectivamente mulheres e homens de terreiros.

com uso de imagem de servidores; e capacitações realizadas a nível central e distrital sobre a sua importância e o seu adequado preenchimento, utilizando como referencia os critérios utilizados pelo IBGE, ou seja, a sua autodefinição entre as opções, branco, preto, pardo, indígena e amarelo, tendo em vista a produção de uma informação em saúde mais adequada para a população.

[...] a questão do quesito raça/cor [...] que pra muitos é algo irrelevante, é algo que não deveria /que é só marcar lá que você é negro, se você é pardo. Mas que não é. É algo que de fato traz dados que comprovam, [...] esses dados serve pra isso, pra mostrar que há uma negligencia e também pra priorizar qual o publico alvo, você tem que ter uma política prioritária. (Entrevistado A).

Outro ponto forte indicado no processo de implantação da PMSIPN foi o fortalecimento do cuidado às pessoas com Doença Falciforme a partir da implantação do seu Programa, que segundo alguns entrevistados, insere-se como uma das mais importantes propostas de atenção integral à saúde da população do município, e que tem servido de referência a outros programas, Estados e Municípios do Brasil e para outros Países.

[...] a anemia falciforme [...] acho que foi realmente uma coisa interessante e é um trabalho que tem avançado muito na secretaria tanto que tem sido foco de experiências até que tem viajado muito para apresentar como está sendo implantada em Salvador, a própria Secretaria de Estado que tem pouca experiência tem buscado um assessoramento aqui nessa secretaria de saúde, então é um ponto que avançou e que continua avançando ainda que a gente tenha tido muitas mudanças políticas e da gestão [...] mas em relação à atenção à anemia falciforme eu acho que realmente tem dado um avanço em vez de retrocesso. (Entrevistado B).

A princípio, sob a responsabilidade direta do GTSPN, à medida que o programa ia sendo implantado percebeu-se a necessidade da sua alocação na Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde (COAPS), setor da SMS que tem por finalidade coordenar, apoiar, monitorar e avaliar as ações e serviços de Promoção e Assistência à Saúde com vistas ao desenvolvimento dos Distritos Sanitários assegurando o cumprimento das metas estabelecidas na política de Saúde do Município. (Dec. nº 13.661/11/06/2002). Talvez este tenha sido um passo importante, embora não único, para a sua consolidação na SMS, na medida em que facilitou o diálogo constante com as demais áreas técnicas, de forma a transversalizar suas ações.

[...] consegui (transversalizar as ações de Doença Falciforme) e ai facilitou, fez com que as áreas e as coordenações passassem a ir entendendo aos poucos, e isso foi um processo gradativo, não foi da noite para o dia, a gente tá desde 2005 implantando, ai foi incorporando isso nas suas ações, então a gente já consegue determinadas áreas aqui, a gente já consegue, fazer uma articulação assim muito, muito, legal, a área técnica de alimentação nutrição,

saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde bucal, então já consegue entender [...] Entrevistado C.

A relação entre a Política de Saúde da População Negra e o Programa de Atenção as Pessoas com Doença Falciforme, parece ser uma questão que precisa ser mais bem discutida e avaliada. Pois se por um lado entende-se que a implantação do Programa fortalece a Política ao apresentar a invisibilidade da Doença Falciforme, entendida como uma doença prevalente na população negra, como exemplo de como o racismo institucional opera, por outro, corre-se o risco, que não deve ser minimizado, de considerar que, implantado o Programa, encontra-se resolvida à questão da saúde da população negra.

[...] acho que a implantação do programa [de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme] acaba contribuindo muito com a questão da política de saúde da população negra de forma em geral, [...] vai quebrando barreiras por que vai mostrando que realmente tem este diferencial não é simplesmente por que acha que tem, não, isso aqui tá comprovado é mesmo e se não tiver, por exemplo, o programa existindo, [...] para você garantir que se faça a compra de determinado medicamento, como é o caso da penicilina oral, como é que se faria antes? Antes não tinha o medicamento na rede, então isso comprova a necessidade de se fazer uma política realmente incluindo esta dimensão. [...] com a implantação do Programa as ações [...] voltadas para a formação dos profissionais é sempre feita se baseando na discussão da questão racial, trazendo a doença como uma doença prevalente na população negra, mostrando a invisibilidade que a doença sempre teve como fruto desse racismo e que implantar o programa é fazer uma ação afirmativa, é romper com o que tá posto. Na medida em que a gente consegue ir avançando, ir cada vez mais institucionalizando o programa na secretaria de saúde, a gente está concomitantemente institucionalizando também a política de saúde da população negra, até porque na própria política nacional um [...] dos eixos é a implantação do programado [...] (Entrevistado C).

[...] a anemia falciforme teria que ter uma discussão por dentro da saúde da população negra, [...] a gente não pode partir de uma perspectiva de que todo negro tem anemia falciforme, ou, e ainda que, a hipertensão tá matando mais que a anemia falciforme, o AVC tá matando mais negro do que a anemia falciforme, a diabetes tá matando mais, é uma linha de cuidado que a gente tem que ter, [...] mas que não é por si só, e aí [...] você descola, você leva ela (a atenção às pessoas com doença falciforme) para linha do cuidado e aí você consegue tratamento, você consegue uma articulação, [...] quando se poderia estar discutindo o todo. [...] (Entrevistado C).

Apesar de não publicada ainda em portaria, o processo de formulação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra, que contou com a participação de diversos seguimentos do movimento social, profissionais de saúde do município e do Estado da Bahia, e representação de outros órgãos da PMS na sua elaboração, e posteriormente foi discutida e aprovada pelo Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra foi outra ação considerada como marco no decorrer das atribuições da ASPERS.

Outras atividades apontadas como ponto forte na implantação da política foram as diversas capacitações promovidas para vários atores (profissionais de saúde, gestores, lideranças da sociedade civil etc) realizadas através de cursos, seminários, rodas de conversas, grupo de estudo etc. O intercâmbio com outros municípios e Estados, por intermédio de suas secretarias de saúde. Divulgação sobre o AINHUM, chamando a atenção sobre o desconhecimento da doença e da necessidade de estudos que possam reverter em melhorias da atenção aos seus portadores. Parcerias como as realizadas com o PNUD quando da implantação do Combate ao Racismo Institucional e com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), no qual a ASPERS encontra-se envolvida enquanto membro do GTUNFPA.

#### 4.3.6 Pontos fracos na implantação da PMSIPN

A despeito de todo o percurso realizado, de acordo com os entrevistados, o não monitoramento de ações desenvolvidas, quer seja por ausência de prioridade ou por falta de condições objetivas da sua realização, foi assinalada como um ponto fraco na implantação da Política de Saúde da População Negra em Salvador.

[...] a discussão tem de acontecer dentro de todas as áreas técnicas, então vem se dando com algumas dificuldades [...] para estar monitorando, a gente consegue chegar, consegue pactuar com as áreas técnicas, mas depois não consegue monitorar e essa é uma questão que se não se tiver muito presente, no dia-a-dia, termina se perdendo, termina se esvaindo nas áreas técnicas [...] (Entrevistado E).

É a transversalidade, ou melhor, a sua falta, que reiteradas vezes é assinalada como o ponto fraco no processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra.

#### **4.4 Juízos de valor dos atores em relação à implantação da política de saúde da população negra**

A apreciação dos entrevistados quanto à implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra apresentou semelhantes enunciações avaliativas para a implantação da política percebida a partir de dois momentos distintos desse processo.

O primeiro momento corresponde aos três primeiros anos 2005 a 2007 período da formulação e começo do processo de implantação da Política em Salvador, considerado “um

momento de avanço muito grande”, em que “teve/ fez um boom”, “foi assim um momento áureo da Saúde da População Negra”.

Período marcado por uma conjuntura local, nacional e internacional, favorável às ações afirmativas, no qual sobressaem os primeiros passos de um governo municipal de gestão participativa; ações na área de saúde focada nos princípios e diretrizes que norteiam o processo de construção do SUS; primeiro secretário de saúde desse governo, sensível à questão racial e bem articulado com o Secretário da Reparação; gestor da reparação com entendimento da missão da SEMUR como transversal às demais secretarias e órgãos da Prefeitura de Salvador; pressão do movimento civil, em especial, dos vários segmentos do movimento negro; existência de recurso financeiro externo; apoio do Ministério da Saúde e de organismos internacionais.

No âmbito da Secretaria Municipal da Saúde: coordenação do GTSPN bem articulada com os movimentos sociais e a academia; liberdade para estabelecer relações interinstitucionais; equipe fortalecida, com acesso facilitado ao poder decisório dentro da SMS, o que resultou na abertura de várias frentes de trabalho e na realização simultânea de diversas ações e atividades.

[...] **teve um momento de avanço muito grande, durante uns dois anos e meio, mais ou menos, de 2005 a 2007**, a gente pode dizer que houve um avanço da implantação dessa política na secretaria [...] (Entrevistado B).

[...] **os três primeiros anos 2005 a 2007, teve um boom** com várias capacitações, várias pessoas se envolvendo [...] as ações acontecendo [...] muitas atividades acontecendo ao mesmo tempo, então **foi assim um momento áureo da SPN** [...] tinha uma “equipe mais fortalecida” [...] tinha a gestão que tava apoiando [...] reconhecimento nacional [...] do que estava se fazendo aqui em Salvador [...] (Entrevistado C).

**Primeiro** [...] **fez o boom**. [...] começou ter as feiras no terreiro, começou ter a discussão da dengue nos terreiros, começou a ter a ideia da anemia falciforme [...] Teve a ideia da discussão dos pontos focais, porque havia a vontade do secretário. O gestor tinha a vontade de priorizar essa temática [...] (Entrevistado A).

O segundo momento corresponde ao período posterior até final de 2012, período avaliado pelos entrevistados com relação à implantação da PMSIPN com as seguintes expressões de valor: “houve uma recaída”, “houve uma parada”, “houve realmente um recuo em relação à política”, “é como se estivéssemos remando contra a maré”.

Período marcado por importante ganho normativo, a publicação nacional da Política de Saúde Integral da População Negra, porém, também assinalado por uma ambiência nem sempre favorável ao fortalecimento, ampliação ou manutenção dos ganhos inicialmente alcançados no processo de implantação da PMSIPN.

Em Salvador, a ocorrência de várias crises e mudanças no cenário político municipal foi a tônica com certa retração dos movimentos sociais o que importou na falta de cobranças mais sistemática aos gestores de saúde e da reparação quanto ao apoio e fortalecimento a ASPERS e suas ações; ausência de apoio técnico, monitoramento e cobrança mais efetiva à ASPERS/SMS por parte do Ministério da Saúde, através do seu setor responsável pela PNSIPN, que por sua vez também não conseguiu costurar dentro do ministério a Política para poder então cobrar as outras esferas de gestão o que foi pactuado.

No âmbito da secretaria da saúde: a instabilidade de gestão, rotatividade de gestores e de prioridades; ausência de priorização da temática por parte das gestões que se sucederam na SMS; pouca ou quase nenhuma articulação dessas gestões com a SEMUR; contingenciamento dos recursos com importante repercussão nas ações programadas e voltados para a SPN; a questão racial considerada como coisa menor frente às várias emergências surgidas cotidianamente (atitude gerencial de “apagando incêndios”), ao qual se soma o estilo de gestão mais ou menos fechada; diante da não cobrança dos gestores os profissionais se acomodam; aumento da rotatividade dos profissionais; sensível redução da equipe da ASPERS.

[...] **a partir de 2007** com as mudanças constantes de secretários, então acho que **houve uma recaída**, houve um retrocesso, um pouco, não diria nem um retrocesso, **houve uma parada na implantação dessa política; houve realmente um recuo** em relação à política, (Entrevistado C).

[...] está sendo assim, **é como se você estivesse remando contra a maré**. É como se você estivesse um local tem pessoas de boa vontade, tem pessoas que querem ver a coisa acontecer, entendeu. Tem pessoas que são qualificadas para fazer, mas que **a gestão não prioriza. O investimento e atenção que é dada a essa temática é quase ínfima** [...] acho que **a política é muito levada assim como o barco que tá remando contra a maré** [...] **não se renova, não se prioriza pra poder ampliar**, e também **não se garante a manutenção daquilo que foi criado** [...] (Entrevistado A).

[...] **hoje eu diria que ela tá muito fragilizada, em 2012 eu diria que ela está muito fragilizada** e a gente tem que ter um olhar atento, por que senão a gente corre o risco de novo de ter **as conquistas um pouco adormecidas**, então eu acho, nós **estamos em um momento crítico**. (Entrevistado B).

Numa concepção ampliada a todo o período, consideram que embora tenha havido avanços, de fato a política ainda não foi plenamente implantada na SMS de Salvador, percebe-se que esta avaliação toma como referência basilar a não plena efetivação da transversalização da Política e a não publicação de Portaria instituindo Política Municipal de Saúde Integral da População Negra, documento largamente discutido e aprovado pelo Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra.

[...] houve avanço, não um avanço da forma que a gente gostaria, mas um avanço. [...] **acho que foi positivo de qualquer forma, ela continua**

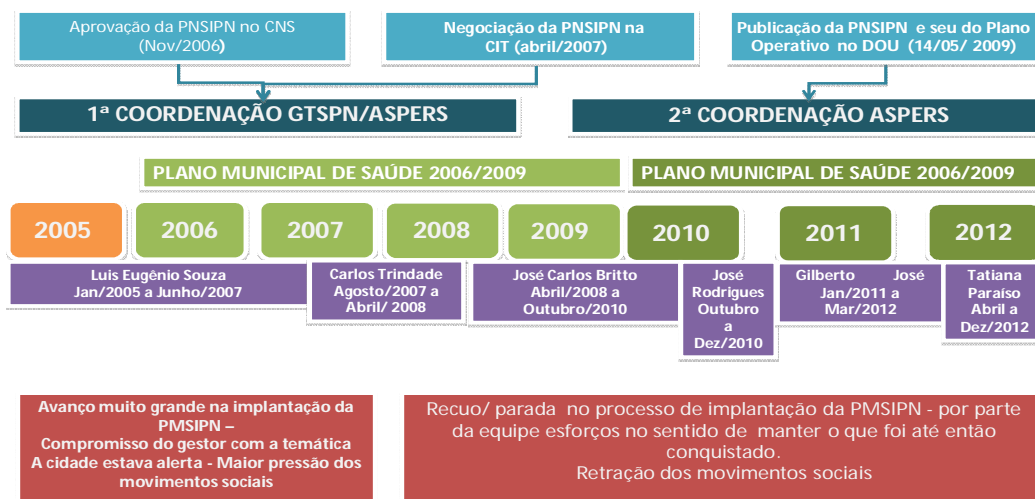
acontecendo “mesmo” com as dificuldades que a secretaria vem sofrendo ao longo do tempo aqui [...] (Entrevistado D).

[...] eu vejo como um avanço da realidade, apesar de toda a dificuldade, [...] não foi assim, passos largos que se pretendia, mas foram passos importantes, para efetivação mesmo dessa discussão da percepção dessa política como necessária e essencial mesmo para um (SUS) inclusivo, que eu acho que a grande proposta é essa, é um SUS que atenda a todos, [...] de acordo com sua necessidade, **ainda não estamos lá, mas já se fez uma ambiência para que isso se estabeleça.** (Entrevistado E).

[...] olho o **processo** assim **como altos e baixos** [...] vamos supor assim, você teve, e aí eu não quero ser injusto, espero que eu não seja assim. Você teve **algumas ações mais fortes em determinado momento e outra com menos força, mas que não culminou de fato na implantação da política integral.** Vamos supor assim, **a política integrada, ela não existe, é uma luta grande ainda do movimento [...].** Mas que **está lá parada ainda a discussão da efetivação da política.** E aí se você for parar pra notar, você vai ver que **a gente não conseguiu fazer a transversalidade** entendeu. (Entrevistado A).

**FIGURA 2**

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM SALVADOR/Ba.**



2ª Etapa

**4.5 Como se configura no DSCH, a implantação do Combate ao Racismo Institucional.**

A constituição das representações de Saúde da População Negra nas unidades de saúde e setores da SMS (Pontos Focais) foi apontada de forma consensual pelos entrevistados na 1ª etapa do estudo, como um elemento facilitador no processo de implantação da PMSIPN, assim como uma importante estratégia utilizada no enfrentamento e busca de superação das adversidades.

Nessa etapa do estudo apresenta-se e discute-se como se configura a implantação do combate ao racismo institucional no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador ao tomar por referência as falas dos seus Pontos Focais, a partir do seguinte pressuposto: os núcleos distritais de saúde da população negra são formados por atores que compartilham a tarefa de promover a equidade racial na SMS.

#### **4.5.1 Toda estrada tem um começo**

A ideia de constituir representações de saúde da população negra nos diversos distritos sanitários e setores, os chamados Pontos Focais, surgiu em julho de 2005, durante a “I Oficina de Identificação de Abordagem do Racismo”<sup>64</sup>, um dos primeiros passos para a implantação do Combate ao Racismo Institucional (CRI) na Secretaria Municipal de Saúde da Salvador (SMS).

Essa oficina gerou os subsídios para a elaboração de um diagnóstico da situação de racismo na SMS, com base em duas dimensões de análise, interdependentes e correlacionadas, a das relações interpessoais e a político-programático, levando à construção de um plano de ação, por meio de três ações estratégicas:

- Promover o respeito à diversidade nas relações de trabalho e no atendimento aos usuários;
- Dar visibilidade à necessidade de prevenir e combater o racismo institucional na SMS;
- Garantir a institucionalização das ações em Saúde da População Negra e o combate e prevenção do racismo institucional.

A formação dos Núcleos Distritais de Saúde da População Negra (NDSPN), com a identificação de profissionais que atuassem como disseminadores das ações do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN), nos respectivos distritos sanitários/setores, os chamados Pontos Focais, foi a estratégia proposta para garantir a sustentabilidade das ações.

---

<sup>64</sup> A Oficina de Identificação de Abordagem do Racismo, conduzida pelo Instituto AMMA - Psique e Negritude teve como objetivo introduzir a discussão sobre Racismo Institucional na SMS e contou com a participação dos Coordenadores, Subcoordenadores e Assessoria Técnica da SMS; a partir de abordagens participativas e inovadoras estes foram levados à reflexão e identificação de situações no seu cotidiano profissional que evidenciassem o que conceitualmente é denominado de racismo institucional: “(...) o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes ou comportamentos que denotam discriminação resultante de preconceito inconsciente, ignorância, falta de atenção ou de estereótipos racistas que colocam grupos étnicos em desvantagem”.



#### **4.5.2 A Constituição dos Pontos Focais**

Respondendo à solicitação do GTSPN, algumas coordenações dos distritos sanitários e setores da SMS designaram um ou mais servidores como representantes de saúde da população negra no seu respectivo distrito/ setor. O esforço inicial foi direcionado para o balizamento conceitual do chamado Ponto Focal, suas competências e/ou atribuições e para o estabelecimento de acordos e compromissos.

A partir daí, definiu-se Pontos Focais como representações de Saúde da População Negra (SPN) nos diversos distritos sanitários e setores, com participação voluntária, independentemente do cargo/função do trabalhador na instituição, tendo como pré-requisito a sua identificação com o tema e ser sensível às demandas da saúde da população negra.

Logo de início, foram evidenciadas algumas questões que dificultaram este trabalho, como a desatenção de algumas coordenações em relação à SPN e ao CRI, refletida na falta de critérios na indicação dos Pontos Focais, implicando rotatividade de representação, além da necessidade de capacitação dos Pontos Focais, pois mesmo motivados e comprometidos, não se sentiam qualificados para a discussão da temática.

No caso do DSCH, o profissional inicialmente indicado pela coordenação para atuar como referência em saúde da população negra não se identificou com o tema do trabalho, só vindo a constituir essa representação a partir do final de 2006, quando então o distrito passou mais efetivamente a participar das ações em Saúde da População Negra.

#### **4.5.3 Núcleos distritais compoendo a rede de Saúde da População Negra de Salvador**

A proposta de formação dos núcleos distritais surgiu com o intuito de criar uma rede de pontos focais nos distritos. Para intensificar o processo, diversas sugestões foram executadas, como a realização de mais reuniões para discutir questões locais, considerando as especificidades de cada distrito; melhoria da comunicação; participação do GTSPN/ASPERS nas reuniões promovidas pelas coordenações distritais com seus gerentes; reunião da Comissão Executiva de Distritos Sanitários (CEDES); expansão das oficinas do CRI a outros funcionários. (BASTOS & BITTENCOURT, 2010).

É importante assinalar que é baseado nas potencialidades, mas, principalmente, por meio de proposições para superação dos obstáculos, que foi e vem sendo forjada a estrutura organizacional dos núcleos distritais de SPN. Por exemplo, ao se verificar que os núcleos foram mais facilmente organizados nos distritos sanitários onde os Pontos Focais pioneiros

atuam nas sedes dos distritos, definiu-se que cada distrito deveria ter de um a três Pontos Focais na sua sede – os Pontos Focais Distritais, e pelo menos um Ponto Focal em cada uma das suas unidades de saúde, os chamados Pontos Focais de Unidades. (BASTOS & BITTENCOURT, 2010).

Os Pontos Focais, como qualquer outro profissional, por sua ocupação ou trabalho, têm um “campo” ou “espaço” de atuação próprio e, apesar de dispostos a participarem, sofrem limitações próprias do seu campo de atuação. Essa situação, se não observada, pode gerar angústias e desestímulos. Baseado nisso, percebeu-se que o apoio constante da ASPERS era fundamental para identificar possíveis formas de atuação e minimizar estas limitações.

Inicialmente, ficou definido que cada uma das técnicas da ASPERS atuasse como membro dos núcleos distritais/setoriais, de forma regular e participativa, com o intuito de mediar, apoiar e dar assistência aos distritos e setores visando à manutenção destes núcleos, funcionando essencialmente como facilitadoras da intercomunicação.

Esse cuidado é importante ao considerar que todo o processo visa à modificação do campo de atuação profissional, de forma a incluir a dimensão racial no seu fazer cotidiano. Assim, se por um lado é importante respeitar os limites de atuação de cada um, principalmente no que diz respeito ao seu poder de decisão, por outro, deve-se contribuir para abrir caminhos para novas (e desejáveis) práticas, incentivando a criatividade, estimulando atitudes saudáveis, pautadas no respeito à dignidade humana.

Com a posterior redução da equipe, esse trabalho ficou comprometido, momento no qual o Ponto Focal Distrital, que já era um elemento importante de articulação, passou a ter um papel fundamental na manutenção dos Núcleos e continuação do trabalho.

#### 4.5.4 O Núcleo de Saúde da População Negra do DSCH: forma de organização institucional



O Núcleo de Saúde da População Negra (NSPN) do DSCH conta atualmente com 14 Pontos Focais, profissionais que exercem suas atividades em 11 dos 13 equipamentos da rede básica do DSCH, somados os pontos focais que atuam na sede distrital, o que representa aproximadamente 83% de cobertura.

Em termos da sua composição o NSPN é atualmente constituído por seis assistentes sociais; 01 psicóloga; 01 Técnica de enfermagem; 01 eletricista; 01 atendente de odontologia; 03 Agentes Comunitário de Saúde, e de 01 chefia administrativa. Desses, 79 % é do sexo feminino, refletindo a tendência apontada por diversas pesquisas quanto à concentração das mulheres – especialmente as negras – no setor de serviços sociais, grupo que abarca serviços de cuidado em sentido amplo (educação, saúde, serviços sociais e domésticos).

Deste estudo participaram nove do total dos Pontos Focais do distrito, que no geral tiveram o primeiro contato com a temática Saúde da População Negra a partir da sua participação em oficinas e seminários realizados pelo GTSPN/ASPERS, de 2005 a 2009.

A discriminação racial como elemento estruturante das relações sociais foi e tem sido o eixo central sobre o qual são organizadas e programadas oficinas, seminários, cursos e rodas de conversas levadas a efeito pelo GTSPN/ ASPERS, desde o início das suas atividades, assim como o entendimento que só através da sua visibilidade é possível a sua destruição.

Nesse sentido, em 2006 foram realizadas algumas oficinas de “Formação de Profissionais de Saúde para o Combate ao Racismo Institucional”, com o objetivo de desenvolver entre estes, habilidades que lhes permitissem identificar o racismo institucional no cotidiano do trabalho, propor formas para sua superação, assim como subsidiar o debate sobre a redução das iniquidades raciais em saúde, abordando a importância da adoção de políticas de saúde da população negra no âmbito do SUS. Participaram das oficinas em torno de 400 trabalhadores de saúde, de categorias profissionais diversas, assim como, coordenadores, gerentes e chefes de setores, dentre os quais alguns dos atuais pontos focais do DSCH.

Nos anos seguintes, houve um refinamento do instrumental metodológico utilizado nas oficinas com a incorporação de alguns referenciais teóricos como os conceitos de interseccionalidade e vulnerabilidade na abordagem do racismo, do racismo institucional e intolerância religiosa, na medida em que foram acionadas ao enfoque racial, questões relacionadas a outras formas de opressão existentes na sociedade tais como, o sexismo, o machismo, a xenofobia, a homofobia, a lesbofobia e o seu enfrentamento. Também dessas, participaram alguns dos Pontos Focais do DSCH.

A propósito da importância desses eventos referem que o conhecimento adquirido contribuiu para a percepção das várias situações de discriminações, não só vivenciadas no seu cotidiano, mas também, as presenciadas em seu local de trabalho, em especial, com relação aos usuários. Ao mesmo tempo possibilitou adquirir argumentos para enfrentamento do preconceito e da discriminação racial, permitindo a aquisição de conhecimentos úteis para além do setor saúde, somado à aquisição de informações sobre a SPN e o estímulo em continuar apreendendo sobre o tema e evidenciar a possibilidade real de implantação de uma política de SPN na cidade.

Essas oficinas, ao oportunizar a aproximação com o tema SPN, mas principalmente a elaboração do preconceito e discriminação racial, funcionou também como elemento chave para a constituição dos Pontos Focais e posterior criação dos núcleos distritais, contudo, essa construção não teria sido possível sem a atuação do Ponto do Focal distrital.

[...] Porque a Ponto Focal Distrital foi quem veio me fazer o convite. E segundo ela, devido aos trabalhos que eu venho desenvolvendo dentro da unidade em relação a isso. Ela achou que eu tinha o perfil pra eu está inserido e me fez o convite. Então no Distrito Sanitário se deu devido ao Ponto Focal Distrital, assistente social. [...] (Participante 9).

[...] primeiro o Ponto Focal Distrital foi o nosso referencial [...] E realmente nós tínhamos que ter uma pessoa que nos reunisse que não poderia ser só uma reunião a nível central. O nível central passaria mais informação à gente [...] seria assim como se fosse o nosso condutor, e também, que nos dirigisse ou que nos orientasse, de como a gente deveria agir, de como a gente estava fazendo, procurando saber [...] (Participante 6).

Assim tem sido no DSCH, cujo profissional identificado como o Ponto Focal Distrital, apesar da sua sobrecarga de atribuições e responsabilidades, tem tomado a seu encargo a execução das ações da Política de Saúde da População Negra, incluindo dentre elas a formulação e manutenção do próprio Núcleo Distrital, desde a sua composição ao identificar potenciais Pontos Focais, até convidar, convocar seus membros a participar de periódicas reuniões nas quais ocorrem discussões relacionadas à temática SPN, as atribuições dos PF, planejamento e avaliação de atividades de saúde da população negra no distrito, em geral efetivadas em articulação com a ASPERS. Funcionando, pois como, estimulador, referência e condutor das decisões tomadas pelo grupo.

#### **4.5.5 Vivências do racismo**

Embora tod@s tenham sido unânimes quanto ao desconhecimento prévio do Racismo Institucional, uma vez que observavam, vivenciavam, mas não o identificavam por falta de

instrumental teórico, as discriminações vivenciadas ou presenciadas foi um tema recorrente durante todo o processo de realização do grupo focal, muitas vezes, conceitos, percepções e concepções eram explicitados por tais exemplos.

O racismo internalizado como proposto por Jones (2010) refere-se à forma como o racismo interfere na autoimagem dos negros, tendo em vista que esta construção é uma dimensão importante, da subjetividade dos indivíduos, quando construída dentro de um contexto sócio- histórico marcado por valores negativos atribuídos ao ser negro, acaba por criar imagens inferiorizadas de si, como daquele lhe é semelhante, quase sempre de forma irrefletida.

“Eu tava aqui na Av. Sete com uma pessoa que fazia compras, e aí a gente andando, aí a gente viu um homem negro [...] com uma mulher branca [...]. Ela [sendo negra] olhou e me falou assim: ‘Que coisa mais feia! Uma mulher tão bonita com aquele homem tão feio!’ [...] Eu fiquei assim parada, não tive o que falar pra ela!” (Participante 3).

Durante o desenrolar do Grupo Focal foram explicitadas situações de racismo internalizado percebidos em seus locais de trabalho, mostrando tal ocorrência independente da situação sócio econômico ou nível educacional dos profissionais diretamente envolvidos.

[...] tem alguns dentistas negros, muitos se colocam, se identificam como negro, outros não. (Participante 9).

[...] outro colega criticando o usuário: - ah aquela neguinha, ah só podia ser coisa [...] de negro. Quando ele também é negro. [...] (Participante 9).

[...] **até o próprio negro tem [...] esse medo do outro negro.** [...] (Participante 9).

Situações vivenciadas de racismo nas relações interpessoais fora e no âmbito do setor saúde foram intensamente apresentadas.

[...] eu como homem preto [...] passo por alguma pessoa e a pessoa coloca a bolsa do lado assim [...] (Participante 7).

[...] ele (o seu filho) era muito branco e antes de fazer 02 anos, eu cheguei ao médico [...] que ele tava com um problema na perna [...] aí todo mundo me perguntava é seu filho? [...]. E quando eu entrei na sala do médico, ele perguntou se eu era a mãe, [...] eu disse - sou sim. Mas só vim vê isso [como manifestação do racismo] depois, não sabia... achei até assim, que o médico era maluco, mas não, ele estava me chamando de negra descompreendida com filho branco [...] (Participante 6).

[...] E uma vez uma colega, eu me senti muito ofendida [...] eu tava conversando sobre isso (sua dificuldade em definir a sua raça/ cor) com ela, ela disse: “menina, você é que nem cachorro vira-lata. Cachorro não é uma mistura de tudo?” E eu fiquei “p” da vida! Eu pensei, “pois é, se eu lhe chamasse de ‘neguinha’ né, ‘sua preta’, você iria dizer que eu sou racista, e você tá sendo o que agora comigo?” [...] (Participante 4).

Me escrevi na Steve Biko, fiz minha prova, [...] não vi meu nome na lista, [...] eu não fui selecionada porque eu sou amarela, sarará. Eu imaginei. Eu disse um monte de coisa [...] e aí uma semana depois me ligaram como se estivesse rindo do outro lado: “- ôh sua sarará ousada! venha que sua vaga tá aqui!”, entendeu? E foi aí que eu fiz parte do grupo. (Participante 4).

Alguns abordaram situações que demonstrava a ideia de interseccionalidade da opressão, mesmo que eles desconheciam o conceito, apreendem partir da vivência que as categorias de opressão muitas vezes se sobrepõem.

Sobreposição raça/ cor e posição social/ prestígio profissional.

[...] as pessoas que chegam, até o próprio cliente, e não enxerga o faxineiro, a pessoa que esta fazendo a faxina, mas enxerga o doutor, a enfermeira, a dentista e até a pessoa da recepção. E isso aconteceu muito com o agente comunitário [...] no inicio do nosso trabalho [...] as pessoa foram muito resistente. E tratava a gente com tanta indiferença que teve que ser chamado o pessoal da Proquali para fazer uma reunião, para que aceitasse a gente, [...] a maioria eram composto de pessoas da cor negra. Da raça negra. Eu digo que 99% dessa turma, acho que se define com negra. (Participante 4).

Em relação ao Racismo Institucional, observou-se uma maior percepção por parte dos pontos focais quanto à sua incidência nas relações entre os trabalhadores de saúde e, entre estes e os usuários do serviço, mas também nas dificuldades apresentada por alguns gestores e trabalhadores de saúde, de reconhecimento, valorização da PMSIPN e apoio a sua implantação.

[...] a relação [...] dos funcionários [...] com o povo negro é um pouco mais hostil. A gente percebe que quando chega um... “negão”, as pessoas julgam mal encarado, e a abordagem totalmente diferente do que uma pessoa [...] nos padrões de beleza que as pessoas dizem o que é bonito, já foi instituído... o qual a gente não se enquadra. Então quando a gente olha pra outro cara, e vê aquele cara que não é aquele padrão de beleza, a gente já, [...] vê ele de forma diferenciada. (Participante 7).

#### 4.5.6 Por que ser Ponto Focal em SPN?

A identificação com a temática da discriminação racial presente tanto na sociedade quanto na área de saúde apresenta-se reiteradas vezes como elemento impulsionador do desejo de atuar como representante da saúde da população negra no seu local de trabalho.

[...] eu me identifiquei [...] senti essa necessidade de fazer parte do grupo, do Ponto Focal e sou. (Participante 2).

[...] como negro também, como homem vítima disso, eu achei que seria interessante eu tá ali, salientando “poxa, você tá falando isso, porque assim? você já se colocou no lugar dele?” [...] trouxe muito enriquecimento pra mim pessoalmente e também aquela satisfação de você ser uma pessoa que está combatendo algo como o racismo institucional [...] (Participante 7).

Muitos coordenadores chegam ao distrito e não sabem da Política. Há um DES..CO..NHE..CI..MEN..TO da política de saúde da população negra por partes dos coordenadores dos gestores. E aí por tabela por vários profissionais. [...] Ainda há um descrédito muito grande. Essa é uma dificuldade muito grande do CRI avançar. Porque há um descrédito muito grande por parte de uma parcela significativa dos profissionais e inclusive de quem dirigi. De quem dirigi a instituição. (Participante 10).

Outro elemento motivacional foi o interesse em adquirir conhecimentos acerca dos agravos prevalentes na população negra, em particular sobre Doença Falciforme.

[...] eu achei interessante de estar “sabendo” sobre as patologias que agravava os negros [...]. (Participante 3).

[...] pra esclarecer à população em relação às nossas doenças. As doenças de “predominância” na raça negra. [...] é “fantástico” participar do grupo porque a gente sai mais rico. [...] em relação à política onde está a saúde do negro, em relação à anemia falciforme, a hipertensão, diabetes e tal, [...] Eu tenho um sobrinho que tem anemia falciforme. Foi também uma vertente que me fez vir puxar pra esse lado, eu quis saber mais porque há predominância. (Participante 9).

[...] saber como a anemia falciforme veio a surgir no nosso país, como veio. Isso me deixou bastante interessado em colaborar para que a gente venha a ter um olhar diferenciado em relação à nossa comunidade no geral, somos uma população bastante negra, principalmente aqui em Salvador [...] (Participante 5).

A busca de fortalecimento da identidade negra e de conhecimento dos seus direitos foi outro fator motivador para tornar-se Ponto Focal.

[...] eu vou me “respeitar” como negra, eu vou saber “impor” também o que eu quero. [...] agora eu vou saber responder à altura e saber procurar os meus direitos, [...] a nossa identidade mesmo, a minha identidade mesmo, eu tenho sessenta “tal, tal, tal,” então a minha cor é negra, vou saber me impor como negro. (Participante 6).

[...] eu pude me dar conta da minha real identificação, o que eu chamo de identidade com essa causa. [...] daí fui me dando mais conta não só em relação à saúde, mas em relação a esse cuidado com o outro do ponto de vista de fazer valer o direito enquanto povo negro. [...] a gente tem o conhecimento, tem a identidade a coisa tá aí, a gente tá na luta? (Participante 10).

[...] e em seguida, sobre essa questão da “consciência”, de estar trabalhando a respeito com os negros. [...] Busca da identidade racial em conflito por ser miscigenada. Então assim, muitas coisas dessa (dificuldades na sua identificação racial e discriminações vividas,) que veio acontecendo de lá pra cá para comigo foi que me estimulou a tá trabalhando e a estar dentro desse grupo fortalecendo [...] (Participante 4).

A identidade com o outro discriminado, o reconhecer- se nesse outro, acaba por se refletir na preocupação com a melhoria nos serviços de saúde, e na necessidade sentida de contribuir para a sua qualidade, a partir do desvelamento da existência de atitudes discriminatórias, em especial no atendimento aos usuários dos serviços, com vistas à sua superação.

[...] muito preocupada com a qualidade do serviço, com o atendimento a comunidade [...] (Participante 8).

[...] a gente começou a observar que realmente existia uma discriminação ‘velada’ [...] a perceber que nosso irmãozinho está tendo um tratamento diferenciado, entendeu, aquilo o que eu posso fazer de melhor pra resgatar isso, vamos fazer de tudo! [...] como o SUS foi implementado para todos terem um tratamento igual e não ter tratamentos desiguais, agora à gente tem

que fazer valer isso e tem que estar vigilante o tempo todo, em cima disso aí. [...] (Participante 2).

Outras motivações apresentadas foram diretamente relacionadas ao interesse em conhecer mais sobre a História e cultura negra, e a experiência anterior de militância social e sindical.

Se anteriormente o “mal estar”, por vezes vivenciado, passava “despercebido”, a atividade como Ponto Focal tem proporcionado um espaço para expressão e reelaboração das formas como o racismo e a discriminação atingiram e atingem, pessoal e profissionalmente, cada um dos participantes. Alguns profissionais que se sentiam isolados no seu sofrer cotidiano passaram a identificar as formas sutis através das quais o racismo manifesta-se, levando-os a estabelecer uma relação entre esse sofrer, a discriminação e o racismo institucional, despertando-lhes a consciência e o estímulo para aprofundar e ampliar as discussões sobre o tema, assim como, para implementar formas de prevenção e combate ao racismo.

#### **4.5.7 Competências dos Pontos Focais do Distrito Sanitário do Centro Histórico**

Aos Pontos Focais cabe: servir de elo entre o GTSPN/ASPERS, a sede, as Unidades de Saúde e os demais setores do Distrito Sanitário, articulando e promovendo as ações de SPN nas suas áreas de atuação; disseminar informações sobre a Saúde da População Negra destinadas à sociedade em geral, divulgar ações referentes ao CRI, incentivar o Programa Humaniza SUS e Combate ao Racismo Institucional, mobilizar os pares para campanhas de combate ao racismo e promover o respeito à diversidade étnica, religiosa e sexual na saúde e fora dela.

[...] ser um multiplicador, em ser um acolhedor. [...] (Participante 5).

[...] o que era falado, deu pra gente se apropriar dos conhecimentos e poder transmitir [...] ser um agente multiplicador. A gente discute aqui e ter que passar pro nosso setor o que está acontecendo tanto como tentar melhorar realmente a nossa condição. Então, foi assim / é “fantástico” participar do grupo porque a gente sai mais rico. (Participante 9).

[...] eu creio que como o SUS foi implementado para todos terem um tratamento igual e não ter tratamentos desiguais, agora à gente tem que fazer valer isso e ter que tá vigilante o tempo todo, em cima disso aí. (Participante 10).

[...] você tem que tá realmente alerta, você tem que se colocar, tem que se posicionar. É seu compromisso. O compromisso que você assumiu você tem que estar pontuando [...] (Participante 2).



#### 4.5.8 Como tem sido a participação dos Pontos Focais no processo de implantação do CRI no Distrito

Quanto a essa questão, os Pontos Focais destacaram posturas e procedimentos que têm caracterizado suas atividades, de onde se pode subtrair a percepção da sua responsabilidade e compromisso enquanto profissional do SUS e do seu papel como protagonista desse fazer.

I) O que os Pontos Focais têm realizado no seu dia-a-dia no local de trabalho.

Na busca pela promoção do respeito à diversidade nas relações de trabalho e no atendimento aos usuários, os Pontos Focais do DSCH têm atuado como multiplicadores em saúde da população negra, com o propósito de fazer valer os princípios do SUS, em especial os da universalidade e o da equidade, e colaborado para a sensibilização e formação dos profissionais da SMS com relação à temática Saúde da População Negra.

Outros compromissos assumidos pelos Pontos Focais do Centro Histórico referem-se ao pressuposto da necessidade de dar visibilidade ao racismo em suas variadas formas, como estratégia de combate e destruição no seu local de trabalho, o que os têm levado a “ser um acolhedor”.

II) No Núcleo Distrital de SPN

O Ponto Focal Distrital tem atuado como elemento articulador, aglutinador e estimulador durante todo o processo de construção do núcleo distrital de SPN. Todos contribuem com indicações das decisões e ações que estão ao seu alcance dentro do seu campo de atuação e trabalho.

#### 4.5.9 Mudanças observadas após a implantação do Combate ao Racismo Institucional no DSCH

Foram relatadas mudanças, tanto no processo de trabalho, quanto no âmbito pessoal, o que nos leva a concluir que enquanto produtores de um novo fazer, os pontos focais, além de questionar o racismo institucional e as demais formas de discriminação, questionam a sua própria condição frente ao mundo, assim como a necessidade do desenvolvimento de novas habilidades, levando em consideração sua própria prática enquanto profissional de saúde.

No âmbito pessoal,

É tem uma frase de Michael Jackson que ele fala o seguinte: “Se quer mudar o mundo comece com o cara do espelho” assim. Então, dentro dessa o que o **CRI mudou em mim, a sensibilidade de olhar o outro ser humano e me colocar [...] no lugar dele.** (Participante 7).

**[...] houve uma mudança muito grande em relação a minha pessoa. Senti um interesse maior de me tornar multiplicador [...].** (Participante 5).

[...] **A mudança na minha pessoa foi definitiva**, pra mim porque **ampliou minha visão enquanto ao outro. E o comprometimento com a minha função, enquanto servidor público** [...] (Participante 2).

[...] **me fez também olhar também para a posição do funcionário. [...] você começa a se educar, a enxergar, porque também às vezes não é uma questão proposital: eu não enxergo, eu não quero ver.** Embora que a maioria é porque não quer mesmo ver. [...] (Participante 4).

[...] **me fortaleceu em algumas concepções, algumas ideias, crenças não é no que diz respeito de que é uma luta, mas é algo a gente não pode perder de vista o foco nem a esperança.** (Participante 10).

[...] E quanto a minha vivencia, **ainda estou engatilhando, eu estou aprendendo** [...] apesar de todos esses anos, eu estou engatinhando. (Participante 6).

No processo de trabalho observa-se que as mudanças ocorreram invariavelmente no acolhimento, demonstrando uma estreita relação entre o CRI e o processo de “humanização” dos serviços.

O usuário ganhou porque eu passei a ser multiplicador da sala de espera. Eu tô sempre escolhendo o tema relacionado pra ser falado na sala de espera. [...] na minha unidade eu conseguir inserir todos os profissionais quando eu faço sala de espera a respeito da saúde da população negra. [...] faço que o médico, o enfermeiro da unidade responda aos questionamentos dos usuários. Eu provoco, chamo o medico e digo: - ele que vai responder a respeito disso. [...] a minha unidade atendia 50 pessoas por dia no acolhimento do NGI e passou a atender 150 pessoas [...] eu fui convocado [...] pra eu fazer esse tipo de acolhimento. [...]Eu ainda estou no estágio de aprendizagem, mas estou satisfeito com as conquistas que eu tenho [...] (Participante 5).

Mudou em relação ao instrumento de acolhimento. Então eu comecei a criar vínculos com os usuários. [...] como agente multiplicador, eu tenho armas para contagiar, contaminar meus colegas de trabalho em relação a isso. (Participante 9).

De primeiro eu tinha pena do usuário, mas no longo tempo eu tive compaixão, me coloquei no lugar do usuário, entendeu. [...] Eu ganhei e tenho certeza que o usuário ganhou. Que ele sai satisfeito mesmo sem ter o atendimento, sem ter atendimento, o usuário sai gratificado. (Participante 2). Então eu chego pro meu colega e comento: - imagine se você tivesse que estar no lugar dele? Eu acho que de certa forma causa até uma vergonha para a pessoa [...] acho que ela fica até um pouco envergonhada e não repete aquela atitude [...]. (Participante 7).

[...] eu não tenho uma relação direta com o usuário, mas eu tenho uma relação com os trabalhadores, os profissionais de um modo geral. Então, na medida do possível, na medida do possível porque eu gostaria que fosse muito mais. Eu tento passar a concepção, a ideia de fazer valer a política. [...] As nossas ações não podem contradizer a política e nem a crença de que a gente precisa de uma saúde é mais humanizada do ponto de vista da garantia do atendimento, da garantia da escuta, do respeito, da oportunização. (Participante 10).

#### 4.5.10 Avaliação quanto ao processo de criação do Núcleo Distrital de Saúde da População Negra do Centro Histórico

A criação do núcleo distrital constitui-se em um processo lento, permeado por idas e vindas, movimento que passou e passará por diferentes estágios de mobilização e organização. Durante esse caminhar contou com algumas facilidades como o reconhecimento da importância do Ponto Focal e do seu trabalho por parte de algumas chefias. Entretanto, muitas têm sido as dificuldades enfrentadas, desde a rotatividade dos coordenadores distritais, ao seu total desconhecimento e descrédito quanto à Política de Saúde da População Negra. A eles juntam-se parte importante dos profissionais que atuam no distrito, que não conhecem, não têm interesse em conhecer e de antemão não acreditam nela, daí a dificuldade em agregar mais pessoas interessadas de forma a ampliar o número de Pontos Focais atuando no distrito, e até mesmo de reunir os atuais Pontos Focais e realizar ações/ atividades.

**E se eu disser que nós ainda estamos na luta pra fazer valer essa implantação. [...] Nós ainda não fechamos ciclo, a coisa tá caminhando. [...] a coisa ainda [...] é um pouco incipiente [...] nós conseguimos esse processo. O processo ainda existe, mas ele precisa tá se rendendo o tempo todo. [...] Mas eu devo dizer a vocês que não é uma coisa fácil, por quê? Porque o olhar. O olhar de quem gesta, ele é um olhar que ainda não está batendo com o que de fato deveria ser. E isso prejudica um pouco o nosso trabalho. E também o olhar de gestores e de parceiros nosso, eu diria pares. [...] É uma luta, nós estamos num processo.** (Participante 10).

## 5. DISCUSSÃO

“O olhar de quem gesta, ele é um olhar que ainda não está batendo com o que de fato deveria ser.”

(Participante 10 do Grupo Focal).

[...] o desafio de se colocar essa política em prática, fazer com que os profissionais, a sociedade, entenda isso como uma questão necessária [...] Então, esse é um grande desafio, principalmente a questão da marca do racismo, fazer com que as pessoas entendem como um determinante social que faz com que as pessoas adoecem realmente, então isso é muito difícil [...] (Entrevistado C).

Os dados coletados ofereceram a possibilidade de descrição do processo de implantação, ora em curso, da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, ao identificar fatores facilitadores e inibidores desse processo, assim como as estratégias de superação utilizadas frente às dificuldades vivenciadas, o que resulta na apresentação e análise dos juízos de valor evidenciados e referentes a esse processo.

Os entrevistados percebem o processo de implantação da PMSIPN a partir de dois momentos distintos, influenciados diretamente por uma conjuntura, em determinado momento favorável e outra, nem tanto; conjuntura no caso, entendida principalmente, na perspectiva intrainstitucional, ou seja, dentro do sistema municipal de saúde em Salvador.

Sem perder de vista a concepção de conjuntura como uma estrutura da sociedade em movimento, movimento esse, não restrito apenas ao âmbito da cidade de Salvador, ou do país, mas um movimento mais amplo que move as bases da sociedade, do Estado, das concepções de mundo, faz-se, entretanto, importante assinalar que a subdivisão do processo de implantação da PMSIPN em Salvador apresenta, por referência, um sentido político institucional.

Verifica-se que os elementos facilitadores e inibidores ao nível central têm repercussão e se constituem, no geral, em elementos também facilitadores e inibidores ao desenvolvimento do trabalho em saúde da população negra, no âmbito do Distrito Sanitário do Centro Histórico. Dessa forma há uma convergência entre a importância do apoio institucional através da pessoa do gestor maior e dos seus coordenadores, e as dificuldades decorrentes das constantes mudanças desses atores durante o período em estudo.

A resistência, contudo, por vezes sutil ou não, a temática por parte dos gestores e dos profissionais, aparece como importante fator inibidor do processo de implantação da PMSIPN em ambos os níveis, central ou distrito. Com o cuidado de não cair no exagero de achar que tudo é racismo, o racismo institucional, em sua dimensão ideológica submete a todos e todas, sem distinção, constitui-se em um elemento que simultaneamente justifica a existência dessa Política, mas que também funciona como o principal empecilho a sua implantação.

O reconhecimento dos avanços concomitante ao ajuizamento da não plena implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, tendo por pressuposto, a sua não formalização, diga-se, não publicação através de Portaria, e principalmente, pela não efetivação da transversalização dessa Política no âmbito da SMS, exige algumas considerações.

### **5.1 A elaboração de uma proposta de formalização da PMSIPN**

A importante iniciativa, principalmente em face ao seu processo de construção com a participação de amplos segmentos da sociedade civil e de profissionais de saúde, a sua publicação em Portaria significaria mais um ganho normativo no processo de institucionalização da PMSIPN em Salvador, mas não asseguraria em si a sua transformação em uma política de estado, ou o seu efetivo reconhecimento como importante mecanismo de qualificação das ações em saúde. Até mesmo por que com a publicação do Estatuto de Igualdade Racial, a Política Nacional de Saúde da População Negra, que propõe responsabilidades nas três esferas de governo, transformou-se em lei.

Isso não quer dizer que não seja importante a publicação da Política em Portaria Municipal, é sim, seria mais um instrumento normativo a favor da sua implantação e implementação. Mas, o que o processo de implantação tem demonstrado é o valor da imprescindível e atenta vigilância dos movimentos em relação ao executivo, uma vez que foi exatamente pela pressão desses segmentos que essa política foi inserida, tanto nas plataformas de governo dos candidatos ao cargo, quanto no projeto das últimas gestões da SMS, traduzido por meio dos dois últimos Planos Municipais de Saúde (PMS).

Mesmo o PMS é também um plano, um guia mestre dos caminhos e prioridades a que alicerçam, ou deveriam dar base à gestão. A pesquisa assinala que o importante ganho da inserção da PMSIPN nos instrumentos de gestão, não tem correspondido a um efetivo apoio e prioridade da gestão à sua operacionalização.

O período descrito como de avanço da implantação da PMSIPN em Salvador correspondeu também a um período de maior mobilização dos segmentos populares organizados, com prioridade para o movimento negro na sua luta pelo reconhecimento de suas demandas e especificidades. Sem controle social efetivo, os poucos, mas, importantes ganhos podem vir a transformar-se em letras mortas.

## **5.2 A questão da transversalidade ou sobre a vizinha que deve ser enxerida, que deve meter o nariz.**

[...] a ASPERS, ela não é pra cuidar, ela é pra propor a transversalidade, ela é pra de fato ser aquela vizinha enxerida, vizinha que mete o nariz e diz: - oi!!!. eu tô aqui, eu também sou prioridade. Olha, você está ai discutindo hipertensão, mas aqui é saúde da população negra [...] E aí algumas coisas devem ser repensadas, fazer mais a transversalidade do que ter a obrigação de fazer alguma coisa, entendeu? Porque você pode fazer um monte de coisa que não combine com algo tão importante, real. (Entrevistado A).

As diversas leituras dos documentos produzidos pelo GTSPN/ASPERS, durante o período em estudo, evidenciam esforços desprendidos pelo GTSPN/ASPERS, desde o início da sua atuação na SMS, visando imprimir a dimensão racial nas várias ações de saúde. Diligências vão desde a busca de diálogo constante com diferentes coordenações e áreas técnicas da SMS, até as tentativas de introdução da dimensão racial nas ações programadas e previstas para acontecer anualmente.

Nesse sentido, para além das ações/atividades previstas nos dois últimos Planos Municipais de Saúde, sob a responsabilidade de outras áreas, cuja inserção da dimensão racial encontra-se compreendida a partir do envolvimento do GTSPN/ASPERS, foram realizadas tentativas de inserções dessa dimensão nos Planos Anuais de Saúde (PAS) de demais áreas/

setores, a partir das oficinas de Combate ao Racismo Institucionais realizadas em 2009, ou mesmo de oficina específica com as áreas técnicas da Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde, em 2011.

Observa-se que ao longo desse período, a partir do diálogo, quase corpo-a-corpo, diversas ações foram planejadas e realizadas conjuntamente com algumas áreas/ setores, tais como: os Distritos Sanitários; a subcoordenação HIV/AIDS; Vigilância Epidemiológica (VIEP); o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); as Áreas Técnicas da COAPS, em especial, a de Hipertensão e Diabetes, Saúde da Mulher, de Pessoas com Doença Falciforme, Combate à Tuberculose, adolescentes e Saúde Mental; com o Setor Farmacêutico; Coordenação de Zoonose; entre outras.

Trata-se, entretanto, de ensaios de transversalidades, foram, apesar de todo o esforço empreendido e das várias ações realizadas, pontuais. Nesse ponto duas questões apresentam-se, sendo que a primeira diz respeito à questão da transversalidade em si, cujo conceito é de fácil entendimento, mas cuja operacionalização mostra-se, aos implicados com sua implantação, ainda de forma vaga e imprecisa.

[...] uma é entender como é que esse processo se dá, não só por parte do grupo que esta trabalhando a saúde da população negra, como pelas coordenações dos próprios técnicos da secretaria, porque você fazer um tema transversal não é uma coisa, que está muito clara para as pessoas, elas entendem a necessidade de ser um tema transversal, mas de como ela é operacionalizada, isso tem uma dificuldade, então esse entendimento do “como fazer”, acho que acabou tendo de lado a lado, então acho que isso foi um fator dificultador, outro é a própria resistência das pessoas, das coordenações, de entender a questão da transversalidade, de não ser uma coisa pontual, por que a gente entende que houve espaço para as questões pontuais, mas quando você entende que transversalidade significa estar discutindo a todo o momento em tudo que você faz aquele tema, então eu acho que isso aí realmente não aconteceu [...] (Entrevistado B).

Com referência à sua semântica, transversalizar, diz respeito ao caráter ou à qualidade de transversal, que por sua vez denota o que perpassa obliquamente. Para a geometria, em um plano, a linha é uma transversal somente se cruzar duas linhas quaisquer em dois pontos diferentes, dando a ideia da necessária interseção/ intersetorialidade. Trata-se de uma proposta através da qual se procura dar respostas organizativas à necessidade de incorporar temas, visões, enfoques, públicos, problemas, objetivos etc. aos serviços da organização que não se encaixam em apenas uma das estruturas organizativas verticais. (MENICUCCI, 2006).

Este conceito busca ampliar o desempenho governamental com relação a alguns temas considerados prioritários no atual contexto social, mas, para os quais a organização clássica de gestão e de concepção de políticas públicas não é apropriada ou não os identificam e

contemplam de forma satisfatória. (CAMPOS, 2010, p. 8). Assim, embora a necessidade da ação transversal, à primeira vista, seja consensual, sua execução implica mudanças na arquitetura administrativa, na gestão e na concepção mesmo de políticas públicas, o que foge à competência da ASPERS ou das demais áreas técnicas isoladamente.

[...] a implantação da Política se dá através da transversalização, ou pelo menos a tentativa de transversalização dessa discussão junto às áreas técnicas, que a gente sabe também que não vai ser um único setor, uma única assessoria que vai dar conta, seria o lugar impulsionador, mas a discussão tem de acontecer dentro de todas as áreas técnicas [...] (Entrevistado E).

Com isso, chega-se à segunda questão que diz respeito ao desafio representado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ao apresentar a transversalidade como seu princípio organizativo, e a necessária discussão do papel a ser desempenhado pela instância responsável pela implantação da Política de Saúde Integral da População Negra em uma instituição de saúde, e da sua relação com o centro de poder responsável pela gestão do setor saúde no município, assim como com os demais setores e ou instâncias que, em seu conjunto, configuram a secretaria de saúde.

[...] assessoria não era para estar executando as ações. Esse papel, esse pulo ela deveria ter sido feito e a gente não conseguiu [...] por que as frentes que foram abertas eu acho que foram necessárias, aquela coisa do momento político mesmo, que você tinha de dizer, - olha a gente pode trabalhar SPN, com isso, com isso e com aquilo outro, todos esses espaços aqui têm a possibilidade de serem trabalhados, mas ai não dava para continuar sendo responsabilidade da assessoria. [...] a própria assessoria acabou ficando com determinadas ações que não conseguia nem que o outro assumisse, nem conseguia dar conta por que a equipe estava muito reduzida [...] (Entrevistado C).

A PNSIPN adota estrategicamente a transversalização da dimensão racial como princípio organizativo, o que sugere o perpassar do olhar culturalmente cuidadoso às singularidades da população negra, em toda a prática em saúde. Para isso, faz-se imprescindível que a questão do racismo e do racismo institucional, o evidenciar para destruir, constitua-se de fato em uma diretriz institucional.

Para que isso ocorra, é importante o reconhecimento por parte dos gestores e profissionais de saúde quanto à existência do racismo, do racismo institucional e das desigualdades étnico-raciais na sociedade e na área da saúde, de maneira à vislumbrá-los como determinantes sociais das condições de saúde da população negra. O que, por seu turno, possibilita o entendimento de que a promoção da equidade em saúde passa necessariamente pela redução das iniquidades raciais, sociais e em saúde, e a responsabilização e o

comprometimento com metas e pactos com vistas a ações que de fato contemplem as necessidades da população maioria da cidade.

[...] acho que (a Política da Saúde da População Negra) é fundamental [...] não consigo imaginar uma política de saúde num município como Salvador, que a maioria da população é negra, **se não incluir a dimensão racial**, não tem sentido, **a gente vai dizer que está fazendo uma saúde para todos, mas na verdade a gente vai continuar fazendo é uma saúde excludente onde a maioria da população não vai ter as suas necessidades pelo menos pensadas, consideradas**, então eu não consigo imaginar de outra forma que não seja incluindo a dimensão racial. (Participante 10 do Grupo Focal).

Portanto, se há um reconhecimento por parte de alguns profissionais, setores e segmentos, da SMS sobre a importância dessa política, a sua implantação, entretanto, exige um trabalho sistemático, contínuo, abrangente, de convencimento, para que seus objetivos e conteúdos sejam inseridos em cada área/ setor da SMS, mas principalmente tem por condição *sine qua non* o apoio incondicional da gestão.

[...] eu acho que o papel fundamental da coordenação que cuida disso, que é a ASPERS, é justamente fazer a transversalidade, mas como é que você faz a transversalidade sem você ter a boa vontade das outras coordenações, sem você ter o querer do gestor maior, que é quem chega quem dá ordem, quem diz: “não olha, aqui cada decisão que a gente for tomar tem que fazer o diálogo com a população negra, cada discussão”, e aí não houve. Não houve isso na secretaria. Infelizmente eu não vejo isso. Eu diria que é a prova da existência do racismo institucional dentro da própria secretaria [...] (Entrevistado A).

A transversalidade da Política de Saúde Integral da População Negra implica considerá-la como eixo unificador em torno do qual se organizam as demais políticas e serviços em saúde, para isso necessário se faz o apoio integral da gestão. Sob o risco de que o trabalho desenvolvido pela ASPERS venha a sofrer descontinuidade; ou mesmo ser considerado pelos demais setores da SMS como uma atribuição a mais, ou como um “intruso”, entendido como algo que aparece esporadicamente, interrompendo as suas atividades. Dessa forma deixaria de ser compreendido e acatado como uma dimensão instrumental que oportuniza vislumbrar outra(s) forma(s) de fazer saúde mais condizente com a população alvo.

### 5.3 A rede de Saúde da População Negra

O início do processo de implantação da PMSIPM aconteceu em período anterior à publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, portanto, embora as



ações desenvolvidas pelo GTSPN estejam contempladas na Política Nacional, possui um diferencial que é a existência da proposta de constituição da rede de saúde da população negra, formada enquanto rede de combate ao racismo, a partir da constituição dos pontos focais.

No início de suas atividades o GTSPN empreendeu esforços visando à constituição dos Pontos Focais de Saúde da População Negra e posteriormente na organização dos Núcleos Distritais da Saúde da População Negra. Em meados de 2007 poder-se-ia dizer que essa rede encontrava em processo de consolidação, quando deu-se início às sucessivas mudanças na gestão institucional, resultando no desfacelamento de alguns desses núcleos, enquanto que outros, como o Centro Histórico, Itapagipe, Subúrbio Ferroviário e Barra/ Rio Vermelho, apesar das dificuldades, têm sobrevivido.

Por outro lado, mesmo sem o seu reconhecimento por grande parte dos gestores, ou sem a presença de um elemento articulador, os pontos focais continuam a exercer o seu trabalho de formiguinha, trabalho de convencimento (interno e externo), por vezes muito solitário e pouco compreendido, mas firme em sua determinação. Essa é uma tarefa de difícil mensuração, até porque o tempo necessário para a sua efetivação depende da elaboração interna de cada indivíduo, depende, pois, do tempo de cada um.

A pesquisa realizada no DSCH sugere que as discussões ocasionadas pela Política de Saúde da População Negra oportunizam a elaboração e melhor compreensão das situações de racismo e de demais discriminações vivenciadas e/ou presenciadas, e contribuem para a afirmação ou reafirmação da consciência da sua dignidade enquanto indivíduo pertencente a esse mundo, do reconhecimento da sua humanidade; fortalecendo a resiliência e o compromisso profissional. Isso tem resultado na melhoria do acolhimento realizado por esses profissionais aos usuários, e que, entretanto, mereceria um estudo mais aprofundado.

#### **5.4 O Sistema de Saúde de Salvador e a Saúde da População Negra**

[...] e aí se você for fazer uma análise a própria secretaria... a gestão dos nove secretários que se passaram, você vai ver que **cada secretário cuidou de um jeito** [...] secretários que eram mais ligados a questão de oferta do serviço. E vamos supor assim, teve secretário lá que era dono de clínicas. Pra onde foi que ele puxou? Ele puxou pra questão da ideia de que saúde se faz vendendo cabeças. A saúde curativa. Você tinha que ter o doente. Aí você não prioriza temática como esta. Você tem lá, quanto mais o indivíduo doente, mas você... e aí vamos supor assim: Quem é que gera lucro, mais lucro nessa história quando você não dá atenção a questões da população negra [...]? (Entrevistado A).

Dois estudos recentemente realizados tendo por lócus a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, ao utilizar para fins de análise, os três elementos que formam o triângulo de

governo proposto por Carlos Matus: Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo, revelaram à baixa ou quase nula autonomia administrativa da SMS como um dos grandes impedimentos da sua governabilidade. (CERQUEIRA, 2008; SOARES, 2011).

Segundo assinalou o Prof. Jairnilson Paim<sup>65</sup>, durante palestra realizada no Seminário de Avaliação da Política de Saúde da População Negra de Salvador (Nov/2012), a baixa governabilidade constituiu-se um problema em todo o período em estudo, indiferentemente de quem fosse o secretário. Alia-se a isso a questão, também apontada por Cerqueira (2008), referente à agenda dos dirigentes, que mudava de acordo conforme o gestor, sem que certa continuidade de prioridades fosse assegurada.

Os dados levantados evidenciam que a saúde da população de Salvador apresenta problemas no seu sistema que vão desde a fragilidade na infraestrutura de serviços, a baixa autonomia da gestão, de modo a oferecer pistas de que a resolução dos problemas de saúde da população negra passa necessariamente pela superação dos problemas atualmente enfrentados pelo sistema de saúde de Salvador.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, o estudo evidenciou que apesar dos esforços no sentido de fazer com que a saúde da população negra fosse incorporada com uma política dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador, a Política não se encontra ainda devidamente implantada.

O primeiro desafio a ser considerado é o desconhecimento por parte dos gestores quanto à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o seu comprometimento com a implantação desta, situação essa agravada pela constante rotatividade dos dirigentes na SMS, no período.

A este aspecto, somam-se os embates que o tema provoca que vai desde o difícil reconhecimento da prática da discriminação situação agravada pelo mito da democracia racial ao desafio da destruição de uma cultura secular, bases escravocratas, que permanece (re) produzindo concepções equivocadas sobre o que é “ser negro”, e o seu lugar e função na sociedade.

Associado macro-problemas tais como à insuficiência da infraestrutura do SUS municipal; instabilidade político-administrativa decorrente da gestão pública "partidarizada" e clientelismo político; adiamento da formulação de uma política para o equacionamento da

---

<sup>65</sup> Informação verbal.

questão da força de trabalho em saúde (ampliação, capacitação, desprecarização e inclusão em carreiras).<sup>66</sup>

Quanto ao processo pouco ascendente, vivenciado na implantação da PMSIPN em Salvador, ao qual se mostrou subdividido por dois momentos distintos, uma ponderação a ser feita, é o cuidado para que o “recuo”, “recaída”, “parada” na implantação da Política seja analisado em uma dimensão mais ampla que considere as diversas variáveis e complexidades envolvidas, para não incorrer no erro de responsabilizar exclusivamente um aspecto e desconsiderar os demais, o que pode vir a implicar em buscas de soluções inadequadas e por vezes complicadora, em vez de resolutiva.

Outra precaução associa-se ao fato de que a transversalidade significa introduzir linhas de trabalho não estabelecidas verticalmente, construir uma proposta que deve impregnar e condicionar as outras áreas de atuação, o que constitui um repensar o modo de gestão e organização institucional, exigindo, por sua vez, o desenvolvimento ou valorização de novas habilidades e capacidades para que todas as estruturas verticais compartilhem sinergicamente a obtenção de um objetivo comum que não é específico de cada uma delas em particular. (MENICUCCI, 2006).

A Política de Saúde Integral da População Negra, enquanto política social é resultado das lutas históricas dos movimentos sociais, em especial, do movimento negro no Brasil, e busca responder as demandas inspiradas em princípios e valores socializados por estes grupos e reconhecidos pelo Estado. Assim, o alcance dessa Política depende tanto das estratégias do capital na incorporação das suas demandas, como, e principalmente, do nível de organização e pressão dos movimentos.

Daí a importância do diálogo constante com o movimento civil, em particular com o movimento negro. Do ponto de vista político institucional o não cuidado com essas questões pode conduzir ao risco da Política de Saúde da População Negra não ser, de fato, uma preocupação da gestão, mas fundamentalmente, mais uma política de visibilidade social do governo, o que significaria também descaso com a própria missão da SMS no que diz respeito, tanto a assegurar os direitos dos cidadãos, respeitando as diversidades, quanto à integralidade do cuidado que lhes é devido.

Esse estudo ao buscar captar, por intermédio da escuta cuidadosa, as representações e juízo de valor apresentados pelos entrevistados, atores envolvidos com o processo de

---

<sup>66</sup> Estes problemas foram objeto de discussão de oficina de desenho estratégico, realizada em 2007, com o objetivo de construir estratégias de ação para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Consideramos sua pertinência observando questões levantadas pelos entrevistados referentes a problemas ainda hoje vivenciados na saúde em Salvador.

implantação da Política, apresentou suas contradições, seus pontos fortes e fracos, assim como estratégias utilizadas de superação frente às dificuldades, na tentativa de desembarcar espaços mais favoráveis à acumulação de forças, a fim de reverter às condições adversas.

Quanto às questões suscitadas, a saber, se os movimentos sociais, de cunho identitários, agregam ou não demandas redistributivas ou ainda sobre a possibilidade ou capacidade destes movimentos lutarem contra as discriminações e concomitantemente contra a lógica que as gera e legitima.

A experiência da implantação da Política de Saúde Integral da População Negra em Salvador nos deva a considerar em conformidade com Brasil, 2011, que

“A expressão da interface igualdade/diferença no campo da saúde envolve não apenas a dimensão da cidadania como expressão de direitos, mas deve abarcar os processos de saúde-doença-cuidado nos diversos grupos sociais e de determinação social da saúde-doença. Nesse sentido, quando são apontadas as desigualdades em saúde, as diferenças que apenas demarcariam a diversidade da sociedade, transformam-se em iniquidades referentes à concentração de poder dentro da mesma. A Política de Saúde Integral da População Negra não apenas demanda o reconhecimento da população negra no seu sentido valorativo, como necessita de ações redistributivas”. (BRASIL, 2011, p. 118).

Segundo a nossa constituição reconhece, a saúde constitui-se em um bem público global, um direito humano fundamental, um instrumento para o desenvolvimento e para a construção de uma sociedade mais humana, justa e solidária. Lutar por uma saúde de qualidade, igualitária, equânime, é também lutar contra as desigualdades sócio-econômicas vez que a saúde é resultado de múltiplos fatores e que, conforme diversos estudos apontam, o principal problema de saúde no Brasil são as iniquidades nas condições sociais e de saúde e no acesso aos serviços sociais e de saúde.

A PNSIPN enquanto uma política a ser incorporada ao Sistema Único de Saúde chama a atenção para um ingrediente necessário à ação pública da saúde, eliminar, combater, destruir a violência institucional da qual o racismo institucional é uma de suas expressões. Entretanto, enquanto política emancipatória tem exigido vigilante posicionamento e cobrança por parte da população negra aos gestores de saúde.

Por fim resta assinalar que o estudo aqui apresentado, ao avaliar e trazer à tona alguns dos aspectos do processo de implantação da Política de Saúde da População Negra em Salvador, não tem a intenção de absolutizá-los, mas apontar a complexidade do desafio em que se constitui o que requer um estudo posterior para maior aprofundamento.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Maria Jose; ANDER-EGG, Ezequiel. Precisões conceituais e terminológicas. In: \_\_\_\_\_. **Avaliação de serviço e programas sociais**. 2 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1995, 312 pp.
- ALMEIDA, Elga L. **A construção da agenda étnica: um breve olhar sobre as mudanças conjunturais e teóricas**. [Internet]. 2007. Disponível em: <[http://www.interativadesignba.com.br/III\\_SPSC/arquivos/sessao1/002.pdf](http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao1/002.pdf)> Acesso em: 26 maio 2012.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ARAÚJO, Edna M. **Mortalidade por causas externas e raça/cor de pele: uma das expressões das desigualdades sociais**. Salvador: 2007. 204 p. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. 2007.
- ARAÚJO NETO, Jose Aldo C. de. **A categoria “reconhecimento” na teoria de Axel Honneth**. [Internet]. 2005 Out. Disponível em: <[http://www.filosofia.ufc.br/argumentos/pdfs/edicao\\_5/18.pdf](http://www.filosofia.ufc.br/argumentos/pdfs/edicao_5/18.pdf)> Acesso em: 28 jun. 2012.
- BARBOSA, Maria Inês da S.; FERNANDES, Valcler R. Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. In: **I Seminário Saúde da População Negra**. São Paulo, p. 37-52, 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, Eloisa; BITTENCOURT, Liliane. **O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e a criação da Rede de Saúde da População Negra de Salvador: alguns elementos metodológicos**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.
- BAPTISTA, Myrian V. **A investigação em Serviço Social**. CPIHTS — Centro Português de Investigação e História e Trabalho Social. São Paulo: Lisboa/Veras, 2001.
- BATISTA, Luis Eduardo; MONTEIRO, Rosana B. **Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde?** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.
- BENTO, Maria Aparecida S. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Orgs.). **Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BOLETIM DIEESE-EDIÇÃO ESPECIAL – Nov. 2002. Disponível em: <<http://www.observatoriosocial.org.br/download/dieesedesigualdade.pdf>> Acessado em: 11 abr. 2010.
- BOLETIM PCRI-Saúde, ano I, no 1, setembro de 2005.

- BOMFIM, Juarez D. **O Centro Histórico da Cidade do Salvador: Sua integração sociourbana.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.
- BOURDIEU, Pierre. **As Estruturas Sociais da Economia.** Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean C.; PASSERON, Jean C. **Ofício de sociólogo: Metodologia da pesquisa na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 2010.
- BRANDÃO, Carlos R. (Org.) **Pesquisa Participante.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – uma política do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Série Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL, Sandra. **A política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo.** Salvador: 2011. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia. 2011.
- BRESSIANI, Nathalie. **Redistribuição e reconhecimento - Nancy Fraser entre Jürgen Habermas e Axel Honneth.** [Internet]. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24n62/a07v24n62.pdf>> Acesso em: 28 maio 2012.
- CAMPOS, Luiz Cláudio. **Políticas Públicas e Temas Transversais.** Fundação João Mangabeira. Brasília. 2010. 91p.
- CANO, Inácio. **Introdução à avaliação de programas sociais.** 2ª ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- CARDOSO, Lourenço. **Branquitude acrílica e crítica: A supremacia racial e o branco anti-racista.** In: Revista Latinoamericana de Ciências Sociales, Niñez y Juventud [Internet]. 2010 vol.8, n.1, p. 607-630. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v8n1/v8n1a28.pdf>> Acesso em: 04 de abr. 2012.
- CASTRO, Suzana de. **Nancy Fraser e a teoria da justiça na contemporaneidade.** In: Revista Redescrições – Revista on line do GT de Pragmatismo e Filosofia Norteamericana. [Internet]. 2010. Ano 2, Número 2. Disponível em: <[http://www.gtpragmatismo.com.br/redescricoes/redescricoes/ano2\\_02/1\\_castro.pdf](http://www.gtpragmatismo.com.br/redescricoes/redescricoes/ano2_02/1_castro.pdf)> Acesso em: 20 fev. 2013.
- CERQUEIRA, Sara C. **Processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como Tecnologia de Gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.** Salvador, 2008, 202 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós – Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. 2008.
- CHEN, Huey-Tsyh. **Theory – driven evaluations.** Newbury Park: Sage Publications, 1990.

- COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petropolis, RJ: Vozes, 1993.
- COLLINS, Patricia H. **Gender, Black Feminism, and Black Political Economy**. In: *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. . [Internet]. 2000. v.568, n1, p. 41–53. Disponível em: <<http://ann.sagepub.com/content/568/1/41.short>> Acesso em: 08 fev. 2012.
- CONTANDRIOPOULOS, André Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de A. (ed). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 1997; 29-48.
- CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [internet]. 2006, vol. 11, n. 3, pp. 705 – 711. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf> > Acesso em: 19 jun. 2012.
- CORDEIRO, Rosa Cândida. **Práticas de discriminação racial e de gênero na atenção à saúde de mulheres negras com anemia falciforme**. Salvador: 2007, 220 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem da UFBA. 2007.
- CORRIGAN, Patrick, THOMPSON, Vetta, LAMBERT, David, et al, **Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness**. In: *Psychiatric Services*. [internet] 2003, vol. 54, n. 8, pp. 1105-1110. Disponível em: <<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=180670>> Acesso em: 22 jan 2011.
- CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. **Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: CRI, 2006.
- DEMO, Pedro. **Desafios modernos da educação**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- DESLANDES, Suely F.; ASSIS, Simone G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MYNAIO, Maria Cecília de S.; DESLANDES, Suely F. (org.). **Caminhos do pensamento. Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002. p. 195-221.
- DONABEDIAN, Avedis. **Evaluating the quality of medical care**. [internet] 1966, v.44, n. 3, pp. 166-206. Disponível em: < <http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2012/11/donabedian.pdf> > Acesso em: 03 jul 2010.
- DONABEDIAN, Avedis. **The seven pillars of quality**. *Arch Pathol Lab Med*. v.114, n. 11, pp. 1115- 1118, 1990.
- FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Editora EDUFBA, 2008.

- FILHO, Nemezio. **Para além do conceito de “raça”**. [Internet]. 2006. Disponível em: <<http://icjournal.files.wordpress.com/2013/01/1265038555-4filho.pdf>> Acesso em: 27 maio 2012.
- FRANKENBERG, Ruth. **The construction of white women and race matter**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995. p. 43-44.
- FRASER, Nancy. A Justiça Social na Globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Trad. Teresa Tavares. In: **Revista Crítica de Ciências Sociais**. [Internet]. 2002, n.º 63. Disponível em: <[www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=790](http://www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=790)> Acesso em: 03 nov. 2012.
- \_\_\_\_\_. **Reconhecimento sem ética?** [Internet]. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a06n70.pdf>> Acesso em: 27 maio 2012.
- FRY, Peter; MAGGIE, Yvonne; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone; SANTOS, Ricardo V. (org.). **Divisões perigosas: políticas raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- GUIMARÃES, Antônio Sérgio A. **Racismo e antirracismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Ed.34, 1999. 256 p.
- \_\_\_\_\_. **A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos)**. Tempo soc. vol.13 no. 2 São Paulo Nov. 2001.
- GUIMARÃES, Maria do Carmo L.; SANTOS, Sandra Maria C.; MELO, Cristina; FILHO, Alvinho S. **Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica**. Escola de Administração. Núcleo de pós-graduação em Administração. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
- GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage. 1989.
- HALL, S. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Brasília, DF: UNESCO no Brasil, 2003.
- HASEMBALG, Carlos. **Discriminação e desigualdades do Brasil**. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2005.
- \_\_\_\_\_. Entre o Mito e os Fatos: Racismo e Relações Raciais no Brasil. In: MAIO, Marcos C.; SANTOS, Ricardo V. (orgs.). **Raça Ciências e Sociedade** – 2. ed. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 2006, p. 235- 249.
- HOFBAUER, Andreas. O conceito de ‘raça’ e o ideário do ‘branqueamento’ no século XIX – Bases ideológicas do racismo brasileiro. In **Teoria e pesquisa**, São Carlos-SP: UFSCar, n. 42-43, 2003.
- HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Tradução de Luis Repa. São Paulo: Ed.34, 2009.



- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. In: **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatística/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos>> Acesso em: 14 set. 2012.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2012.
- IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. Brasília: IPEA, 2011.
- JONES, Camara P. **Determinantes Social de Saúde e Equidade**: Os Impactos do racismo na saúde. Palestra proferida no 1º Seminário Internacional de Saúde da População Negra e Indígena, Salvador, 25 mar. 2010.
- KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete G. dos; BATISTA, Luís Eduardo et al. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.
- KESSLER, Ronald C.; MICKELSON, Kristin D.; WILLIAMS, David R. “The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States”. In **Journal of Health and Social Behavior**. [Internet]. 1990, 40, pp. 208-230. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2676349?uid=3737664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21102081122903>> Acesso em: 22 fev. 2011.
- KRUEGER, R. A. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. London: Sage Publications. 1996.
- KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. 3. ed. Trad. de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1990. 257p.
- LOPES, Fernanda; QUINTILIANO, Raquel. Racismo institucional e o direito à saúde. In: **Democracia Viva**, n.34:8-16. IBASE, 2007. [www.ibase.br](http://www.ibase.br).
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(5): 1595-1601, set - out, 2005.
- \_\_\_\_\_. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da População Negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.
- LOPEZ, Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. Elaborado com base em LÓPEZ (2009). Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2011.
- MCLAREN, Peter. **Multiculturalismo revolucionário**: pedagogia do dissenso para o novo milênio. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

- MAIO, Marcos C. e MONTEIRO, Simone. **Tempos de racialização**: o caso da “saúde da população negra” no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n. 2, p. 419-446, mai-ago, 2005.
- MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da Conversação**, 4 ed. São Paulo: Ática, 1986.
- MARTINS, Mário Jorge. **Distrito Sanitário**. Maceió, 2012. Disponível em: <[http://www.marcasaude.com.br/pdf/saude\\_para\\_a\\_comunidade/distrito\\_sanitario.pdf](http://www.marcasaude.com.br/pdf/saude_para_a_comunidade/distrito_sanitario.pdf)> Acesso em: 19 nov. 2012.
- MENDONÇA, R. F. **Reconhecimento em debate: os modelos de Honneth e Fraser em sua relação com o legado habermasiano**. [Internet]. 2007 Nov. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n29/a12n29.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2012.
- MENICUCCI, Telma Maria G. **Gestão de Políticas Públicas**: Estratégias pra construção de uma agenda. Trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Recreación Coldeportes FUNLIBRE, realizado 2006. Bogotá/ Colombia. Disponível em: <<http://www.redcreacion.org/documentos/congreso9/TMenicucci.html>> Acesso em: 18 dez. 2012.
- MINAYO, Maria Cecília S.; ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edinilsa R. de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 22ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010.
- MOORE, Carlos. **Racismo e Sociedade**. Novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.
- MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- MUNANGA, Kabengele. Nosso racismo é um crime perfeito. **Fórum** outro mundo em debate. São Paulo, ano 8, nº 77, p.14 – 19, agosto. 2009.
- NASCIMENTO, Paulo César. Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana. In: FLEURY, S., (org.) **Saúde coletiva?** questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.177-196.
- NEVES, Paulo Sergio da C. **Luta anti - racista**: entre reconhecimento e redistribuição. [Internet]. 2005 Out. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcso/v20n59/a06v2059.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2012.
- PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmem F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, número especial, São Paulo, SP, 2006, p. 73-78.

- PAIM, Jairnilson S. e VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Roseni Pinheiro; Rubens Mattos, (org.) **Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006, p.91- 111.
- PAIXÃO, Marcelo (ORG.). **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- PEREIRA, Potyara A. P. Sobre política de assistência social no Brasil. In Bravo, Maria Inês S. (org.) **Política Social e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Cortez, UERJ, 2001: 222.
- \_\_\_\_\_. Discussões conceituais sobre política social e direito de cidadania. In: BEHING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p.87- 108.
- PETRUCCELLI, Jose Luis. A cor denominada. Estudos sobre a classificação étnico-racial. **Coleção Políticas da Cor**. Rio de Janeiro: DP&A, 2007.
- PLANO OPERATIVO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA [internet] 2009. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_populacao\\_negra\\_plano\\_operativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf)> Acesso em: 03 abr. 2012.
- PINTO, Regina Pahim. **Movimento Negro e Educação do Negro: a ênfase na identidade**. Cad.Pesq., São Paulo, n.86, p.25-38, ago.1993.
- PITTA, Ana Maria F.; DALLARI, S. G. (1992). **A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil**. Londrina: Saúde em Debate, 36, 1992.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde Grupo de Trabalho da População Negra. **Ata de reunião ocorrida em 07 mar. 2005**. Salvador, 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde Grupo de Trabalho da População Negra. **Relatório Síntese – Planejamento Estratégico ocorrido em 29 dez. 2005**. Salvador, 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde Grupo de Trabalho da População Negra. **Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador**. Salvador: 2006, 62 p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde Grupo de Trabalho da População Negra. **Relatório Final da Oficina de Planejamento Estratégico**. Salvador, 2006, 56 p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Salvador, 2006. 125 p.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Salvador, 2010. 116 p.
- RACHLEFF, Peter. **Branquidade**: seu lugar na historiografia da raça e da classe nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Garamond. 2004.
- REX, John. **Raça e Etnia**. Lisboa: Editorial Estampa, LDA, 1987.
- ROCHA, Marcelo N. D.; CERQUEIRA, Sara C. C.; TEIXEIRA, C. F. Planejamento Municipal no SUS: O caso da Secretaria Municipal de Saúde – Salvador. In TEIXEIRA, C. F. (org). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.
- ROEDIGER, David. **Towards the Abolition of Whiteness**: Essays on race, politics and working class history. London, New York: Verso. 2000.
- SÁ JUNIOR, Luis S. de M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina** (CFM) [internet] jul/ago/set de 2004, pp 15-16. Disponível em:  
<<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>> Acesso em 27 jun. 2005.
- SANSONE, Lívio. O Pelourinho dos jovens negro-mestiços de classe baixa da Grande Salvador. In: **Pelo Pelô**: história cultura e cidade. Salvador: Editora UFBA, 1995.
- SARAIVA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, E. & FERRAREZI, E. (orgs). **Políticas Públicas**. Coletânea. Brasília: ENAP [internet] 2006. Disponível em:  
<[http://www.enap.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=858](http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=858)> Acesso em 22 abr 2012.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, pp. 29-41, 2007. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>> Acesso em: 19 maio 2012.
- SCOTT, Joan W. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, nº1, p.216, janeiro-abril/2005. Disponível em  
<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n1/a02v13n1.pdf>> Acesso em: 18 out. 2011.
- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- SERAPIONI, Mauro. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 85, Junho 2009, pp. 65-82.
- SOARES, Catharina L. M. e PAIM, Jairnilson S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, nº 5, pp. 966-974, maio 2011.

- SOUZA, A. S. Ações afirmativas: origens, conceito, objetivos e modalidades. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1321, 12 fev. 2007. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9487>>. Acesso em 15 abr. 2012.
- SOVIK, Liv. **Aqui ninguém é branco**. Rio de Janeiro: Editora Aeroplano; 2009.
- TAYLOR, Charles. **A ética da autenticidade**. São Paulo SP: Livraria e Distribuidora Ltda.; junho 2011.
- TELLES, Vera da S. **Questão social: afinal do que se trata?** São Paulo em Perspectiva, Fundação Seade, vol.10, no. 4, out-dez 1996, pp. 13-55 e pp.115-137.
- TEIXEIRA, Carmem. **O processo de formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador, 2005 - 2006**. Relatório Técnico. 2009.
- \_\_\_\_\_. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Carmem Fontes Teixeira (org). Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.
- TRAD, Leny; MOTA, Clarice; CASTELLANOS, Marcelo. et al. Percepção sobre a Política de Saúde da População negra: perspectivas polifônicas. *In: Werneck, Jurema; Batista, Luís Eduardo e Lopes, Fernanda (orgs.). Saúde da População negra*. Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, 2012. 328p. (Negras e negros: pesquisa em debates). Disponível em: <<http://ennufba.files.wordpress.com/2012/11/saude-populacao-negra.pdf> > Acesso em 22de maio 2013.
- VASCONCELOS, Cipriano M. de; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. *In: Campos, G. W. S.; et al. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- VARGAS, Carlos Salazar. **Lãs políticas públicas: nueva perspectiva de análise**. *In UNIVERSITAS*, n. 83, nov. 1992.
- VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, p.331-339, 1999.
- \_\_\_\_\_. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In: HATZ, Zumira Maria de A. & VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz/ Eudfba, PP. 15-39, 2005.
- VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2: S217-S226, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/04.pdf> > Acesso em: 19 mai. 2012.
- VIEIRA, Paulo A. dos S.; SILVÉRIO, Valter Roberto. Políticas Públicas contra as Desigualdades Étnico raciais na educação Brasileira: As Leis 10639/03 e 11645/08. *In. Anais do V Simpósio Internacional O Estado e as Políticas Educacionais no Tempo Presente*, 2009. Disponível em:

<[www.simposioestadopoliticas.ufu.br/imagens/anais/pdf/CC12.pdf](http://www.simposioestadopoliticas.ufu.br/imagens/anais/pdf/CC12.pdf)> Acesso em: 19 maio 2012.

- WEBER, Roberto O. **A teoria política do reconhecimento e o estado democrático de direito: uma abordagem a partir do pensamento de Charles Taylor.** [Internet]. 2007. Disponível em: [http://www.unisc.br/portal/images/stories/mestrado/direito/dissertacoes/2009/roberto\\_oliveira\\_weber.pdf](http://www.unisc.br/portal/images/stories/mestrado/direito/dissertacoes/2009/roberto_oliveira_weber.pdf). Acesso em: 26 maio 2012.
- WEST, Cornel. The new cultural politics of difference. In, **The Post Modern Turn, New Perspectives on Social Theory.** Steven Seidman. Cambridge University Press. 1994. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/778917?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102081240693>> Acesso em: 06 out. 2011.
- WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health.** Copenhagen: World Health Organization, 1991. Disponível em <<http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,4,13;journal,84,170;linkingpublicationresults,1:300313,1>> Acesso em: 17 nov. 2011.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa cujo tema é: AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, que tem como objetivo avaliar a execução da política de atenção à saúde integral da população negra em Salvador, no período de 2006 a 2012.

Sua participação no estudo se dará através da técnica de pesquisa denominada de Grupos Focais, onde iremos trocar pontos de vista, percepções, críticas e sugestões sobre o Programa de Combate ao Racismo Institucional no Distrito Sanitário do Centro Histórico; e/ ou consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista individual. O Grupo Focal e as entrevistas serão gravados para posterior transcrição dos dados e análise. Cada atividade terá a duração de até duas horas.

Você é livre para recusar responder ou fornecer informação que julgue confidencial, assim como para retirar o seu consentimento, em qualquer fase desta pesquisa, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo. Sua participação é voluntária e não acarretará nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O benefício relacionado à sua participação será a oportunidade de refletir sobre a política de saúde da população negra em Salvador, não somente na dimensão das ações e serviços de saúde, mas também na dimensão de gestão. A pesquisa pretende contribuir para a elaboração teórica em saúde da população negra, e para a melhoria das ações da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra (PMSIPN), espera-se que também seja possível redimensionar os olhares dos leitores e motivar novas investigações sobre a PMSIPM.

Em função da natureza do estudo os riscos se restringem ao manuseio das informações concedidas, ou seja, quebra de sigilo e privacidade, utilização de informações para fins outros que não a pesquisa. Mas consciente destes riscos, a pesquisadora irá tomar todas as medidas necessárias para que as informações sejam utilizadas somente para os fins desta pesquisa e tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Nesse sentido, gravações serão guardadas em local seguro sobre os cuidados da pesquisadora.

Você tem pleno direito de solicitar outros esclarecimentos a respeito da pesquisa, a qualquer momento você poderá me contatar através do e-mail: [elosmb@gmail.com](mailto:elosmb@gmail.com) ou pelo telefone: (71) 8812-9270, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/ Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das

Ciências, Av. D. João VI, 274 - Brotas, SSA/Ba. CEP 40.290 -000 Tel.: (71) 3276-8225276-8225 E-mail: cep-ebmsp@bahina.edu.br

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Desde já agradeço!

---

Pesquisadora Responsável – Eloísa Solange Magalhães Bastos



**AVALIAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO  
MUNICIPIO DE SALVADOR.**

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, expedida  
por \_\_\_\_\_, declaro ter sido devidamente informado (a) sobre o conteúdo deste  
termo e da pesquisa ***AVALIAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA DE SALVADOR***, a ser desenvolvida e declaro aceitar, por minha  
livre e espontânea vontade, participar da pesquisa e autorizo o pesquisador a fazer uso de  
meus depoimentos, entrevistas, observações, história, etc para o referido projeto.

Salvador, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA 1

1. Como está sendo executada a Política Municipal de Saúde Integrada da População Negra em Salvador?
2. Que fatores facilitaram ou dificultaram esse processo dessa implantação da Política Municipal de Saúde Integrada da População Negra?
3. Quais as estratégias utilizadas para a superação das (eventuais) dificuldades?
4. Como você avalia um processo de execução de implantação da Política de Saúde Integral da População Negra em Salvador, do período de 2006 a 2012?
5. Quais fatos e ou eventos marcaram este processo?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA 2

1. Como está sendo executada a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador?
2. Que fatores facilitaram ou dificultaram este processo?
3. Quais as estratégias utilizadas para a superação das (eventuais) dificuldades?
4. Como você avalia o processo de execução da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, no período de 2006 a 2012?
5. Quais fatos ou eventos marcaram este processo?
6. De que modo a ASTEC tem contribuído para a implantação da Política de Saúde da População Negra em Salvador?
7. Quais ações desenvolvidas pela ASTEC incluem ou transversalizam a PMSIPN?
8. Em sua opinião, que fatores contribuíram ou dificultaram a transversalidade da PMSIPM?

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA 3

1. Como está sendo executada a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador?
2. Quais fatos e ou eventos marcaram este processo?
3. No seu ponto de vista qual a importância desta política para Salvador?
4. De que forma a Área Técnica de Atenção as Pessoas com Doença Falciforme tem contribuído para a implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador?
5. Quais as ações desenvolvidas pela Área Técnica de Atenção as Pessoas com Doenças Falciformes, incluem ou são transversais a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra?
6. Quais fatores contribuíram ou dificultaram a implantação do programa de Atenção a Anemia Falciforme aqui na SMS Salvador?
7. Quais fatores facilitaram ou dificultaram o processo de implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra?
8. Como se dar a articulação entre o Programa de Atenção as Pessoas com Doença Falciforme e a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra?
9. Quais fatores contribuíram ou dificultaram a transversalidade da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra aqui na SMS Salvador?
10. Como você avalia a implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador, no período de 2006 a 2012?

## APÊNDICE E

### ROTEIRO DE ENTREVISTA 4

1. Em sua opinião, que fatos geraram a necessidade de incluir na agenda política de Salvador a Saúde da População Negra?
2. Como ocorreu a implantação da Política de Saúde da População Negra em Salvador?
3. No seu ponto de vista qual a importância desta política para Salvador?
4. De que forma vem sendo implantada a Política de Saúde da População Negra em Salvador?
5. Quais fatos e ou eventos marcaram este processo?
6. Sabe-se que a formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador antecedeu a PNSIPN, do seu ponto de vista como a instituição da PNSIPN contribuiu para o desenvolvimento das ações em SPN em SSA?
7. Você poderia elencar ações propostas no Plano Operativo da PNSIPN desenvolvidas, ou em desenvolvimento, em Salvador?
8. Existem outras ações desenvolvidas, ou em curso, além das propostas no Plano Operativo da PNSIPN?
9. Quais os desafios enfrentados para a continuidade e consolidação das ações de SPN?
10. Como você vê a relação ASPERS/SEMUR?
11. Como você avalia a implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Salvador?

## APÊNDICE F

### Roteiro Grupo Focal

***Público:***

*Trabalhadores representantes da Saúde da População Negra nas diversas unidades e setores de saúde no Distrito Sanitário do Centro Histórico no Município de Salvador.*

### **INTRODUÇÃO**

Apresentação e explicação sobre a atividade, objetivo e metodologia.

Apresentação das/dos participantes (Solicitar que mencionem profissão, local de trabalho, função/ cargo).

### **BLOCO I – INTRODUTÓRIO E DE AQUECIMENTO**

1. O que motivou vocês a ser um Ponto Focal em Saúde da População Negra?
  - a. Vocês já tinham conhecimento com relação à saúde da população negra e ao Racismo institucional? O que vocês sabiam sobre isso?
2. Eu gostaria que vocês me descrevessem qual foi a atividade (oficina, seminário etc.) que vocês primeiro participaram sobre tais temáticas?

### **BLOCO II – SOBRE OS ASPECTOS CONCEITUAIS**

1. Diga com suas palavras o que para você é o racismo institucional.
2. No seu entender quais as relações entre racismo, racismo institucional e a saúde da população negra.

### **BLOCO III – SOBRE O PCRI NO DSCH**

1. Como se deu a implantação do PCRI no DSCH?
2. Como o PCRI esta organizado/estruturado no Distrito?
3. Do seu ponto de vista, quais elementos facilitaram a implantação do PCRI no DSCH? E quais elementos que dificultaram, ou dificultam, o processo da sua implantação?
4. Em linhas gerais, como tem sido a sua participação no processo de implantação do PCRI no DSCH?

### **BLOCO IV – SOBRE OS DESDOBRAMENTOS**

1. Quais mudanças você observa em si mesma/mesmo? E no seu grupo e/ou equipe de trabalho após a implantação do PCRI no DSCH?
2. Em que medida vocês acham que o/a usuário/a do SUS tem se beneficiado do conhecimento adquirido por vocês nestas atividades?
  - a. Vocês poderiam me fornecer exemplos?
  - b. O que pode melhorar?
  - c. Há possibilidade de acontecer, de fato, algo positivo na “ponta”?
  - d. Como o nível central (ASPERS) poderia ajudar?

## APÊNDICE G

## PASSO-A-PASSO GRUPO FOCAL

## 1. Convite

## 1.1. Seleção dos participantes – critério ser Ponto Focal do DSCH.

Importante:

a) Os convidados (13 pontos focais) são em sua maioria trabalhadores de unidades de saúde diferentes.

b) Fazer o possível para garantir que no mínimo 08 Pontos Focais se façam presentes.

1.2. Manter contato telefônico prévio com cada um dos pontos focais do DSCH convidando-os a participarem do grupo focal , em 28 de setembro de 2012, uma sexta - feira, à tarde.

No contato telefônico explicar os objetivos do trabalho.

Caso o/ a profissional aceite participar, explicar que ele receberá o convite por e-mail e/ou por comunicação interna. Obs.: Ao enviar por e-mail solicitar confirmação do recebimento.

Quando necessário, fazer contato com a chefia/ gerencia. Enviar um ofício específico para a chefia/gerencia explicando os objetivos da atividade e solicitar a liberação do profissional para participar na atividade.

1.3. Hum dia antes do Grupo Focal, telefonar para cada profissional e confirmar a participação. Nesta oportunidade, reafirmar a importância da atividade e da participação do convidado, esclarecendo que o grupo só poderá ser iniciado com a presença de todos/a de modo que é muito importante que ele/ela não se atrase.

2. Confirmar com Liliane (facilitadora/ moderadora) a condução do grupo e com ou pessoa (relator) que junto comigo ficará responsável pela relatoria e pelos gravadores. (a de gravação deve ser cuidadosamente testada).

3. Providenciar no mínimo dois gravadores.

4. Providenciar água, café e biscoitos.

5. Agendar o auditório do Centro Médico Carlos Gomes

No dia da atividade, verificar condições do local, arrumar as cadeiras em círculo, deveremos ter em mãos a planilha de perfil, o TCLE, crachás, papel para anotações, canetas.

5. Abertura do grupo

Eloísa e o outro redator - Entregar crachá numerado e a planilha do perfil para cada um dos participantes, que logo após o seu preenchimento é recolhida. A planilha de perfil (modelo abaixo) com informações sobre as características dos participantes.

O moderador explica o objetivo do encontro, o porquê da escolha dos participantes, deixa claro que todas as ideias e opiniões interessam que não há certo ou errado, bom ou mau argumento ou posicionamento, que se espera mesmo que surjam diferentes pontos de vista, que não se está em busca de consensos, todo e qualquer tipo de reflexão e contribuição é importante. Informa sobre a gravação do trabalho, assegurar a confidencialidade das informações fora do grupo, garantindo o sigilo dos registros e dos nomes dos participantes, e busca a anuência dos participantes.

O moderador explicita o seu papel – introduzir o assunto, propor algumas questões, ouvir, procurar garantir que os participantes não se afastem do tema e ao mesmo tempo para que todos tenham a oportunidade de se expressar, de participar. Solicitar aos participantes que procurem falar cada um na sua vez, claramente, para permitir boa gravação. Evitar conversas paralelas é essencial.

Eloísa e o outro redator - distribui o TCLE e o recolhe após a assinatura por parte dos participantes.

O moderador faz uma breve autoapresentação e solicita aos demais participantes que façam o mesmo.

Para entrar no tema, propor que cada um dos participantes faça um comentário geral sobre o PCRI.

Para a continuidade da discussão, é interessante partir do que foi dito no início do grupo. “uma coisa que ouvi alguns de vocês colocarem é que... Eu me pergunto o que os demais teriam a dizer sobre isso?”

Caso o primeiro tópico não tenha sido afluído na abertura: “uma coisa que me surpreendeu é que ninguém mencionou nada sobre... Isso é importante ou não?”.

“Lembro que..., então,..?”

É importante que no decorrer da interação grupal, o moderador faça ligações entre as sequencias, lembrando aspectos expostos anteriormente, que podem levar o grupo a abordar outro tópico importante do roteiro.

Caso ocorra a antecipação de algum dos tópicos – deixar correr a discussão caso esteja avançando bem ou dizer ao grupo que este ou aquele tópico virá a ser tratado depois, pedindo aos participantes para retornar as ideias sobre o assunto anterior em pauta.



Ou que um ou alguns tópicos não mereçam muita atenção do grupo, que não se motiva em tratá-los detalhadamente – não forçar o grupo vez que o roteiro não tenha se adequadamente muito bem ao assunto tal como abordado pelo grupo.

Ou podem aparecer tópicos que se mostram relevantes para os participantes e para o problema, mas não constam no roteiro.

Quando o GF vai se aproximando do seu final é importante informá-lo sobre isso. O moderador pode também solicitar que cada um faça uma observação final, caso julgue necessário ou conveniente.

#### Papel

Moderadora/facilitadora

Manter produtiva a discussão

Garantir que todos exponham suas ideias

Impedir a dispersão da questão em foco

Evitar a monopolização da discussão por um dos participantes.

Nunca deve expor suas opiniões ou criticar os comentários dos participantes.

Controla o tempo do uso da palavra pelos participantes, tempo do tratamento de cada tópico abordado e do tempo geral da discussão em grupo.

Respeito ao princípio da não diretividade – cuidar para que o grupo desenvolva a comunicação sem ingerências indevidas, não emitir opiniões, não fechar questões, fazer sínteses, propor ideias, inquirir diretamente.

Fazer a discussão fluir entre os participantes.

Criar condições para que os participantes se situem, explicitar pontos de vista, analisar, infringir, fazer críticas, abrir perspectivas diante da problemática para a qual foi convidado a conversar coletivamente.

O foco no PCRI deve ser mantido, porém criando-se um clima aberto às discussões.

Estimular o debate em pontos onde, de outra maneira, ele teria terminado, desafiando os participantes em questões tidas como certas e dadas e encorajando-os a discutir as inconsistências dos argumentos dos participantes ou de um participante.

A ênfase deve ser a interação dentro do grupo, a interação que se estabelece e as trocas afetivas.

#### Relator

Anota o início das falas dos participantes identificando-os pelos números nos crachás.

Anotar dados e circunstâncias que considerem importantes como, mudanças ocorridas no tônus da discussão (momento acalorado, silêncios, expressões cautelosas, falas que se desviam do assunto, por exemplo), gestos, semblantes, dentre outros.

Ficar atento ao funcionamento dos gravadores e a qualidade das gravações.

## ANEXO

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA / FUNDAÇÃO BAHIANA  
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

**Pesquisador:** Eloísa Solange Magalhães Bastos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 05863512.8.0000.5544

**Instituição Proponente:** Universidade Católica do Salvador

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 172.095

**Data da Relatoria:** 12/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

O estudo pretende avaliar a Política de Saúde Integral de População Negra no Município de Salvador, durante o período de 2006 até agosto de 2012, através de uma pesquisa avaliativa dividida em duas etapas. Na primeira será realizado um estudo exploratório-descritivo que investigará o processo de execução da política de saúde da população negra em Salvador ao tomar por referência uma linha de base avaliativa construída a partir da análise de documentos relacionados aos indicadores selecionados para o estudo. Na segunda etapa da pesquisa buscar-se-á identificar como se configura no contexto do Distrito Sanitário do Centro Histórico a implantação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), nesse momento como estratégia de coleta de dados serão realizados um grupo focal com trabalhadores de saúde que exercem suas atividades no referido Distrito Sanitário e entrevistas com gestores, profissionais de saúde e representante do conselho de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Espera-se preencher a lacuna referente à inexistência de avaliação da PMSIPN em Salvador, ao identificar obstáculos, facilidades e estratégias utilizadas possa contribuir para possível correção de rumos da Política Municipal da Saúde Integral da População Negra (PMSIPN), em Salvador/BA.:

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segunda informa o pesquisador, não existe indicação de que os procedimentos do estudo ofereçam riscos para os seus participantes. Ao contrário, a pesquisa poderá contribuir com um aumento de reflexão dirigida ao tema estudado e a uma postura crítica por parte da população interessada, contribuindo para reivindicações substanciadas e exercícios de cidadania ativa.

Em resposta a pendência, a pesquisadora reconsidera e coloca os seguintes riscos:

Em função da natureza do estudo os riscos se restringem ao manuseio das informações concedidas, ou seja, quebra de sigilo e privacidade, utilização de informações para fins outros que não a pesquisa. Mas consciente destes riscos, a pesquisadora irá tomar todas as medidas necessárias para que as informações sejam utilizadas somente para os fins desta pesquisa e tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Nesse sentido, gravações serão inicialmente guardadas em local seguro sobre os cuidados da pesquisadora, e após um ano serão destruídas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será realizada em duas etapas. Na primeira fase, a pesquisadora pretende obter dados constantes em documentos oficiais (Planos Municipal de Saúde, relatórios de Gestão, Programações Anual de Saúde etc), dados epidemiológicos, normas e estudos realizados. Na segunda, indica a realização de entrevista com 20 pessoas, gestores e profissionais de saúde para: a) Identificar como

**Endereço:** Av D. JOÃO VI, Nº 274.

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.290-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep-ebmsp@bahina.edu.br

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA / FUNDAÇÃO BAHIANA**

configura-se no contexto do Distrito Sanitário do Centro Histórico a implantação do Programa de Combate ao Racismo Institucional. b) Entender como se tem configurado as ações do GTSPN/ ASPERS (seu desenho), suas semelhanças e diferenças com o prescrito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. c) Evidenciar elementos que facilitaram ou dificultaram a execução da Política de Saúde Integral da População Negra em Salvador. d) Avaliar o grau de execução dos Programas de Combate ao Racismo Institucional dos Programas Combate ao Racismo Institucional e de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, ações desenvolvidas com as Religiões de Matriz Africana e com as comunidades quilombolas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE adequado. Folha de rosto adequadamente preenchida. Declarações anexadas

**Recomendações:**

A pesquisa indica validade acadêmica, na medida em que tem com referência a população negra da cidade de Salvador, segmento que necessita de estudo para compreensão do racismo institucional e suas repercussões na forma de atendimento público.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto factível, atendendo aos princípios bioéticos.

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SALVADOR 13 de Dezembro de 2012

---

**Roseny Ferreira**  
**(Coordenador)**  
**Assinador por:**

**Endereço:** Av D. JOÃO VI, Nº 274.

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.290-000