

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**RACISMO NO CONTEXTO DA SAÚDE: UM ESTUDO
PSICOSSOCIOLÓGICO**

ROSANE DE SOUSA MIRANDA

JOÃO PESSOA-PB, FEVEREIRO DE 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**RACISMO NO CONTEXTO DA SAÚDE: UM ESTUDO
PSICOSSOCIOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Rosane de Sousa Miranda, sob a orientação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

JOÃO PESSOA-PB, FEVEREIRO DE 2015

M672r Miranda, Rosane de Sousa.
Racismo no contexto da saúde: um estudo
psicossociológico / Rosane de Sousa Miranda.- João Pessoa,
2015.
193.f. : il.
Orientadora: Maria da Penha de Lima Coutinho
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA
1. Psicologia social. 2. Racismo. 3. Discriminação racial em
saúde. 4. Representações sociais. 5. Sistema Único de Saúde
- serviços.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**RACISMO NO CONTEXTO DA SAÚDE: UM ESTUDO
PSICOSSOCIOLÓGICO**

ROSANE DE SOUSA MIRANDA

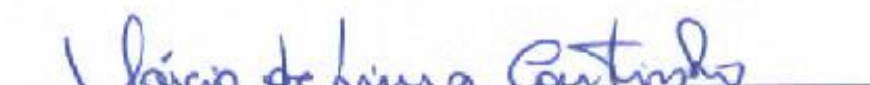
Banca avaliadora:


Maria da Penha de Lima Coutinho (Orientadora)


Ana Raquel Rosas Torres (Membro Interno)


Patrícia Nunes da Fonseca (Membro Interno)


Andréa Xavier Albuquerque de Souza (Membro Externo)


Márcio de Lima Coutinho (Membro Externo)

A Deus,

por me conceder coragem para seguir adiante

À minha família,

por todo amor.

Aos meus pares de Núcleo de Pesquisa,

pela amizade e saberes partilhados.

Aos meus professores,

por todas as oportunidades de aprendizado.

Aos participantes da pesquisa,

pela confiança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e força para seguir em frente.

Ao porto seguro com que posso contar todos os dias da minha vida: meus pais, José Mário e Arcângela, pelo incondicional apoio afetivo e financeiro; aos meus irmãos Mírian e Roberto, pela sensação boa de mesmo longe estarem sempre por perto; à madrinha Jesus pelo carinho e apoio; e à vó Jandira por mostrar que resiliência e respeito ao outro são elementos indispensáveis para levar a vida.

Ao Daniel que com seu carinho, atenção e cuidados tem tornado meu percurso pessoal e acadêmico mais leve.

À minha orientadora, Maria da Penha de Lima Coutinho, que desde 2009 tem proporcionado espaço para aprendizado e também autonomia, com sua liderança democrática, mas firme. A todos os professores da pós-graduação, aos componentes da banca pela atenção dispensada a este trabalho.

Aos amigos queridos com quem fiz o percurso pela pós-graduação: Marcelo, Luciene, Roniere, Lidiane, Shirley, Denise, Andréa e Jandilson.

Aos meus colegas de trabalho do Instituto Federal do Piauí, Campus São João do Piauí, especialmente aos amigos que colaboraram e acompanharam mais de perto esta caminhada: Conceição, Lidiane, Lourival, Lívia, Luana, Roseanne, Walter, Bartira e Gilda.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que subsidiou a realização deste trabalho com bolsa de estudo.

RESUMO

Ao longo dos anos foi sendo forjada no Brasil, a crença de que esta é uma nação miscigenada, que convive com suas diversidades na mais perfeita harmonia em uma democracia racial. No entanto, ao adentrar as relações raciais que se estabelecem no cotidiano e nas instituições podem-se perceber disparidades e desigualdades, onde grupos minoritários são colocados à margem. Em face destas premissas, o objetivo desta tese é investigar o racismo nos atendimentos em saúde a partir da percepção dos seus usuários. Para atendê-lo fez-se necessária a realização de dois estudos empíricos. No **primeiro estudo** foi feita a adaptação e validação da Escala de Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versões Pessoal e Geral. **Lócus de Pesquisa**: grande João Pessoa. **Participantes**: 214 adultos. **Instrumentos**: Questionário Biossociodemográfico; Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde - Versão Pessoal (EPDRS-VP); Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde - Versão Geral (EPDRS-VG). **Análises**: estatísticas descritivas e medidas de tendência central e dispersão e também aquelas bi e multivariadas, como Análise Fatorial Exploratória, alfa de Cronbach e MANOVA. **Resultados**: Tanto a EPDRS-VP quanto a EPDRS-VG apresentaram estrutura unifatorial e consistência interna adequada, $\alpha = 0,94$ e $\alpha = 0,93$, respectivamente, apresentando padrões psicométricos adequados. Buscando apreender o racismo no contexto de saúde em seus múltiplos aspectos, a seguir procedeu-se a **segunda investigação**, onde as escalas validadas foram utilizadas como uma das variáveis para investigar as representações sociais forjadas pelos participantes acerca da temática. **Lócus de Pesquisa**: João Pessoa. **Participantes**: 30 adultos. Critérios para inclusão da amostra: (i) ter mais de 18 anos; (ii) aceitar participar da pesquisa, e (iii) ser usuário de serviços de saúde. **Instrumentos**: *Teste de Associação Livre de Palavras* (TALP) com os estímulos: saúde, racismo, racismo em saúde, atendimento em saúde e SUS; Questionário biossociodemográfico; EPDRS-VP; EPDRS-VG. **Análises**: o questionário biossociodemográfico foi submetido à estatística descritiva e inferencial; As Escalas foram analisadas por meio de estatística descritiva e inferencial. Os dados oriundos do TALP foram submetidos à análise fatorial de correspondência. A entrevista semiestruturada foi analisada por meio de análise lexical de conteúdo. **Resultados**: a análise das representações sociais evidenciou a polarização do discurso em torno da afirmação/negação do racismo no contexto da saúde. A inserção social em atividades ligadas a questão racial, bem como a discriminação racial percebida foram característicos do discurso que afirma a existência do racismo em saúde, enquanto a negação foi atrelada ao catolicismo, pessoas brancas e com baixa percepção de discriminação racial. Os achados apontam para a pertinência de discutir o racismo no contexto da saúde. Espera-se que os resultados possam lançar luz sobre a existência de racismo nos serviços de saúde e colaborar com ações relativas à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra.

Palavras-chave: racismo, discriminação racial, representações sociais, serviços de saúde, sistema único de saúde.

ABSTRACT

Over the years has being forged in Brazil, belief that this is a mixed nation, living with their diversity in perfect harmony in a racial democracy. However, when penetrate into race relations established in daily life and in institutions can be perceived disparities and inequalities, where minority groups are sidelined. Given these assumptions, the aim of this thesis is investigate racism in health care from users perception. To realize it was necessary to carry out two empirical studies. In the first study was done the adaptation and validation of Racial Discrimination Perception Scale Health - Versions Personnel and General. Locus Search: great João Pessoa. Participants: 214 adults. Instruments: Survey **Biosociodemographic**; Scale Perception of Racial Discrimination in Health - Personal version (EPDRS-VP); Scale Perception of Racial Discrimination in Health - General Version (EPDRS-VG). Analysis: descriptive statistics and measures of central tendency and dispersion and also those bivariate and multivariate like Exploratory Factor Analysis, Cronbach's alpha and MANOVA. Results: Both EPDRS-VP as the EPDRS VG-factor structure and had adequate internal consistency, $\alpha = 0.94$ and $\alpha = 0.93$, respectively, presenting appropriate psychometric standards. Seeking to understand racism in health context in many aspects, then proceeded to the **second investigation**, the validated scales were used as one of variables to investigate the social representations forged by the participants on the theme. Locus Search: João Pessoa. Participants: 30 adults. Criteria for inclusion in sample: (i) be more than 18 years; (ii) accept participate in the study, and (iii) be user of health services. Instruments: Free Association Test (FAT) with stimuli: health, racism, racism in health, health care and SUS; Biosociodemographic questionnaire; EPDRS-VP; EPDRS-VG. Analysis: the biosociodemographic questionnaire was submitted to descriptive and inferential statistics; The scales were analyzed using descriptive and inferential statistics. The data from the TALP underwent factorial correspondence analysis. The semi-structured interviews was analyzed using lexical analysis of content. Results: The analysis of social representations highlighted the polarization of speech around the affirmation/denial of racism in health context. Social insertion in activities related to racial issue and racial discrimination were perceived characteristic of speech that affirms the existence of racism in health, while the denial was linked to catholicism, white people and low perception of racial discrimination. The findings highlight the relevance to discuss racism in the health context. It is expected that the results may shed light on the existence of racism in health services and collaborate with actions related to the National Policy for Integral Attention to Health of the Black Population.

Keywords: racism, racial discrimination, social representations, health services, public health system.

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição gráfica dos valores da <i>EPDRS-VP</i>	103
Figura 2 - Distribuição gráfica dos valores da <i>EPPDRS-VG</i>	108
Figura 3 – Plano Fatorial de Correspondência	128
Figura 4 – Classificação Hierárquica Descendente	131

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Implementação de ações e políticas acerca da equidade racial em saúde.	35
Tabela 2 – Publicações acerca do racismo contra negros no <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> entre 2010 a 2015.....	52
Tabela 3 – Sistema de Saúde Brasileiro *	66
Tabela 4 - Dados biossociodemográficos dos participantes do estudo 1	100
Tabela 5- Poder discriminativo dos itens da EPDRS-VP	102
Tabela 6. Valores próprios observados e simulados para <i>EPDRS-VP</i>	104
Tabela 7 - Estrutura Fatorial da <i>EPDRS-VP</i>	105
Tabela 8- Poder discriminativo dos itens da EPDRS-VG	106
Tabela 9. Valores próprios observados e simulados para <i>EPDRS-VG</i>	109
Tabela 10 - Estrutura Fatorial da <i>EPDRS-VG</i>	110
Tabela 11 – Descrição dos Dados Biosociodemográficos.....	122
Tabela 12 – Distribuição dos participantes por Nível nas Escalas de Discriminação Racial em Saúde –Versão Pessoal e Versão Geral	123
Tabela 13 – Descrição dos Dados Biosociodemográficos por grupos	124
Tabela 14 – Distribuição por grupos dos participantes por Nível nas Escalas de Percepção de Discriminação Racial em Saúde –Versão Pessoal e Versão Geral	126

Lista de Siglas

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

ALCESTE - Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EPDRS-VG - Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde -Versão Geral

EPDRS-VP - Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde -Versão Pessoal

GLBTT – Gays, lésbicas, bi e transgêneros

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML - Instituto Médico Legal

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

MANOVA - Multivariate Analysis of Variance

MEC - Ministério da Educação

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAF - Programa de Anemia Falciforme

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF - Programa Saúde da Família

RS - Representações Sociais

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SUS – Sistema Único de Saúde

TALP - Teste de Associação Livre de Palavras

TRS - Teoria das Representações Sociais

UCE - Unidades de Contexto Elementar

UCI - Unidades de Contexto Inicial

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
--------------------	----

PARTE I – MARCO TEÓRICO	26
CAPÍTULO 1 - Contextualização do Objeto de Pesquisa.....	27
1.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	30
CAPÍTULO 2 - Preconceito, raça e racismo: apontamentos históricos e teóricos.....	38
2.1 Psicologia Social e Racismo.....	49
2.1.1 <i>European Journal of Social Psychology</i>	49
2.1.2 <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>	51
2.1.3 <i>Revista Psicologia & Sociedade</i>	53
CAPÍTULO 3 –Saúde no contexto brasileiro.....	59
3.1 Antecedentes do Sistema Único de Saúde.....	60
3.2 O Sistema de saúde brasileiro após 1988: Sistema Único de Saúde e Sistema de Saúde Suplementar	64
3.2.1 <i>Sistema Único de Saúde</i>	67
3.3 Raça, Racismo e Saúde.....	70
CAPÍTULO 4 - Teoria das Representações Sociais.....	77
4.1 Fundamentos da Teoria das Representações Sociais.....	83
4.1.1 <i>Funções das representações sociais</i>	83
4.1.2 <i>Processos de formação da representação social</i>	83
4.1.3 <i>Determinantes sociais para a formação da representação social</i>	87
4.2 Articulações entre Teoria das Representações Sociais e Relações Intergrupais	88
PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS.....	92
CAPÍTULO 5 – ESTUDO I: Adaptação e Validação das Escalas Percepção de Discriminação Racial em Saúde (Versão Pessoal e Versão Geral)	93
Objetivo Geral	94
Objetivos Específicos	94
5.1 Método.....	95
5.1.1 <i>Tipo de estudo</i>	95
5.1.2 <i>Lócus de pesquisa</i>	95
5.1.3 <i>Participantes</i>	95
5.1.4 <i>Instrumentos (Anexo A)</i>	95
5.1.5 <i>Procedimentos</i>	97
5.1.6 <i>Análise dos dados</i>	98

5.1.7 Aspectos Éticos.	99
5.2 Resultados.....	99
5.2.1 Perfil dos Participantes.	99
5.2.2 Validação da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Pessoal (EPDRS-VP).	101
5.2.3 Validação da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Geral (EPDRS-VG).	106
5.3 Discussão	111
CAPÍTULO 6 – ESTUDO II: Representações sociais dos usuários acerca do racismo nos atendimentos em saúde.	114
Objetivo Geral	115
Objetivos Específicos	115
6.1 Método.....	116
6.1.1 Tipo de estudo.	116
6.1.2 Locus de pesquisa.	116
6.1.3 Participantes.	116
6.1.4 Instrumentos.....	117
6.1.5 Procedimentos.....	120
6.1.6 Análise dos dados.	120
6.1.7 Aspectos Éticos.	121
6.2 Resultados.....	121
6.2.1 Questionário biossociodemográfico.	121
6.2.2 Teste de Associação Livre de Palavras.	127
6.2.3 Alceste.	130
6.2.3.1 Vivências nos serviços de saúde.	132
6.2.3.2 Negação do Racismo em Saúde.	133
6.2.3.3 Afirmação do Racismo em saúde.....	134
6.3 Discussão	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	151
ANEXOS	184

ANEXO A – Instrumentos	185
<i>ESCALA PERCEPÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SAÚDE – VERSÃO</i> <i>GERAL</i>	186
<i>ESCALA PERCEPÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SAÚDE – VERSÃO</i> <i>PESSOAL</i>	187
<i>QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO</i>	188
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	189
ANEXO C – Parecer Comitê de Ética	191

APRESENTAÇÃO

Em sua pluralidade de formas e expressões, o racismo está presente nos mais diversificados espaços de convivência social. No âmbito do trabalho, observam-se profissões ou cargos, que na maior parte das vezes, de forma velada, são considerados mais adequados a pessoas de determinadas raças ou etnias. A mídia noticia o tratamento diferenciado fornecido pela polícia e pelo meio judiciário a cidadãos negros. Nas conversas cotidianas, é possível notar as “brincadeiras” que sutilmente classificam as pessoas como inferiores ou superiores baseadas em características raciais. No Brasil, os níveis de escolaridade e as taxas de morbidade e mortalidade também apresentam grandes diferenças se consideradas a partir de um recorte racial. A despeito dos avanços na área da genética terem comprovado que diferenças raciais não existem como conceito biológico ou natural, as práticas sociais e políticas reforçam tais diferenças (Brasil, 2013).

Atos explícitos de racismo são socialmente condenados e passíveis de punição legal nas sociedades democráticas. Apesar disso, observam-se situações claramente contraditórias em relação aos negros. O país de maior economia do mundo elegeu um homem negro como presidente, no entanto, sua esposa, também negra, foi alvo de racismo na mesma época: em 2009, ao digitar seu nome em um expressivo site de buscas, retornava uma imagem com traços explícitos de um macaco. Exemplos, como este podem ser observados com frequência, seja o foco de análise global ou local (Brasil, 1989; Sweney, 2009).

O racismo também pode ser percebido por meio da tentativa de inviabilizar os feitos de um povo, basta lembrar a propaganda de um grande banco nacional que se vangloriava do fato de Machado de Assis ter tido caderneta de poupança na instituição. No entanto, o ator que aparecia no comercial era tão branco quanto qualquer Papai Noel

dos filmes norte-americanos, o que se contrapõe com o fato de Machado de Assis ser descrito como mulato (Simon, 2011).

No Brasil, onde o racismo é oficialmente considerado um crime, observa-se a mídia repleta de casos velados ou até mesmo explícitos de racismo, diversas conversas cotidianas permeadas de ditados preconceituosos e posicionamentos que negam ou escamoteiam as diferenças raciais existentes, mesmo em grupos com maior escolaridade (Acevedo & Nohara, 2008; Brasil, 1989; Camino, Gouveia, Maia, Paz, & Laureano, 2013; Camino, Tavares, Torres, Álvaro, & Garrido, 2014).

Neste sentido, o racismo pode ser entendido como ideologia que se sustenta mesmo na ausência de evidências empíricas ou científicas da superioridade ou inferioridade de uma raça em relação às demais. Tal ideologia segue como construção mental justificadora, atuando sobre o conjunto de leis psicológicas que regem os processos cognitivos e afetivos. Entre os processos cognitivos que embasam ideologias racistas, destacam-se os processos de categorização e de construção de estereótipos, com seu papel justificador nas relações intergrupais (Jones, 1972; Munanga, 2010; S. Costa, 2012; van Dijk, 1998; Tajfel, 1981; Theodoro, 2014).

Ao longo dos anos, diversas teorias científicas buscaram explicar ou discutir o racismo. No início do século XX, os estudiosos utilizavam explicações biologicistas (poligenia, eugenia e arianismo) para explicar a inferioridade da raça negra, justificando dessa forma a escravidão. Após quatro décadas, abandonou-se a ideia de que os negros eram biologicamente inferiores, mas afirmava-se que devido à escravidão, estes foram deformados. Estudos mais recentes nas áreas da educação, do trabalho e da saúde, têm demonstrado que a situação de desigualdade da população negra deve-se à discriminação racial cotidiana e não exclusivamente ao fato de o negro ter sido escravo

(Bento, 2006; Francisco Junior, 2008; Pereira, Torres, & Almeida, 2003; Q. Rodrigues, 2009).

O racismo e a presença de estereótipos a ele atrelados determinam diferenças importantes no acesso e na assistência nas diferentes esferas da sociedade a serviços como saúde, educação, direitos humanos e justiça. Tal fenômeno pode ser definido como racismo institucional que se caracteriza pelo fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica (Carmichael & Hamilton, 1967; Macpherson, 1999).

O tratamento diferenciado a pessoas devido a questões étnicas pode ser considerado uma forma de exclusão social. Nesta tela, a presença do racismo institucional evidencia a divisão dos indivíduos em cidadãos de primeira e segunda classe. Neste último grupo estão incluídos os negros, que no Brasil, por exemplo, têm mais dificuldade de acesso à educação, justiça, saúde e moradia, sendo excluídos do usufruto de direitos garantidos pela Constituição Federal (Brasil, 1988; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2011; Jaccoud & Beghin, 2002; López, 2012; Paixão et al., 2014; Pinheiro, Fontoura, Querino, Bonetti, & Rosa, 2008; Sinhoretto, Silvestre, & Schlittler, 2014).

Evidências da presença do racismo institucional no campo da saúde têm sido encontradas em diversos estudos. Pesquisa realizada com profissionais (médicos) e usuárias de serviços de saúde públicos e privados identificou práticas e simbologias racistas institucionalmente presentes no campo da assistência médico-sanitária e nas relações médico-paciente como fatores básicos para os diferenciais de saúde, observados entre mulheres negras e brancas (Moreira, 2000). Já os resultados da investigação realizada com 240 participantes de evento sobre a saúde da população negra, profissionais e usuários de serviços de saúde, revelaram que 43% destes já

perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde. As experiências de racismo relatadas foram classificadas em quatro categorias: restrição ao acesso e/ou ao atendimento, qualidade do atendimento ao pré-natal e ao parto, restrição ao acesso e qualidade do atendimento específico a anemia falciforme, e racismo nas relações entre os profissionais de saúde (Kalckmann, Santos, Batista, & Cruz, 2007).

A análise de registros das taxas de mortalidade no Brasil a partir do recorte étnico-racial demonstrou que as categorias raciais tem relação com os piores indicadores de óbitos de causas evitáveis. Em 2012 foram assassinados no Brasil 30.000 jovens entre 15 a 29 anos e, desse total, 77% eram negros (Waiselfisz, 2014). As diferenças persistem quanto à mortalidade materna (6,6 vezes maior, comparando-se as brancas), mulheres negras também apresentam diferença significativa em relação ao óbito por HIV (F. Oliveira, 2003). Estudos sugerem que a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde, encontra-se na origem de grande parte dessas desigualdades, imbricadas ainda por fatores socioeconômicos também decorrentes do racismo (Zamora, 2012).

Adolescentes negras são alvo de discriminação racial ao procurar serviços de prevenção e orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, relatando ouvir termos pejorativos e ter a percepção de que exames clínicos não são realizados de forma adequada, o que as faz inferir que os médicos as consideram sujas (Taquette & Meirelles, 2013).

A discriminação no atendimento às mulheres negras nos exames pré-natais se reflete em diagnósticos incompletos, exames que deixam de ser feitos e até na ausência do toque a paciente. Em uma análise da associação entre raça/cor e o acesso de usuárias do SUS aos cuidados pré-natais e no parto, na cidade de Salvador, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre brancas e negras em relação à presença

de um acompanhante no parto (Q. Rodrigues, 2009). No entanto, a política de humanização do SUS garante este direito a todas as mulheres (Brasil, 2005; Perpétuo, 2000).

As análises dos dados oficiais relativos à saúde, a partir do recorte étnico e racial só foram possíveis em meados dos anos 1990. Somente em 1996 ocorreu a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos dos formulários do SUS. Gradualmente o mesmo indicador tem sido incluído em outros instrumentos. Desta forma, busca-se mapear diversos índices de saúde a partir da variável raça/cor. No entanto, a pergunta “qual é a sua cor?” tem trazido à tona questões raciais que por vezes permanecem latentes. Isto pode ser comprovado em um estudo acerca das representações do quesito cor para gestantes e profissionais envolvidos com a assistência pré-natal. Pessoas brancas consideraram que o fator cor é irrelevante, pois é a classe social que determina as condições de vida das pessoas. Já entre as mulheres negras houve as que destacaram a relevância do item cor, mas também aquelas que questionavam o porquê da averiguação desta informação (Brasil, 2009b; Lopes, 2005; Sacramento & Nascimento, 2011).

O racismo institucional nas instâncias do SUS foi oficialmente reconhecido pelo Ministério da Saúde no ano de 2006. Neste mesmo ano, o Movimento Negro alcançou importante conquista no campo da saúde com a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), pelo Conselho Nacional de Saúde. O objetivo principal desta política, que foi regulamentada em 2009, é combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde (Brasil, 2009a, 2013; Conselho Nacional de Saúde, 2006).

Apesar da oficialização da política ter ocorrido apenas nesta data, o movimento negro já buscava direitos em relação à saúde desde a redemocratização política no Brasil. Enquanto a mobilização do meio acadêmico brasileiro para investigar questões relacionadas ao racismo em saúde é bem mais recente e parece ser reflexo da nova política (Chor, 2013; Maio & Monteiro, 2005).

A literatura especializada tem abordado temas relacionados a problemas de saúde considerados específicos ou com desenvolvimento mais agravado em pessoas negras, como anemia falciforme e diabetes *mellitus* (Laguardia, 2006; Pitanga et al., 2010). Outras pesquisas demonstram um alto índice de morbidade e mortalidade a partir de um recorte racial, evidenciando o alcance do racismo (E. M. Araújo et al., 2009; Batista, 2005). Recentemente têm surgido também investigações sobre a percepção de profissionais da saúde acerca do racismo institucional em saúde (Eurico, 2013; Tavares, Oliveira, & Lages, 2013). No entanto, ainda são incipientes estudos que avaliem a experiência do racismo nas ações cotidianas que se desenrolam nos atendimentos dos serviços de saúde (Kalckmann et al., 2007).

Dentre os dados disponíveis acerca da discriminação racial em saúde, encontra-se Pesquisa Nacional sobre Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo (2003). Participaram 5.003 brasileiros distribuídos pelas cinco regiões do país. Os resultados apontaram que 6% das pessoas negras perceberam terem sido discriminadas nos serviços de saúde. É importante destacar que os respondentes tinham opções dicotômicas (sim ou não). Já os achados de Kalckmann (et al., 2007) evidenciaram que 37 % dos investigados negros perceberam já terem sofrido algum tipo de discriminação em saúde. Este último estudo coletou os dados com participantes de um evento sobre o tema, por meio de questionário autoaplicável.

Os estudos anteriormente mencionados utilizaram questões dentro de instrumentos não padronizados psicometricamente. Os Estados Unidos concentram maior parte das pesquisas acerca da relação entre discriminação racial e saúde com uso de escalas psicometricamente válidas (Bastos, Celeste, Faerstein, & Barros, 2011). No cenário nacional encontram-se investigações com utilização de instrumentos psicometricamente válidos a respeito de experiências discriminatórias diversas em contextos mais amplos, contendo também questões sobre saúde (Bastos, Faerstein, Celeste, & Barros, 2012; Faerstein, Chor, Werneck, Lopes & Kaplan, 2014).

Diante do exposto, a presente tese tem como objeto social o “Racismo no contexto da saúde”, o qual será analisado em uma perspectiva psicossociológica. Para instrumentalizá-la utilizou-se o aporte teórico das representações sociais (Moscovici, 2012), além do constructo racismo e perspectivas sobre saúde no contexto brasileiro. Adotou-se uma abordagem multimétodo.

O objeto social analisado apresenta-se adequado para investigação à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS) uma vez que possui espessura social para os sujeitos em questão, além de ser marcado pela dispersão da informação, focalização e pressão a inferência. Outro aspecto que aponta a pertinência da utilização da TRS para análise do racismo no contexto da saúde é a presença de visões bem diferentes diante da mesma questão “iniquidade racial”, desde aqueles que defendem a abolição de qualquer menção a raça (mesmo pelo viés social), passando pelos grupos que propõe políticas universalistas até os que defendem ações focalizadas para as minorias em questão.

A TRS permite analisar os divergentes posicionamentos a partir das pertenças sociais em que as pessoas se respaldam, como estudo vem demonstrando (Coutinho, Araújo, Coutinho, & Batista, 2014; Coutinho, Estevam, Araújo, & Araújo, 2011; Coutinho & Franken, 2009; Coutinho & Saraiva, 2008). A análise do constructo

racismo tem mostrado sérias consequências para a minoria negra, o que realça a pertinência de sua análise, por meio de instrumento psicometricamente adequado, no contexto da saúde - direito básico assegurado aos cidadãos brasileiros pela Constituição (Brasil, 1988).

Nesta tela, a presente tese tem o objetivo de investigar o racismo nos atendimentos em saúde a partir da percepção dos seus usuários. Para atendê-lo fez-se necessária a realização de dois estudos empíricos. Em virtude da carência de instrumentos com parâmetros adequados para a realidade nacional, no primeiro estudo foi feita a adaptação e validação da Escala de Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versões Pessoal e Geral. Para apreender o racismo no contexto de saúde em seus múltiplos aspectos, a seguir procedeu-se a segunda investigação, onde as escalas validadas foram utilizadas como uma das variáveis para investigar as representações sociais forjadas pelos participantes acerca da temática.

A tese encontra-se estruturada em duas partes: marco teórico e estudos empíricos. A primeira parte conta com três capítulos. No primeiro deles é feita a contextualização do objeto de pesquisa. O capítulo seguinte traz apontamentos teóricos e históricos a respeito do preconceito, raça e racismo, além do panorama acerca dos estudos sobre a temática na área da Psicologia Social. O terceiro apresenta como vem se configurando a área de saúde no contexto brasileiro, bem como estudos relacionados à interface saúde e racismo. No quarto capítulo são abordados os fundamentos teóricos das representações sociais, com destaque para a relação entre estas e a identidade social.

A segunda parte da tese contém dois capítulos. O capítulo quatro apresenta os processos de adaptação e validação dos instrumentos: Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde, Versões Pessoal e Geral. O capítulo cinco contempla a

análise das representações sociais forjadas pelos usuários acerca do racismo nos serviços de saúde. Na sequência, apresentam-se as considerações finais, assim como os limites e os desdobramentos futuros do estudo, destacando-se a sua aplicabilidade para a Psicologia Social e Psicologia da Saúde. Por fim são trazidas as referências e os anexos.

PARTE I – MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - Contextualização do Objeto de Pesquisa

É amplamente reconhecido que raça não é um conceito biológico: somente 0,012% das variações genéticas responsáveis por diferenças entre humanos podem ser atribuída à raça (Witzig, 1996). Contudo, raça é um constructo presente em diferentes esferas, utilizado como categoria de hierarquização social e política, cuja amplitude tem sido discutida por países e organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas (2001). Desta forma, o presente trabalho ao utilizar o conceito de raça explicita a necessária conexão com o conceito de racismo e com os processos de dominação e inferiorização, cujas origens históricas e ideológicas têm sido bem documentadas (Jones, 1972; Lima, 2011; S. Costa, 2012; Theodoro, 2014; Werneck, 2005).

As consequências do racismo são percebidas nas diversas esferas da vida e no acesso a direitos fundamentais como educação, justiça, moradia e saúde. Ajustando o foco para as questões de saúde, tem-se que o entrelaçamento entre condições social, econômica, política e o cultural influenciam a forma como determinada população vivencia doenças e agravos. A população negra que paulatinamente têm seus direitos negados vive condições especiais de vulnerabilidade (Camino et al., 2013; Camino, et al., 2014; Jaccoud & Beghin, 2002; Pinheiro et al., 2008).

No mundo do trabalho se paga um preço alto por ser negro e um preço muito mais alto por ser mulher e ter a pele negra, e assim, a tese amplamente difundida de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à cor da pele vem sendo paulatinamente derrubada (Lopes, 2005, p. 14).

As iniquidades têm início desde a gestação. Mulheres negras apresentam menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal completas; menores oportunidades de realizar o primeiro exame pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez, receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e sobre a importância do aleitamento materno

nos primeiros seis meses de vida do bebê. Contudo, apresentaram maiores chances de ter o primeiro filho com 16 anos ou menos e de ter gravidez não planejada (Perpétuo 2000).

Em relação à expectativa de vida, ao nascer os negros e indígenas encontram-se em desvantagem em relação aos brancos. Os dados do ano de 2000 apontaram que brancos tem 73,99 anos de expectativa de vida, negros 67,87 anos e indígenas 66,57 anos. Ao longo de um século a diferença entre as expectativas de vida de brancos e negros foi reduzida em apenas 0,5 anos (Paixão, Carvano, Oliveira, & Ervatti, 2005). Mesmo controlando variáveis como escolaridade e rendimento da mãe, persistem as desigualdades raciais quanto à expectativa de vida (Wood & Carvalho, 1994). Diante destas constatações, Lopes (2005, p. 18) afirma que “indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer”.

Estudos apontam que as experiências racistas vivenciadas por meio de limitações essenciais na vida das pessoas, servem como gatilho para estressores no âmbito das relações raciais. Desta forma, além da vivência do racismo, a própria expectativa de experienciá-lo devido a episódios anteriores aumentaria o nível de estresse (Faro & Pereira, 2011).

Apresenta-se a desigualdade social como um poderoso fator na causação de iniquidades em saúde, o que fomenta disparidades em relação à prevalência de estresse. Sendo o racismo um elemento criador e mantenedor de estressores no âmbito das relações sociais (...) a discriminação racial implica limitações fundamentais na vida dos indivíduos, o que impacta incisivamente na quantidade de estresse experienciada (Faro & Pereira, 2011, p. 271).

A. B. S. Santos, Coelho e Araújo (2013) revelam que a questão racial está presente até o fim da vida de homens e mulheres negras. Levantamento feito junto a Instituto Médico Legal (IML) apontou que o quesito raça/cor é marcado de forma imprecisa, sendo todos os mortos pretos ou pardos identificados como faíodermas (pardos). Além disso, a causa da morte dos brancos é marcada como “acidental”, enquanto boa parte dos negros é registrada como homicídio, de onde se pode inferir contexto de marginalização, “quase que justificando a morte violenta e a discriminação” (A. B. S. Santos et al., 2013, p.341).

Em face desta realidade, o movimento negro tem reivindicado junto ao governo brasileiro ações efetivas para combater a iniquidade racial em saúde. A seguir é apresentado um breve percurso das realizações neste campo.

1.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A despeito das evidências de iniquidade racial, a presença de racismo no acesso e cuidados em saúde foi reconhecida pelo governo brasileiro apenas da década de 1990. Em 20 de novembro de 1995, milhares de pessoas rumaram à Brasília durante a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida para entregar ao presidente Fernando Henrique Cardoso reivindicações do movimento negro. Nesta ocasião, em que se comemorava os 300 anos de Zumbi dos Palmares, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização e Promoção da População Negra, composto por representantes do governo e do movimento negro. O GTI contava com um comitê voltado para a saúde da população negra (Brasil, 2013).

Em 1996, o Grupo de Trabalho Interministerial organizou a Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, com a presença de cientistas, militantes da sociedade civil, médicos e técnicos do Ministério da Saúde. Durante o evento elaborou-

se um documento em que foram expostos os quatro principais tipos de agravo à saúde da população negra (Maio & Monteiro, 2005).

No primeiro grupo encontram-se as doenças classificadas como geneticamente determinadas, de berço hereditário, ancestral e étnico, em que se destaca a anemia falciforme. A etiologia monogênica da anemia falciforme e a sua maior prevalência entre negros e pardos são tidas como atributos que justificariam o destaque dado a essa patologia entre aquelas geneticamente determinadas (Laguardia, 2006, p. 244).

O segundo grupo de doenças está relacionado a condições socioeconômicas desfavoráveis: alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/Aids, doenças do trabalho e transtornos mentais (Organização das Nações Unidas [ONU], 2001b).

A combinação de determinantes genéticos com condições sociais e culturais desfavoráveis formaria o terceiro bloco de agravos: hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas. Destaca-se que embora este grupo de doenças possa estar presente em todos os grupos sociais, “elas seriam mais acentuadas entre a população negra em função da situação desprivilegiada que desfruta na sociedade” (Maio & Monteiro, 2005, p. 425). O quarto agrupamento de doenças está relacionado às precárias condições de vida em que este grupo vivencia processos naturais do desenvolvimento humano, como gravidez, parto e envelhecimento, os quais muitas vezes se tornam graves problemas sociais (ONU, 2001b).

Neste mesmo ano de 1996 duas importantes medidas foram tomadas: a inclusão do quesito raça/cor nos formulários oficiais, nacionalmente padronizados (declaração de nascidos vivos e de óbitos) e a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF).

Apesar disto, as ações foram consideradas tímidas, tendo em vista que ambas necessitavam de uma política mais geral que as sustentasse (Brasil, 2013).

As discussões sobre o tema ganham força com a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e outras formas de intolerância, realizada em Durban, 2001 (ONU, 2001a). Houve diversos eventos preparatórios no Brasil, como a Pré-Conferência de Cultura e Saúde da População Negra, em 2000. O Brasil foi signatário da Declaração Final de Durban, o que gerou alguns impactos nas reivindicações do movimento negro (Brasil, 2013).

No mesmo ano da Conferência Mundial foram elaborados o Manual de Doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente (Brasil, 2001) e o documento Política Nacional de Saúde da População Negra. Este último reafirmava o conjunto de agravos mais frequentes na população negra. Apresentava quatro direcionamentos para uma política de saúde para os negros: produção de conhecimento científico, capacitação dos profissionais da saúde, divulgação de informações à população e formulação de políticas focais de atenção à saúde (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD] & Organização Panamericana de Saúde [OPAS], 2001).

No Governo Lula, em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). Este órgão com status de Ministério é diretamente ligado à Presidência da República a quem deve assessorar no estabelecimento de iniciativas contra as desigualdades raciais no País. No ano seguinte, 2004, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra composto por pesquisadores, pessoas do governo e do movimento negro. Como fruto destes novos espaços de articulação ocorre o I Seminário Nacional da Saúde da População Negra, no

qual é apresentado texto base sobre o tema a partir dos princípios contidos no documento PNUD e OPAS (2001).

O início da implementação da Política de Saúde da População Negra torna-se mais palpável a partir da inclusão de metas específicas no Plano Plurianual da Saúde – 2004-2007. Os três objetivos principais eram: “capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra; implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias e implantar o programa de controle da anemia falciforme nas 27 unidades federadas” (Brasil, 2004, p. 11). No entanto, informações sobre o cumprimento de tais metas não se encontram disponíveis no site do Ministério da Saúde.

Em 2006 foi realizado o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Nesta edição do evento ocorreu o reconhecimento oficial do Ministério da Saúde da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS. Ainda em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada por unanimidade durante a 33ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde (2006).

A PNSIPN parece ter perdido força em 2008, tendo em vista que obteve menos espaço no Plano Plurianual da Saúde 2008-2011, em que é foco de apenas uma meta que abrange diversas minorias, como negros, quilombolas, GLBT e prostitutas. O objetivo é “formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes e o direito à saúde, implantar e apoiar 27 equipes estaduais em todos os municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento de iniquidades”. A não realização do III Seminário Nacional de Saúde da População Negra que vinha ocorrendo bienalmente parece reflexo desta alteração (Brasil, 2008).

No entanto, os anos seguintes foram bastante promissores, tendo em vista que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi oficialmente regulamentada pela Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009 e endossada como norma legislativa pelo Estatuto da Igualdade Racial (Brasil 2009a; 2010).

Recentemente, em novembro de 2014, o SUS promoveu a campanha #SUSsemRacismo nas redes sociais (<https://www.facebook.com/SUSnasRedes>). Esta ação alcançou um grande número de pessoas devido à mídia escolhida para sua veiculação. Foram divulgados dados que apontam para a existência de racismo nas instâncias do SUS, acompanhados do incentivo a realização de denúncias a partir do Disque Saúde 136. A polêmica e os comentários ofensivos postados na página da campanha apontam para a necessidade de ampliação de espaços para discussão acerca da temática.

A autora desta tese solicitou a ouvidoria do SUS, por meio de link disponível na página do Ministério da Saúde, dados sobre as denúncias de práticas racistas direcionadas ao Disque Saúde, no entanto, até a data da defesa da tese os dados não foram informados. Diversos e-mails automáticos foram enviados pela ouvidoria afirmando que a demanda foi encaminhada para área de gestão da informação.

Este breve percurso, sintetizado na Tabela 1, demonstra os avanços no campo político (ora mais lentos, ora mais velozes) acerca do reconhecimento pelo Estado da existência de racismo no campo da saúde e da adoção de medidas visando combatê-lo. Embora haja no Brasil, um hiato entre a sanção e o efetivo cumprimento das leis, estas servem como respaldo para reivindicações de direitos.

Tabela 1 - Implementação de ações e políticas acerca da equidade racial em saúde.

Ano	Ação/Política
1995	Reivindicações do movimento negro são entregues ao presidente Fernando Henrique Cardoso no encerramento da Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida.
	Criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização e Promoção da População Negra. Incluso neste, um comitê para questões de saúde.
1996	Inclusão do quesito raça/cor nos formulários oficiais, nacionalmente padronizados, de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos.
	Realização de Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra.
	Criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF).
2000	Pré-Conferência de Cultura e Saúde da População Negra.
2001	A elaboração do Manual de Doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente, pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Brasília.
	III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e outras formas de intolerância.
	Elaboração do documento: Política Nacional de Saúde da População Negra.
2003	Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).
2004	Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.
	Inclusão de metas específicas voltadas para a promoção da saúde da população negra no Plano Plurianual da Saúde – 2004-2007.
	I Seminário Nacional da Saúde da População Negra.
2006	II Seminário Nacional de Saúde da População Negra.
	Aprovação, por unanimidade, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) durante a 33ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde.
2008	Saúde da população negra tem menos espaço no Plano Plurianual da Saúde 2008-2011.
2009	A Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009 Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
2010	PNSIPN é transformada em norma legislativa pelo Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/10).
2014	Lançamento da Campanha #SUSsemRacismo nas redes sociais

O estabelecimento desta política que prioriza minimizar ou reverter os agravos à saúde da população negra não é consensual entre pesquisadores e profissionais. A utilização de critérios raciais para a instauração de políticas focalizadas para a população negra é questionada por diversos pesquisadores, principalmente a partir de argumentos atrelados a investigações biomédicas ou a igualdade jurídica (Maio & Monteiro, 2005; Monteiro, 2005; Pena, 2005; Schwartz, 2001).

A descoberta do genoma humano permitiu a comprovação de que genética e biologicamente não é possível conceber a existência de diferentes raças atreladas a regiões geográficas. Tampouco se pode traçar um paralelo intrínseco entre características fenotípicas e biótipos. Apoiado em tais evidências Pena (2005) afirma que:

no consultório médico, o que se está examinando é um paciente individual e não um grupo populacional. A autoclassificação ou a avaliação médica do grupo racial de um paciente não tem nenhum valor em decisões sobre o diagnóstico, tratamento farmacológico ou outras terapias (p. 344).

Outra crítica apontada é a reiteração do determinismo biológico causado pelas associações, consideradas apressadas, entre raça e saúde. Adverte-se para os perigos de legitimar o inconsistente conceito biológico de raça e reforçar o preconceito racial, prejudicando ações de prevenção e assistência na área da saúde. Aponta-se ainda que a polarização da sociedade brasileira em brancos e negros para o estabelecimento de diferenciações de direitos e oportunidades (educação, saúde e mercado de trabalho) pode estimular a intolerância racial. Este grupo defende, nesta perspectiva, o princípio da igualdade política e jurídica das pessoas (Monteiro, 2005).

Maio e Chor (2005) argumentam que o debate caracteriza a produção acadêmica, sobretudo a anglo-saxã, no que diz respeito ao recorte racial/étnico para

análise de determinações genéticas de doenças ou a adoção de recursos teórico-metodológicos para avaliar o alcance do racismo nas condições de saúde. Afirmam, que, no entanto, “essa literatura vem sendo apropriada seletivamente em função do projeto de racialização da saúde pública em curso no Brasil” (Maio e Chor, 2005, p. 438).

Pelo exposto nos parágrafos anteriores, observa-se que a visão de homem, de sociedade, de projeto político, bem como do que se entende por saúde pública e pelo binômio “igualdade x equidade” parecem marcar os posicionamentos a respeito das relações entre raça, racismo e saúde. Este capítulo teve como finalidade contextualizar o racismo no contexto da saúde no Brasil, a seguir serão apresentados apontamentos históricos e teóricos acerca de preconceito racial, raça e racismo.

**CAPÍTULO 2 - Preconceito, raça e racismo: apontamentos
históricos e teóricos**

Gordon W. Allport, após assistir ao espetáculo do genocídio que chocou a todos na segunda guerra mundial e a segregação racial institucionalizada que ocorria nos Estados Unidos, decide utilizar os princípios científicos de descrição e explicação para fazer frente a esta realidade cruel. Assim surge a obra “A Natureza do Preconceito”, que mesmo após mais de 50 anos de seu lançamento conserva em grande parte seu caráter de ousadia e originalidade, mas, sobretudo de cientificidade. É reconhecida como a obra seminal acerca das investigações sobre tal temática em Psicologia Social, bem como uma das mais completas, por desenvolver e apresentar insights abrangentes na tentativa de elucidar este problema (Dovidio, Glick, & Rudman, 2005; Lima, 2011; Pérez-Nebra & Jesus, 2011; A. Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2012). O **preconceito** é descrito como “atitude aversiva ou hostil em direção a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque ela pertence a esse grupo, e, portanto, presume-se que possua as características desagradáveis atribuídas ao grupo” (Allport, 1954/1979, p. 7).

Brown (2010, p. 7) assevera que **preconceito** é “qualquer atitude, emoção ou comportamento para com os membros de um grupo, que direta ou indiretamente implica alguma negatividade ou antipatia para com aquele grupo”. Na definição apresentada, atitudes, sentimentos e ações são facetas de uma orientação geral preconceituosa, ou seja, não há como desassociar claramente cada uma destas instâncias. O autor afirma a possibilidade da ocorrência de preconceito positivo, atitude favorável a determinado grupo, no entanto, a Psicologia Social tende a ocupar-se das repercussões negativas deste fenômeno. Uma vasta revisão sobre preconceito em suas expressões consideradas modernas pode ser encontrada em Lima (2011).

Em sua obra, Allport (1954/1979) apresenta cinco formas de hostilidade que variam em relação aos prejuízos causados as pessoas alvo de preconceito. A

antilocução consiste em denegrir a imagem do grupo minoritário com piadas ou “brincadeiras” tidas como inofensivas. A **esquiva** é percebida pela recusa em manter contato com o grupo e com sua cultura, provocando muitas vezes a invisibilidade dos alvos. A **discriminação** “acontece quando negamos a indivíduos ou grupos de pessoas a igualdade de tratamento que eles podem desejar” (p. 51). O **ataque físico** pode ocorrer tanto por agressão física quanto por violação de propriedade. Já o **extermínio** ocasiona o assassinato de pessoas do grupo alvo, como no caso dos crimes homofóbicos ou o genocídio, ocorrido durante o holocausto na Segunda Guerra Mundial.

Allport (1954/1979) descreve ainda a relevância dos fatores linguísticos, aponta que as palavras possuem a capacidade de promover um realismo simbólico que no caso do preconceito pode ser observado nos sentimentos de repulsa ou de medo que são evocados pela simples menção de grupos hostilizados como “*gay*” ou “negro”. Da mesma forma, quando se ouve um nome próprio associado a determinado grupo étnico tende-se a rememorar imediatamente todo o grupo e não apenas a pessoa mencionada. Neste ensejo, os **Estereótipos** são definidos pelo autor como “crença exagerada associada a uma categoria. Sua função é justificar (racionalizar) a nossa conduta em relação a essa categoria” (p. 191).

A mídia desempenha papel relevante na formação de estereótipos ao sintetizar grupos em figuras específicas. É possível perceber nas novelas ou comerciais, por exemplo, a alta frequência com que os trabalhos domésticos ou serviços são desempenhados por pessoas negras, enquanto brancos atuam como patrões. Moscovici (2009) define os estereótipos como uma forma de conhecimento que tem a função de realizar a clivagem entre os “‘semelhantes’ preferidos e os ‘diferentes’ desprezíveis, distinguir aqueles que não são como nós” (p.661). Entende-se que toda forma de trabalho é digna, seja ela doméstica, gerencial ou de qualquer tipo, no entanto, a

insistência da mídia em colocar as pessoas negras na grande maioria das vezes em posição de desvantagem de poder (econômico, cultural), reforça o ideário de que cada um ocupa seu devido lugar e associa a pessoa negra à servidão que remonta a escravidão. Estereótipos negativos devem ser questionados e não reforçados.

Até aqui foram apontadas definições para importantes categorias estudadas em Psicologia Social, como discriminação, estereótipos e preconceito. A respeito deste último é relevante apontar particularidades deste conceito em relação ao de racismo, que diferentemente do preconceito, é visto para além de uma atitude.

O racismo constitui-se num processo de hierarquização, exclusão e discriminação contra um indivíduo ou toda uma categoria social que é definida como diferente com base em alguma marca física externa (real ou imaginada), a qual é ressignificada em termos de uma marca cultural interna que define padrões de comportamento (Lima & Vala, 2004, p. 402).

Pode-se ocorrer, por exemplo, a associação entre cor da pele negra e a agressividade ou violência. Vergne (2014) aponta a desqualificação imposta ao povo negro e a morte consentida de alguns, afinal são associados ao mal, ao bandidismo, o que influencia na naturalização e banalização do extermínio de pessoas negras.

Algumas distinções entre racismo e preconceito podem ser apontadas:

O racismo repousa sobre uma crença na distinção natural entre os grupos (...) o preconceito não implica na essencialização ou naturalização das diferenças; o racismo, diferentemente do preconceito, não existe apenas a um nível individual, mas também a nível institucional e cultural (Jones, 1972). Isto é uma consequência do fato de o racismo englobar os processos de discriminação e de exclusão social, enquanto que o preconceito permanece normalmente como uma atitude (Lima & Vala, 2004, p. 402).

Jones (1972) apresenta a distinção entre racismo e etnocentrismo, onde afirma que:

(...) raça se refere a um grupo que é socialmente definido a partir de critérios físicos. Um conceito semelhante, muitas vezes confundido com o de raça é o de grupo étnico que também é socialmente definido, mas a partir de critérios culturais (...). Em apresentação bem simples, a preferência pelo nosso grupo racial (ou crença em sua superioridade) poderia ser denominada racismo; a preferência pelo nosso grupo étnico poderia ser denominada etnocentrismo (p. 104-5).

Mas afinal, porque e quando a raça, classificada a partir da cor da pele, passa a ser um marcador social importante? A seguir serão apresentados estudos que debatem esta questão e ainda será exposto um breve panorama das relações raciais no Brasil. Este resgate faz-se importante, para vislumbrar as bases em que se assentam algumas ideologias racistas que permanecem até hoje e que podem servir de ponto de ancoragem para representações sociais acerca do racismo, fenômeno que se mostra dinâmico no tempo e no espaço, múltiplo e diversificado em sua história, características e manifestações (Munanga, 2010).

No período denominado de grandes navegações, no século XV, os europeus se depararam com povos fisicamente distintos de si, passando a questionar-se se estes eram seres bestiais ou humanos. Após consultar as autoridades religiosas provenientes da Igreja Católica, grande doutrinadora e reguladora das relações sociais, constatou-se que os africanos e indígenas também descendiam de Adão, assim como os europeus. “Faltava-lhes somente a conversão ao cristianismo para sair de sua natureza pecaminosa, (...). Foi nesse sentido que a escravidão foi abençoada pela Igreja Católica

como o melhor caminho para a conversão desses povos ao cristianismo, considerado como a sua única e verdadeira salvação” (Munanga, 2010 p.182).

Este posicionamento da Igreja Católica favorável à escravidão, não é consenso entre os estudiosos, há evidência de que a escravidão foi condenada por meio de bulas papais. Aqueles que afirmam o apoio da Igreja a tal prática asseveram que ao sabor da conjuntura social e econômica, a Igreja reviu sua postura e passou a condenar as práticas escravistas (R. Costa, 2013; Silva, 2008).

Com a ascensão do período conhecido como iluminista, no século XVIII, as explicações religiosas passam a ser postas em xeque e buscam-se alternativas científicas para entender as diferenças existentes entre os “novos povos” e os europeus. A explicação passa a ser realizada então pela “recuperação do conceito de raça que já estava em uso nas ciências naturais, notadamente na zoologia e na botânica, em que este conceito era utilizado para classificar as espécies animal e vegetal em classes ou raças, de acordo com os critérios objetivamente estabelecidos que nada tinham a ver com as cores” (Munanga, 2010, p. 181). É neste contexto que, no século XVIII surge a antropologia física com a incumbência de classificar os seres humanos em categorias chamadas de raça.

Esperava-se que a classificação em raças das populações que compõem a espécie humana, pudesse servir para explicar a variabilidade humana. Infelizmente, além de não alcançar esse objetivo, o conceito de raça desembocou numa classificação absurda que a própria biologia moderna criticou. (...) Além da cor da pele e da estatura, outros critérios foram utilizados pelos cientistas no decorrer do século XIX, com a finalidade de aperfeiçoar a classificação racial da humanidade. Entre eles, o formato do crânio, do nariz, dos lábios, do queixo etc. (Munanga, 2010, p. 185).

As representações sociais veiculadas no cotidiano são perpassadas pelo conhecimento científico reformulado pelos grupos sociais (Moscovici, 2012). Neste sentido é comum nas conversas cotidianas ou mesmo em programas de TV, ouvir referência a pessoas negras bonitas, de “traços finos”, adjetivação que parece trazer resquícios da obsoleta classificação científica das raças.

Passou-se a observar que o formato do crânio ia sendo moldado de acordo com as características das regiões que as populações habitavam. Os estudos comparando patrimônio genético dos indivíduos passaram a apontar a existência de incontáveis sub-raças que tornaram a classificação sem validade científica, constatou-se, portanto, que raça não existe cientificamente. “A invalidação científica do conceito de raça não significa que todos os indivíduos em todas as populações sejam geneticamente semelhantes. Os patrimônios genéticos são diferentes, mas essas diferenças não são suficientes para classificá-las em raças, sobretudo em raças puras estanques” (Munanga, 2010, p. 186).

Como visto, a classificação das pessoas em raças a partir da cor da pele, ou de características biológicas foi abandonada pelo meio científico. No entanto, ainda é possível perceber hodiernamente reflexos desta empreitada científica. Por que ocorre desta forma? A resposta está nas análises e relações evidenciadas pelos próprios cientistas a época do estabelecimento de raças. A cada perfil racial, branco, amarelo ou negro eram atribuídas características intelectuais, morais, culturais e estéticas. Deste modo houve um processo de hierarquização racial:

(...) os indivíduos da raça branca, por definição, portadores da pele mais clara, dolicocefalos etc., foram considerados, em função dessas características, como os mais inteligentes, mais inventivos, mais honestos, mais bonitos etc. e, conseqüentemente, os mais aptos para dirigir e até dominar as populações de

raças não brancas – negra e amarela –, principalmente negra de pele escura que, segundo pensavam, tornava-as mais estúpidas, menos inteligentes, mais emotivas e, conseqüentemente, sujeitas à escravidão, colonização e outras formas de dominação e exploração (Munanga, 2010, p. 187).

O início do tráfico de escravos negros para as Américas começou no século XVI e a teorização a respeito da hierarquia entre as raças predominou de meados do século XVII até o início do XX. No entanto, apesar da explicação científica da superioridade dos brancos sobre as outras raças não ter servido como ponto de partida para estratégias escravistas, de certo impulsionou fortemente a manutenção de tais práticas (S. Costa, 2012; Munanga, 2010; Theodoro, 2014).

Mesmo após o fim oficial da escravidão no Brasil ocorrido em 1888, as ideias a respeito de uma raça superior continuam a atuar e a ganhar força através da valorização da eugenia. A miscigenação racial prevalente até este momento histórico, com predomínio de relações inter-raciais com indígenas e negros, é vista como causa para o “atraso” em que se encontra o país: há grande quantidade de sangue negro nas veias da população. É neste contexto que ocorre uma tentativa de branqueamento da população brasileira através do incentivo a imigração de europeus para o Brasil. O trabalho tanto nas fábricas como no campo é facilitado para estes novos imigrantes, bem como o acesso a posse de terras, incentivos os quais não foram proporcionados aos negros recém-libertos (Theodoro, 2014).

Mecanismos legais, como a Lei de Terras, de 1850, a Lei da Abolição, de 1888, e mesmo o processo de estímulo à imigração, forjaram um cenário no qual a mão-de-obra negra passa a uma condição de força de trabalho excedente, sobrevivendo, em sua maioria, dos pequenos serviços ou da agricultura de subsistência (Theodoro, 2014, p.209).

Este momento histórico, compreendido entre o período pós-abolição até meados de 1930, pode ser nomeado como nacionalismo racista, em que as diferenças raciais são destacadas e tornam-se foco da intervenção dos poderes públicos (S. Costa, 2012).

A ideologia eugenista apresentou sérias consequências ao redor do mundo, sendo justificadora de discursos e ações classificadas dentre as mais cruéis já presenciadas pela humanidade, como por exemplo, o genocídio de judeus e ciganos promovidos por nazistas durante a segunda guerra mundial. Diante da perplexidade e comoção advindas deste extermínio de populações, entidades como a Organização das Nações Unidas para Educação (UNESCO) passam a lançar olhares sobre o Brasil, que diferentemente de outros países como África do Sul e Estados Unidos, apresenta a diversidade populacional convivendo em “plena harmonia”.

É neste bojo, que temos no Brasil um novo momento em que a ciência é usada para legitimar as relações raciais. Contudo, desta vez as diferenças não são exaltadas, mas aplainadas através do discurso de valorização da miscigenação racial. Um expoente do ideário que passou a ser cunhado como democracia racial é Gilberto Freyre, que em sua obra “Casa Grande & Senzala” ressalta como a miscigenação do europeu ocorreu a maior parte do tempo de modo harmonioso, “(...) a miscigenação que largamente se praticou aqui corrigiu a distância social que de outro modo se teria conservado enorme entre a casa-grande e a mata tropical; entre a casa-grande e a senzala (...)” (Freyre, 2013, p. 33). O período que compreende o intervalo de 1930 a 1990 é apresentado por S. Costa (2012) como nacionalismo mestiço em que ocorre a valorização, endossada pelo meio científico e poder público, de uma identidade nacional miscigenada e harmônica.

Em relatório enviado pelo governo brasileiro em 1970 ao Comitê de Eliminação de Discriminação Racial das Nações Unidas consta o seguinte texto: “Tenho a honra de

informar-lhe que, uma vez que a discriminação racial não existe no Brasil, o Governo brasileiro não vê necessidade de adotar medidas esporádicas de natureza legislativa, judicial e administrativa a fim de assegurar a igualdade das raças” (Nações Unidas, 1970 citado por Silva 2008, p. 71). Esta frase é todo o conteúdo do relatório apresentado, evidenciando o espaço que as questões raciais ocupavam a esta época no governo.

A democracia racial supostamente vivenciada no Brasil foi e tem sido amplamente criticada, o que lhe confere em alguns discursos o status de mito. Os estudos contratados pela UNESCO na década de 1950 denunciaram a existência de discriminação racial, endossando a desconstrução da harmonia racial. Aponta-se que esta percepção harmoniosa parece ter caráter unilateral, sendo evidenciada pelos grupos majoritários.

Agora não me passa pela cabeça - não deve passar pela cabeça de ninguém - que essa nefanda instituição, como os próprios brancos chamavam a escravidão, que ela pudesse ser doce em algum lugar. Ela só pode ser doce da perspectiva de quem estivesse na casa-grande e não na perspectiva de quem estivesse na senzala (Fernandes, s/d).

Em meio a críticas ao mito da democracia racial e a crescente contestação das desigualdades sociais clivadas a partir do viés racial, vai ganhando força nos movimentos sociais a reivindicação de condições que promovam a equidade racial. O Movimento Negro teve importante papel junto aos grupos que forjaram a Constituição de 1988, onde contam artigos que proíbem explicitamente práticas calcadas no racismo. A Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, promovida pela ONU, realizada em Durban, África do Sul, entre agosto e setembro de 2001 serviu de mote para organização de reivindicações da

população negra, uma vez que houve diversas conferências preparatórias para este evento. A reivindicação e ocupação de espaços por negros não se dá de forma tranquila, sendo as conquistas, sempre acompanhadas de grandes limitações e questionamentos (Domingues, 2007; López, 2012; Munanga, 2010; S. Costa, 2012; Silva, 2008; Theodoro, 2014).

É neste contexto que é aprovado o Estatuto da Igualdade Racial com o objetivo de “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica” (Brasil 2010). No estabelecimento do referido estatuto vê-se novamente o caráter ambíguo de afirmação/negação do racismo no Brasil, uma vez que se reconhece a existência de desigualdades através da aprovação do documento, contudo o veto dado à criação de um fundo que garanta a execução das políticas e programas contesta a efetivação da almejada igualdade racial.

Perpassar os aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos concernentes às relações raciais, ainda que de modo breve, é um exercício que pode fornecer elementos para analisar as representações sociais forjadas a respeito do racismo nos atendimentos em saúde. As teorias científicas são revisitadas, apropriadas e circulam pelos grupos sociais transformadas em senso comum, em crenças compartilhadas capazes de orientar normas e condutas sociais.

Porque não somente essa coexistência das minorias e das majorias é, muitas vezes, secular, mas se apoia também em teorias do senso comum sobre a natureza humana, sobre mitos e tradições, portanto, sobre uma memória coletiva, transmitida de geração em geração (Moscovici, 2009, p. 662).

É neste sentido, que as teorias científicas a respeito da superioridade racial, da eugenia e mesmo da democracia racial mantêm seus ranços nas relações cotidianas.

Esse lapso de reflexividade explica porque toda minoria é sempre considerada culpada antes de ser julgada. Em resumo, o veredito é conhecido antes do processo. Assim, os pecados ou os crimes não são definidos como transgressão da lei, atos sociais, mas como tendências inerentes, portanto naturais, da minoria. Geralmente, o que é considerado verdade do grupo aplica-se aos indivíduos julgados como encarnando as ‘qualidades’ do grupo, de modo mais visível e concreto (Moscovici, 2009, p. 663).

Para além das relações interpessoais, o racismo permeia as instituições e políticas desenvolvidas em um país como o Brasil em que apesar dos números evidenciarem as desigualdades econômicas indissociáveis da questão racial, parece permanecer na ambígua relação de afirmação/negação das disparidades raciais.

2.1 Psicologia Social e Racismo

Mas afinal, como as produções em Psicologia Social tem investigado o racismo? Para responder a esta pergunta foram selecionadas revistas publicadas por associações de pesquisadores da área, sendo uma no contexto europeu (*European Journal of Social Psychology*), uma no contexto norte-americano (*Journal of Personality and Social Psychology*) e outra no contexto brasileiro (Psicologia & Sociedade). Nos sistemas de busca de cada revista foram filtrados artigos que tivessem como tema central o racismo ou preconceito racial e que tivessem sido publicados nos últimos cinco anos.

2.1.1 European Journal of Social Psychology.

No *European Journal of Social Psychology* (EJSP) foram localizados até 367 resultados quando utilizados os termos “race”, “racism” ou “racial”, sem especificar data de publicação ou campo de busca (título, palavra-chave, etc.). Quando se consideram os últimos cinco anos, restaram 122 artigos. Após leitura de títulos e resumos, observou-se que apenas 11 tinham como foco a análise de racismo contra

negros. A seguir são descritos os estudos publicados na EJSP que investigavam o racismo contra pessoas negras.

Foram encontradas pesquisas que analisam como os participantes avaliam atitudes/comportamentos racistas em contextos específicos – líderes que cometem ofensas racistas (Abrams, Travaglino, Moura, & May, 2014) e empresa que desfigura pintura de Martin Luther King (Uhlmann, Zhu, & Diermeier 2014). Investigações a respeito da relação entre normas sociais e expressão de preconceito racial (França & Monteiro, 2013). Saguy, Chernyak-Hai, Andrighetto e Bryson (2013) pesquisaram junto a grupos majoritários qual o sentido psicológico de se sentir injustiçado (por serem acusados de ter preconceitos) contra grupos minoritários com os quais mantém relação intergrupala.

Em revisão da literatura, Rattan e Ambady (2013) analisaram dois discursos ideológicos (multiculturalismo e colorblindness – preconceito de ter preconceito) e seus impactos nas relações intergrupais. Os achados de Lammers e Stapel (2011) apontam que as sentenças judiciais tendem a não expressar preconceito racial quando há o foco na própria justiça. A redução do processo cognitivo de desumanização de pessoas negras a partir da múltipla categorização social foi o foco das investigações de Albarello e Rubini (2012). Augoustinos e De Garis (2012) analisaram, a partir das teorias de identidade social e autocategorização social, os discursos políticos do primeiro presidente norte-americano negro, Barack Obama. Ainda na esfera política, um dos estudos investigou que fatores são preditores de apoio a políticas de ações afirmativas (Durrheim et al., 2011). Perceber como são avaliadas pessoas que reagem a ofensas racistas e heterossexistas, mesmo sem pertencer a estas minorias, foi o objetivo de Dickter, Kittel e Gyurovski (2012). Waxman (2010) analisou a construção de categoriais raciais e de gênero em pré-escolares.

2.1.2 Journal of Personality and Social Psychology.

A busca no *Journal of Personality and Social Psychology* resultou em 426 artigos, restringindo-se aos últimos cinco anos, permaneceram 54, destes a maioria (37) abordava o racismo ou preconceito racial contra negros. Observou-se que os temas mais frequentemente abordados foram (i) categorização social, principalmente investigando os processos cognitivos presentes neste processo, (ii) estereótipos e (iii) preconceito implícito ou automático. Destaca-se que as medidas implícitas de preconceito foram utilizadas em grande parte das publicações. A inter-relação entre racismo e saúde foi observada em dois estudos que analisam o impacto da discriminação racial no uso de substâncias. A Tabela 2 apresenta os temas centrais abordados e os autores dos artigos.

Tabela 2 – Publicações acerca do racismo contra negros no *Journal of Personality and Social Psychology* entre 2010 a 2015.

TEMA (QUANTIDADE DE ARTIGOS)	AUTORES (ANO DE PUBLICAÇÃO)
Categorização social (5)	Klauer, Hölzenbein, Calanchini, e Sherman (2014) Maner, Miller, Moss, Leo e Plant (2012) Ho, Sidanius, Levin e Banaji (2011) Phills, Kawakami, Tabi, Nadolny e Inzlicht (2011) Miller, Maner e Becker (2010)
Estereótipos (5)	Correll, Wittenbrink, Crawford e Sadler (2015) Claypool e Bernstein (2014) Shapiro, Williams e Hambarchyan (2013) Phelan e Rudman (2010) Zebrowitz, Kikuchi e Fellous (2010).
Preconceito implícito ou automático (5)	Ito et al. (2015) Greenwald, Banaji, e Nosek (2014) Critcher e Risen (2014) Oswald, Mitchell, Blanton, Jaccard e Tetlock (2013) Todd, Bodenhausen, Richeson e Galinsky (2011)
Discriminação racial e uso de substâncias (2)	Gibbons et al. (2010) Gibbons et al. (2012)
Essencialização (2)	Goff, Jackson, Di Leone, Culotta e DiTomasso (2014) Chao, Hong e Chiu (2013).
Maleabilidade do preconceito racial (2)	Carr, Dweck e Pauker (2012) Neel e Shapiro (2012).
Multiculturalismo (2)	Tadmor, Hong, Chao, Wiruchnipawan e Wang (2012) Plaut, Garnett, Buffardi e Sanchez-Burks (2011).
Relacionamentos inter-raciais (2)	Holoien, Bergsieker, Shelton e Alegre (2015) West, Magee, Gordon e Gullett (2014).
Contato interpessoal - olhar nos olhos (1)	Kawakami et al. (2014)
Ações afirmativas (1)	Lowery, Chow, Knowles e Unzueta (2012).
Comportamento moral (1)	Effron, Miller e Monin (2012).
Crenças compartilhadas (1)	Conley, Rabinowitz e Hardin (2010).
Emoções (1)	Goldenberg, Saguy e Halperin (2014).
Entitividade (1)	Effron e Knowles (2015)
Equidade no contexto educacional (1)	Lowery e Wout (2010)
Gerenciamento de impressões (1)	Bergsieker, Shelton e Richeson (2010).
Identidade Social (1)	Pinto, Marques, Levine e Abrams (2010).
Ideologia (1)	Vorauer e Sasaki (2011)
Motivação para responder sem preconceito (1)	Kunstman, Plant, Zielaskowski e LaCrosse (2013).
Sexismo x Racismo (1)	Johnson, Freeman e Pauker (2012).

2.1.3 Revista Psicologia & Sociedade.

As buscas no site da Revista Psicologia & Sociedade foram realizadas com a utilização dos termos rac\$ e negr\$ em todos os índices e considerando os anos de publicação de 2010 a 2015. Resultaram 27 artigos, dos quais 13 tratavam de racismo ou preconceito racial contra negros. Tendo em vista que o racismo é permeado pelo tecido social que o envolve, os estudos publicados na revista brasileira serão descritos com mais detalhamento.

O Movimento Negro no Brasil tem as especificidades de situar-se num tempo e espaço em que pouco se reconhece a presença e consequências do racismo. C. Rodrigues e Prado (2010) analisaram o engendramento do Movimento de Mulheres Negras (MMN) na cena pública brasileira no período de 1970 a 2010. De acordo com os autores, as estratégias adotadas pelas militantes foi “enegrecer” as pautas das feministas, e “sexualizar” a agenda do movimento negro, trazendo suas especificidades para estes campos de debate. No fim da década de 1980 acontece o I Encontro Nacional de Mulheres Negras que desencadeou oposições dentro do Movimento Negro e também do Movimento Feminista, que acreditavam que tal ação enfraqueceria a todos os grupos.

Coexistem diferentes formas de organização dentre o MMN, alguns grupos adotaram o formato de Organização Não Governamental (ONG) e outros continuam como movimentos sociais de base, associações de voluntariado, sendo que os primeiros, devido a seu formato organizativo têm mais acesso a recursos financeiros. A exemplo de outros movimentos sociais, a pluralidade de ideais e formas de intervenção perpassam o Movimento de Mulheres Negras que tem reivindicado ações contra o racismo e sexismo, com vistas a equidade de oportunidades (C. Rodrigues & Prado, 2010).

R. S. Silveira, Nardi e Splinder (2014) buscam explicitar articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. Apesar de trazerem dados

empíricos, estes não evidenciam tal articulação que é explorada no plano teórico, onde se destacam as múltiplas vulnerabilidades, dentre elas a violência, a que mulheres estão expostas na condição também de negras, ou seja, entrecruzamento entre o sexismo e o racismo.

A temática é retomada por R. S. Silveira e Nardi (2014) ao explicitar a interseccionalidade entre gênero, raça e etnia e a violência contra as mulheres nos contextos brasileiro e espanhol. No Brasil a quantidade de mulheres vítimas de violência é bem maior do que a proporção na população pesquisada (porto alegre), no entanto, o número de denúncias que chegam a constituir processos judiciais não é compatível com o quantitativo de queixas prestadas, os casos trazidos por mulheres negras muitas vezes não são levados a diante. Tanto na Espanha como no Brasil, os magistrados entrevistados, homens brancos, negam a influência da articulação entre gênero, raça e violência contra mulheres. Autoras apontam a necessidade de desvelar o impacto da branquitude da maior parte dos profissionais ligados ao atendimento de mulheres negras vítimas de violência no processo de investigação/punição destes casos.

Estudar o racismo a partir da construção social que pessoas brancas forjam sobre branquitude é a proposta de Schucman (2014). A autora defende este foco de análise uma vez que a aceitação de toda uma “herança” histórica e socioeconômica favorável como algo que pertence de direito a pessoas brancas, parece justificar as relações raciais desiguais. Os participantes do estudo denotaram que “‘ser branco’ determina características morais, intelectuais e estéticas dos indivíduos” (Schucman, 2014, p. 83).

Em uma perspectiva teórica, Nogueira (2013) analisa criticamente a “branquitude para destacar processos de desumanização em brancos” (p.23). A respeito dos processos de desumanização específicos da população negra, a autora lança mão de leituras críticas de estudos negros. Por fim, as políticas de ações afirmativas no campo

educacional são apontadas como ponto de reflexão sobre humanização em ambos os grupos.

A construção de conceitos raciais e de vivências racistas por crianças cegas congênitas é discutida por Dahia (2013). A autora discorre a respeito da gênese do racismo no âmbito individual, aponta como viável a análise de Hirschfeld (1996), segundo a qual o conceito de raça é um “produto da cultura, e não categoria oriunda do ambiente natural, é derivada, assim, tanto da capacidade conceitual humana como do contexto histórico” (Dahia, 2013, p. 104). Por fim, é destacada a importância da realização de pesquisas empíricas a respeito da temática, tendo em vista a extensão e impactos do racismo no contexto brasileiro.

Em um estudo comparativo – entre brasileiros e espanhóis - sobre estereótipos e essencialização de brancos e negros, Pereira, Álvaro, Oliveira e Dantas (2011) constataram que a categoria raça foi a mais essencializada dentre outras, por exemplo, sexo e idade. Essencialização é operacionalizada pelos autores como “processo da categorização social caracterizado pela crença na existência de atributos imutáveis concernentes aos entes aos quais a categorização essencialista se aplica” (p. 146). Os participantes brasileiros essencializaram mais a categoria raça do que os espanhóis. Estes resultados sugerem preocupação, uma vez que a essencialização da raça implica no fortalecimento dos estereótipos atrelados a pessoas negras e seus impactos negativos. Além disso, as próprias situações de iniquidades raciais ganham sustentação através da essencialização, à medida que em que pode atuar como processo justificador e reforçar a crença de que, cada um, branco ou negro, ocupa o lugar que é natural e de direito na sociedade.

O estabelecimento de cotas nas universidades públicas brasileiras suscita os mais diversos e divergentes posicionamentos em nossa sociedade. Guarnieri e Melo-Silva

(2010) investigaram a opinião de estudantes de cursinhos pré-vestibulares a respeito das cotas e observaram que a reserva de vagas por estrato social – alunos de escolas públicas - teve maior aceitação dos participantes (cerca de 40%) do que o critério étnico-racial (menos de 3%). Percebeu-se também que os estudantes dispunham de poucas informações sobre o sistema de cotas. Camino et al. (2014) ao realizarem pesquisa com estudantes universitários perceberam três linhas de discurso a respeito das cotas raciais: (i) negação de diferenças intelectuais entre negros e brancos, (ii) o preconceito existente é de classe e não racial e (iii) o foco deve ser a qualidade do ensino – cotas podem baixar o nível das universidades e devem haver melhorias na educação básica. Foi possível constatar que nenhum dos posicionamentos dá respaldo à ação afirmativa por meio das cotas.

Lima-Nunes e Camino (2011) investigaram a relação entre fatores psicossociais (atitude político-ideológica e inserção social) e preconceito sutil (oposição aos direitos das minorias raciais). Observou-se que dentre os fatores estudados, a inserção social dos participantes - estudantes universitários – em atividades extracurriculares prediz rejeição a práticas preconceituosas. Os autores apontam que tal inserção provavelmente propicie socialização em meios mais críticos. Buscando analisar o papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro, Lins, Lima-Nunes e Camino (2014) observaram que dentre os participantes – estudantes universitários - a expressão de preconceito racial contra negros pode ser predita pela adesão a valores hedonistas e materialistas, em contrapartida, não expressar preconceito racial está relacionado à adesão a valores de justiça social e religiosos. A pesquisa constatou ainda relação entre a distância social frente a negros e o preconceito, sendo que as pessoas que mantiveram contato próximo com pessoas negras não expressaram preconceito racial.

A. M. L. T. Pires (2010) analisa em que medida as pessoas expressam preconceito por meio da utilização de dois instrumentos: Escala de Racismo Moderno (Navas, 1998) e a Escala de Racismo Cordial (Turra & Venturi, 1995). Comparando-se a pontuação nas duas escalas, os participantes – estudantes universitários - relataram mais racismo moderno, caracterizado por percepção de ameaça aos princípios de igualdade e justiça, e negação do preconceito e da discriminação. A autora aponta que a pontuação mais baixa na Escala de Racismo Cordial pode estar relacionada ao fato desta possuir itens mais explícitos, mais próximos às formas mais flagrantes de racismo, as quais estão em desacordo com a norma social dominante de não discriminação.

A investigação das consequências sociais do racismo nos discursos de mestrandos foi um dos objetivos do estudo empreendido por Camino et al. (2013), que avaliou também a natureza das diferenças raciais e os fatores psicossociais a que estão relacionados. Constatou-se a presença de três linhas discursivas: (i) *diferenças existem e são genéticas* - os atores sociais que sustentam este posicionamento discordam das reivindicações do movimento negro e da adoção de ações afirmativas; (ii) *diferenças não existem* - o grupo de estudantes que adota esta linha de pensamento é heterogêneo no posicionamento sobre as demandas do movimento negro e (iii) *características fenotípicas são utilizadas como critério de diferenciação nos processos de exclusão*- discurso mais característico de estudantes politizados que são favoráveis às reivindicações da população negra. Os autores apontam que o modo como os grupos entendem as diferenças e/ou desigualdades raciais parece sustentar as divergentes opiniões acerca de diversos aspectos das relações inter-raciais.

Realizando-se uma breve análise das publicações nos três periódicos é possível perceber que o periódico europeu apresentou variedade de temáticas a partir das quais o racismo é abordado, sendo realizadas análises em perspectivas individual, interpessoal e

societal. Apesar de predominarem relatos de pesquisas empíricas, também houve artigos teóricos. Destaca-se que a temática racial na perspectiva dos negros não foi tão frequente na revista, uma vez que a maior parte dos manuscritos não foi selecionada por abordar outros focos de análise, especialmente conflitos étnicos em países europeus.

Considerando-se as publicações pesquisadas, é possível observar que a temática racial negra ocupa bastante espaço na publicação norte-americana o que pode ser explicado pela forte tensão inter-racial que marcou a história dos Estados Unidos e pode ser percebida ainda hoje, por exemplo, nas recentes revoltas motivadas pelas mortes de homens negros (desarmados) por policiais brancos (Kearney & Malo, 2015). Constatou-se também que todos os estudos publicados eram relatos de pesquisa que utilizam em grande parte uma perspectiva de análise em nível individual e interpessoal.

A revista brasileira apresentou diversidade de temáticas, abordando especificidades do racismo no contexto nacional, análises a respeito de ações afirmativas (cotas raciais nas universidades), estando presentes também investigações acerca de questões de gênero. Os estudos demonstraram as consequências nefastas advindas de ideologias racistas e práticas por elas sustentadas. Persiste a relutância em reconhecer a presença do racismo na sociedade brasileira, ou melhor, até se reconhece que ele existe, mas individualmente as pessoas alegam não praticá-lo. Não foram observados no periódico nacional estudos acerca do racismo no contexto da saúde, tema desta tese.

No capítulo a seguir, apresenta-se como vem se configurando a área de saúde no contexto brasileiro, bem como estudos relacionados à interface saúde e racismo.

CAPÍTULO 3 –Saúde no contexto brasileiro

O conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (World Health Organization [WHO], 1946, p.1). A OMS defende também que os governos são responsáveis pela saúde de seus povos por meio da adoção de medidas sanitárias e sociais. Percebe-se que ter saúde e promover saúde de acordo com o proposto pela OMS são tarefas bastante complexas. A seguir será apresentado um breve panorama de como tem se organizado o sistema de saúde no Brasil.

3.1 Antecedentes do Sistema Único de Saúde

Desde início da colonização portuguesa até o fim do século XVIII, a atuação do Estado para prover saúde à população se restringia aos cuidados para evitar a morte. A partir do século XIX surge no Brasil a chamada medicina social caracterizada pela expansão das práticas médicas na sociedade (âmbito urbano) e pelo estreitamento das relações entre o apoio científico proporcionado pela medicina e o poder do Estado. Esta mudança de olhar em relação à saúde é explicada pelo contexto sócio histórico, tendo em vista que em 1808 a corte portuguesa se instala no Brasil. A partir deste momento são criadas as primeiras instituições voltadas para a formação de médicos e as medidas sanitárias passam a ter certa sistematização, organizando-se em torno da Junta Central de Higiene Pública que era responsável por delegar atividades as juntas municipais e realizar o controle de navios e saúde nos portos (Brasil, 2011).

Com a proclamação da república em 1889, toma conta do Brasil um ideário de progresso e modernização e no campo saúde, a medicina é responsável pelas ações sanitárias capitaneadas pelo Estado que busca agora proporcionar a melhoria da saúde individual e coletiva (Bertolli Filho, 2011).

A constituição de 1891 apontava o Estado como responsável pelas ações de saúde, saneamento e educação. No entanto, apenas na década de 1910 as políticas de saúde começam a ganhar contornos mais definidos, impulsionadas por problemas ligados a integração nacional e a interdependência percebida diante dos surtos causados por doenças transmissíveis. A incorporação de avanços na área de saúde coletiva advindos de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos pode ser percebida nas ações do governo que passa a atuar não apenas durante os surtos das doenças, mas de modo sistemático em todos os setores da sociedade. Os médicos, que passaram a ser formados pelo Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e pelo Instituto Butantan em São Paulo, ambos fundados em 1900, começam a exercer influência sobre as ações de saúde pública (Brasil, 2011).

A lei Eloá Chaves de 1923 é um marco para o reconhecimento legal das políticas de proteção social, dentre elas a assistência médica como política pública nacional. Esta lei institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões, custeadas por empregados e empregadores, amparavam apenas trabalhadores urbanos de grandes empresas públicas e privadas. No Estado Novo, na década de 1930 as Caixas são incorporadas pelo Ministério do Trabalho, passando a ser nomeadas de Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP). Neste período, categorias específicas criam seus IAPS, como os Marítimos, Comerciais, Industriários, Bancários e Servidores do Estado. Os IAPS passam a incorporar medicina previdenciária, área não tão requisitada destes Institutos.

Para cuidar da saúde da população não amparada pelos IAPS existia o Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP (Brasil, 1930). Observa-se já nesta época uma dualidade no sistema de saúde brasileiro.

O MESP fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais,

ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários (Brasil, 2011, p. 15).

O período compreendido entre a promulgação da constituição de 1945 e o início da ditadura em 1964 foi caracterizado no campo da saúde pública por: (i) continuidade do modelo caracterizado pela cisão entre saúde pública e assistência médica, com predomínio desta última para as populações urbanas; (ii) ações privilegiando doenças específicas; (iii) fortalecimento de espaços de debate como os congressos de higiene e conferências nacionais de saúde. Neste contexto é criado o Ministério da Saúde em 1953 (Brasil, 2011).

Durante o governo militar, o sistema de saúde passou por drásticas mudanças. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual englobou todas as instituições previdenciárias setoriais (Brasil, 1966). O INPS, assim como o órgão anterior, continuou amparando apenas trabalhadores urbanos com empregos formais. A arrecadação do INPS alcançou recordes na década de 1970, havendo a ampliação do número de leitos e cobertura. No entanto, este crescimento concentrou-se nas mãos da iniciativa privada que teve diversas obras, hospitais e clínicas, financiadas pela Previdência. Os serviços particulares de saúde dispuseram ainda de diversas brechas para burlar os fracos mecanismos de controle dos atendimentos realizados, tendo a previdência que simplesmente pagar por todos os serviços que constavam nas faturas como realizados. Isto tudo, aliado à ênfase na medicina curativa, provocou o colapso do sistema de saúde custeado pela Previdência (Brasil, 2011).

Em busca de eficiência organizacional, em 1977, o governo cria o – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, momento a partir do qual as ações da previdência passam a ser setorizadas, sendo estabelecido o Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INPS e outros órgãos também constituem o sistema, cada um atuando a partir de suas especificidades (Leite, 1978).

A partir de 1974, o regime militar inicia um processo de abertura, momento em que os movimentos sociais e acadêmicos começam a se rearticular. No campo da saúde, os sanitaristas passam a encontrar espaço para discutir a democratização do acesso à saúde e a mudança de perspectiva de uma medicina curativa e individual para ações preventivas de interesse coletivo. O movimento sanitário passa a ocupar posições institucionais no governo militar e coloca em prática projetos de atenção a saúde que carregam o embrião do que mais tarde viria a se tornar o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

Com o fim do regime militar, em 1985, os sanitaristas assumem efetivamente posições estratégicas no campo da saúde e no ano seguinte é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde são discutidas questões centrais sobre o sistema de saúde que se deseja para o país, por exemplo: “se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva (...) unificação do Inamps com o Ministério da Saúde (...)” (Brasil, 2011, p. 22). Decidiu-se pela não estatização, optando-se pelo fortalecimento do setor público, os recursos provenientes viriam do Inamps e de outras receitas e a implantação seria delineada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Esta comissão foi responsável pelo texto base encaminhando as propostas relativas à saúde que foram analisadas pela Constituinte.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de

universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (Brasil, 2003, p. 24).

Diante do exposto, pode-se perceber que até 1988 não havia legislação alguma no Brasil que garantisse a saúde como direito de todos os cidadãos. O que existia era uma “cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical (...) acabaram excluídos da cidadania todos os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida por lei” (Carvalho & Barbosa, 2010, p.16).

Portanto, até 1988, de fato os brasileiros se enquadravam em três categorias em relação ao acesso à saúde: (i) aqueles que tinham como pagar pelos serviços na rede particular, (ii) os que tinham sua assistência à saúde assegurada pelo INAMPS, e (iii) um grande contingente que não tinha nenhum direito (Brasil, 2003). D. C. Oliveira, Sá, Santo, Gonçalves e Gomes (2011) constataam que ter sido ou não assegurado pelo INAMPS marca o posicionamento nas representações sociais que usuários têm a respeito do sistema de saúde brasileiro antes e depois do SUS, em que os trabalhadores formais percebem a universalidade do sistema como negativa, enquanto os trabalhadores informais tem visão oposta. Esta pesquisa reafirma a inserção social, com suas implicações econômicas, como fator importante para as tomadas de posição diante dos objetos de representação social. A seguir será apresentada a organização do sistema de saúde brasileiro após a Constituição de 1988.

3.2 O Sistema de saúde brasileiro após 1988: Sistema Único de Saúde e Sistema de Saúde Suplementar

A Constituição Federal de 1988 define que os direitos relativos à **saúde**, **previdência** e **assistência social** fazem parte do conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, sendo englobados pela Seguridade

Social. A respeito da saúde, é dever do Estado fornecer esta garantia ao cidadão, por meio do Sistema Único de Saúde, sendo também permitido à iniciativa privada atuar no setor de modo complementar ao SUS ou ainda suplementar (Brasil, 1988, 1990a, 1998, 2000).

A participação da iniciativa privada de modo complementar ocorre quando o SUS, através de sua estrutura própria – hospitais, ambulatórios, laboratórios, etc. - não pode garantir cobertura assistencial integral em uma determinada área. Nestes casos são celebrados contratos ou convênios, preferencialmente com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. Esta modalidade de atendimento garante ao cidadão acesso gratuito à assistência em instituições de saúde privadas conveniadas/contratadas. Esta prestação de serviço equivale ao fornecido diretamente pelo SUS, devendo, portanto, seguir seus objetivos, princípios e diretrizes (Brasil, 1988, 1990a).

Na modalidade suplementar, a iniciativa privada representada por pessoas jurídicas de direito privado opera planos de assistência à saúde. Os serviços prestados são específicos da esfera privada, havendo relação jurídica entre o consumidor e a organização que provê os serviços. Por tratar-se de direito básico assegurado pela constituição, o governo brasileiro criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regular o equilíbrio econômico e social no setor. Um dos desafios enfrentados pela agência é efetivar a participação popular (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2009; Brasil 1998, 2000; Sousa, 2010).

Na saúde suplementar, as ações e serviços desenvolvidos não possuem vínculo com o SUS, exceto, obviamente, os vínculos advindos das normas jurídicas emanadas dos órgãos de regulação do Sistema - Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre outros (Sousa, 2010, p. 300).

No sistema de saúde brasileiro a cobertura particular duplica a cobertura universal, ou seja, os usuários de plano de saúde são também assegurados pelo SUS. As ações de vigilância sanitária e epidemiológica são exclusivas do Sistema Único de Saúde, conforme Tabela 3 (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2008).

Tabela 3 – Sistema de Saúde Brasileiro *

Sistema Único de Saúde	Sistema de Saúde Suplementar
Vigilância Sanitária	-
Vigilância Epidemiológica	-
Atenção à Saúde	Atenção à Saúde
Promoção à Saúde	Promoção à Saúde
Prevenção de riscos e doenças	Prevenção de riscos e doenças
Atenção Básica	Atenção Básica
Atenção de Média e Alta Complexidade	Atenção de Média e Alta Complexidade
Sistema de Saúde Brasileiro – Duplicado na Atenção à Saúde	

* Retirada de ANS (2009, p.13)

A coexistência da oferta de serviços pela iniciativa pública e privada no sistema de saúde brasileiro, que é considerado um sistema misto, traz alguns ranços relacionados ao favorecimento do setor privado existente em décadas anteriores. É recente, e ainda incipiente, o processo de ressarcimento realizado pelas operadoras de plano de saúde ao Sistema Único de Saúde por procedimentos realizados por seus usuários na rede pública (ANS, 2014). Análise mais detalhada acerca da relação público/ privado no sistema de saúde nacional pode ser encontrada em I. S. Santos, Ugá e Porto (2008).

Após fornecer um panorama de como se organiza o sistema de saúde brasileiro, apresentar-se-á em mais detalhes o Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes, organização.

3.2.1 Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde tem suas diretrizes e princípios filosóficos e organizativos dispostos essencialmente em três bases legais: (i) Constituição Federal de 1988, nos artigos de 194 a 200, em que os art.194 e art. 195 abordam a seguridade social, da qual a saúde faz parte e os demais tratam especificamente da saúde; (ii) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e (iii) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Matta, 2010).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu segundo capítulo aponta que o SUS deve seguir as diretrizes expressas no art. 198 da Constituição (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) e os princípios que lista em seu art. 7º, dentre os quais se encontram as três diretrizes supramencionadas. Em consonância com Matta (2010) entendem-se os princípios como preceitos, valores que norteiam o SUS, quais sejam: universalidade, equidade e integralidade. Já as diretrizes “seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS, articulados com seus princípios” (Matta, 2010, p. 254). Nesta perspectiva, dentre as diretrizes do SUS, destacam-se descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade.

Princípios do SUS

O caráter universal pretendido pelo SUS é um dos maiores contrapontos em relação ao sistema de saúde anterior, onde apenas os contribuintes do regime previdenciário tinham acesso a serviço de saúde. O princípio da **universalidade** preconiza que o Estado deve garantir que todo brasileiro desde o nascimento, tenha

acesso às ações e serviços do SUS, independentemente de renda, raça, religião ou qualquer outro critério de distinção (Matta, 2010).

O princípio da **equidade** não é formalmente expresso nas bases legais do SUS apontadas no início desta seção, nas quais o termo utilizado é igualdade, no entanto, estudiosos e militantes do SUS apontam a melhor adequação da expressão equidade para descrever os princípios do sistema (Matta, 2010, Ministério da Saúde, 2010). A perspectiva equitativa privilegia o tratamento justo a partir da análise das peculiaridades de cada situação. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra só foi possível devido a este princípio.

Exemplos práticos de equidade ocorrem frequentemente nos hospitais, especialmente naqueles nos quais se implantou a classificação de risco, onde a prioridade no atendimento é definida por critérios combinados de ordem de chegada, urgência e gravidade (...) também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (...) existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros (Fiocruz, 2015).

Matta (2010) aponta quatro possíveis sentidos ao princípio da **integralidade** no campo saúde: (i) superação do paradigma que dissociava políticas e ações preventivas de ações curativas – o SUS deve abarcar as duas áreas, (ii) adoção de uma visão integral de homem, considerando inclusive os determinantes ambientais e sociais que o condicionam, (iii) compreensão das políticas de saúde como intersetoriais, articuladas com a área de assistência, por exemplo, e (iv) a formação integral do trabalhador em

saúde, promovendo reflexões não apenas sobre o conhecimento, mas também sobre sua prática.

Diretrizes do SUS

A **descentralização** da gestão e das políticas da saúde distribui o poder e a responsabilidade entre as três esferas do governo (federal, estadual e municipal). Esta forma de organização do SUS tem como finalidades “a prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade” (Fiocruz, 2015).

De acordo com as diretrizes de **regionalização** e **hierarquização**, “os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida” (Ministério da Saúde, 1990, p. 5). A população deve adentrar os serviços pela rede básica de atenção que buscará resolver uma ampla gama de situações e encaminhar os usuários para os serviços de média e alta complexidade quando necessário. Os municípios poderão realizar consórcio entre si para organizar os serviços.

A **participação popular** tem como principais instrumentos as Conferências de Saúde que ocorrem a cada quatro anos e os Conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Brasil, 1990b).

O percurso histórico e político que levou a criação do Sistema Único de Saúde, bem como os princípios e diretrizes que o embasam, apontam a saúde como uma

garantia fundamental, um direito e não apenas como um serviço a ser prestado pelo Estado. Nesta perspectiva, espera-se que de fato todos os cidadãos tenham acesso de maneira digna e eficaz ao SUS, à rede complementar e suplementar de saúde que são regidas por sua filosofia. No entanto, o Ministério da Saúde reconhece a ineficiência em atender a população negra ao afirmar a presença de racismo institucional no SUS (Conselho Nacional de Saúde, 2006). A seguir serão reportados estudos que analisam questões relativas a acesso e cuidados de saúde no contexto brasileiro, a partir de uma perspectiva racial.

3.3 Raça, Racismo e Saúde

Com o objetivo de verificar quais temáticas têm sido abordadas nos estudos realizados na interface racismo e saúde no contexto brasileiro, foi realizada busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com a utilização dos termos *rac* or *negr* or *etini* and *saude* no índice título, considerando os anos de publicação de 2010 a 2015. Resultaram 70 produções, das quais 31 eram artigos (com disponibilização de texto completo) que abordavam a questão racial no contexto da saúde. Após leitura, perceberam-se as seguintes temáticas centrais: (i) problematização do uso de recorte racial em pesquisa em saúde; (ii) racismo institucional; (iii) utilização do quesito *raça/cor* nos sistemas de registro do SUS; (iv) relação entre fatores socioeconômicos e iniquidades em saúde; (v) relação entre *raça/cor* e saúde autoavaliada; (vi) relações entre *raça* e gênero (vii) recorte racial na análise de quadros de saúde ou serviços específicos (viii) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. A seguir são apresentadas informações sobre as publicações.

A relação entre racismo e saúde não é consenso entre os pesquisadores, sendo problematizada por Chor (2013) e Moubarac (2013). Há escassez de estudos que investiguem a influência do racismo no contexto da saúde na realidade brasileira,

quando se compara com outros países, como os Estados Unidos (Chor, 2013). A autora aponta a necessidade de investigações na área, uma vez que só é possível saber a extensão do problema e seu entrecruzamento com outras variáveis (gênero e classe social) a partir de estudos. Destaca ainda que “no campo das pesquisas sobre discriminação, instrumentos de medida adequados ao nosso contexto são necessários e podem fornecer resultados mais próximos da realidade brasileira” (Chor, 2013, p. 1273).

Moubarac (2013) realizou revisão sistemática sobre raça e etnia em publicações na área de epidemiologia e saúde pública, constatou que a maior parte dos manuscritos foi teoricamente fundamentada, no entanto, alguns problemas foram identificados: “falha de pesquisadores para diferenciar conceitos de raça e etnia; utilização indevida de categorias raciais para atribuir etnia; falta de transparência nos métodos utilizados para avaliar ambos os conceitos” (p.105).

O racismo institucional foi abordado por Lopez (2012) em estudo teórico que destaca a necessidade de investigações a este respeito no campo da saúde e o papel do movimento negro junto ao poder público. Tavares et al. (2013) investigaram a percepção do racismo institucional junto a Psicólogos que atuam em hospitais públicos e constatarem “ausência de um olhar crítico dos profissionais sobre as relações étnico-raciais e suas implicações no campo da saúde, o que reproduz a ideologia da igualdade social no país” (...) (p.580).

Apenas em 1996 o quesito raça/cor passou a ser utilizado nos sistemas de monitoramento do SUS (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM). Braz,

Oliveira, Reis e Machado (2013) apontam que apesar de sua importância para as políticas de equidade, as informações sobre raça/cor muitas vezes não são preenchidas em vários destes sistemas.

Sacramento e Nascimento (2011) constataram que tanto profissionais de saúde, quanto usuários têm posicionamentos diversos quanto à utilização do quesito raça/cor nos formulários de saúde: alguns sentem constrangimento em perguntar ou responder, outros percebem como indiferente e há aqueles que acham importante. O mal-estar gerado no processo de perguntar/responder a respeito de cor/raça também foi percebido pelos profissionais entrevistados por Araújo, Cruz, Lopes e Fernandes (2010), sendo apontada a necessidade de formação a respeito da temática.

A. B. S. Santos et al. (2013) analisaram o preenchimento do quesito raça/cor no Instituto Médico Legal de Salvador-BA e perceberam que pretos e pardos - classificados indistintamente como faíodermas (pardos), tinham suas mortes na maior parte das vezes classificadas em contextos relacionados a crime e drogas, enquanto os brancos tinham mais mortes denominadas de acidentais. Em estudo anterior, os autores discutiram estes dados na perspectiva do racismo institucional (A. B. S. Santos, Coelho, & Araújo, 2011).

A respeito da relação entre fatores socioeconômicos e iniquidades em saúde, Boclin, Faerstein e Szklo (2014) investigaram como escolaridade dos pais e das participantes (posição socioeconômica ao longo da vida) atua como mediador da associação entre cor/raça e ocorrência de mioma uterino. Participaram do estudo 1.475 funcionárias públicas. Os achados indicaram que mulheres que se autodeclararam pretas e pardas tem maior risco de relatarem mioma uterino. As estimativas não se alteraram quando incluídas as variáveis de posição socioeconômica ao longo da vida.

As interações e associações entre discriminação de idade, classe e raça com saúde mental, são analisadas em uma amostra de estudantes universitários brasileiros por Bastos, Barros, Celeste, Paradies e Faerstein (2014). Os achados indicaram que “as discriminações de classe e raça/cor foram importantes, mas seu relato simultâneo, em conjunto com a discriminação por idade, esteve associado com a maior ocorrência de transtornos mentais comuns” (Bastos et al., 2014, p. 175).

J. A. F. Santos (2011) analisou padrões sociais, mediações socioeconômicas e as relações condicionais que permeiam as iniquidades raciais no campo da saúde no Brasil. Foram utilizados modelos de regressão logística para analisar a associação entre a divisão racial e mau estado de saúde. Os resultados indicaram que fatores socioeconômicos explicam 84% da desigualdade racial em saúde. No entanto, segundo o autor “‘marcas raciais’ estão inscritas nas várias dimensões da vida social - nas instituições, interações, disposições e crenças - tornando-se uma espécie de ‘status principal’, inclusivo e abrangente, ao lado de classe social e gênero” (J. A. F. Santos, 2011, p. 40).

A associação entre raça/cor e saúde autoavaliada por idosos foi investigada por B. L. A. Oliveira, Thomaz e Silva (2014) que analisaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008. Os idosos que se autodeclararam pardos referiram autoavaliação mais negativa do estado global de saúde, independente das diferenças nos fatores socioeconômicos e demográficos analisados. O maior número de condições crônicas de saúde foi apresentado por idosos que se classificaram como pretos. Os autores concluem que a cor/raça explicou parte das desigualdades em saúde dos idosos, no entanto, outras variáveis socioeconômicas (escolaridade, atividade econômica e renda) tiveram efeito mais marcante.

Chiavegatto Filho e Laurenti (2013) investigaram as disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada por meio de análise multinível. Participaram do estudo 2.697 pessoas de 145 municípios brasileiros. Os autores constataram que “após a inclusão de variáveis demográficas, socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde, indivíduos de raça preta e parda tiveram maior razão de chances de avaliarem sua saúde como negativa” (p. 1572).

Parte dos estudos localizados na busca realizada na BVS avaliaram as relações raciais a partir de um recorte de sexo ou gênero. Domingues et al. (2013) entrevistaram 25 mulheres a respeito da discriminação racial nas práticas de cuidado em saúde reprodutiva. Os autores constataram que “apesar de haver percepção da discriminação racial, as mulheres apresentaram dificuldade em reconhecer que sofriam tais práticas, evidenciando a naturalização das desigualdades raciais no cuidado em saúde reprodutiva” (p.285). Damasco, Maio e Monteiro (2012) analisam a emergência do feminismo negro no Brasil, o qual teve grande participação na luta em prol de autonomia feminina em relação à saúde reprodutiva. Relatam a definição de novos contornos específicos do feminismo negro, especialmente entre 1975 a 1993, e sua importância para conquistas no campo da saúde da população negra.

Em estudo realizado com 2030 mulheres, Bairros et al. (2011) avaliaram as desigualdades raciais no acesso a serviços de saúde. Os achados apontam que a “probabilidade das mulheres não realizarem os exames citopatológico e de mama foi significativamente maior entre as negras” (p.2371). Mesmo após controle da idade e variáveis socioeconômicas, persistiu a desigualdade racial no acesso aos exames de detecção precoce de câncer. Goes e Nascimento (2013) ao analisarem os dados da PNAD de 2008 relativos ao estado da Bahia, também encontraram cenário desfavorável

para as mulheres negras, apenas 7,9% delas tem acesso que pode ser considerado bom aos serviços de saúde, enquanto entre as mulheres brancas o índice é de 15,4%.

Outra temática comum dentre os artigos, foi o recorte racial utilizado na análise de quadros específicos de saúde, como diabetes, exposição a estresse e saúde bucal. Faerstein et al. (2014) realizaram estudo com 3056 participantes, no qual constataram que pessoas negras que perceberam ter sofrido discriminação racial em sua vida cotidiana (nos contexto do trabalho, moradia, escola, locais públicos e com a polícia) tiveram maior prevalência de hipertensão arterial quando comparados com os participantes brancos. Os autores creditam que “é possível que o racismo aumente o risco de hipertensão entre afrodescendentes no Brasil; a adversidade socioeconômica - também influenciada pelo racismo - pode potencializar esse aumento de risco” (Faerstein et al., 2014). C. G. S Pires e Mussi (2012) analisaram a crença de pessoas negras a respeito da dieta para pessoas hipertensas. Os resultados apontam que a ideia predominante destaca os benefícios da dieta para o tratamento.

Faro e Pereira (2011), em revisão da literatura, encontraram que as experiências racistas vivenciadas através de limitações essenciais na vida das pessoas, servem como gatilho para estressores no âmbito das relações raciais. Desta forma, além da vivência do racismo, a própria expectativa de experienciá-lo, devido a episódios anteriores, aumentaria o nível de estresse.

No âmbito da saúde bucal, Celeste, Gonçalves, Faerstein e Bastos (2011) observaram que existe uma associação entre raça e perda do dente, a qual é explicada em grande parte por “variáveis socioeconômicas atuais e início dos anos de vida, mas não por fatores comportamentais e discriminação auto-referida” (p. 509). Estudos a partir de grandes levantamentos realizados na área de saúde bucal apontaram que a variável raça/cor mostrou-se um importante preditor de iniquidade no acesso aos

serviços, mesmo quando controladas as variáveis socioeconômicas (Souza, Oliveira, Paegle, & Goes, 2012; Guiotoku, Moysés, Moysés, França, & Bisinelli, 2012).

Uma das respostas do Governo Federal às situações de iniquidade em saúde supramencionadas foi a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). O ciclo de ações realizadas para implantação desta política no Estado de São Paulo é descrita por Batista e Monteiro (2010) e retomada por Batista, Monteiro e Medeiros (2013, p. 689):

(...) destacar a importância do racismo como determinante social da saúde envolveu a entrada da temática na agenda, a criação da Política, sua implementação e disseminação, além da sensibilização de profissionais e sociedade civil e implantação do quesito raça/cor nos sistemas de informação.

J. E. Santos e Santos (2013) realizaram pesquisa com 10 profissionais de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família a respeito da PNSIPN. Em seus discursos os profissionais questionaram a legitimidade da Política que segundo os mesmos não deve ser considerada como responsabilidade social. As autoras apontam que o mito da democracia racial permeou as narrativas desveladas.

A participação de atores sociais na formulação da Política voltada para saúde da população negra em Salvador é analisada por M. V. R. Araújo e Teixeira (2013) que constatarem, entre 2006 e 2009, uma “janela de oportunidade” para inclusão de pautas de grupos heterogêneos ligados ao movimento negro.

Diante do exposto neste capítulo é possível perceber que o acesso à saúde no Brasil é um processo em construção que, apesar de grandes avanços em relação ao modelo anterior a 1988, ainda apresenta limitações quanto o alcance dos seus princípios em especial a integralidade e equidade.

CAPÍTULO 4 - Teoria das Representações Sociais

A teoria das representações sociais tem seu marco inicial com a investigação de Serge Moscovici (1961) sobre a difusão da psicanálise dentre a população francesa dos anos 50 do século XX. A tese “*La Psychanalyse: son image et son public*” ao elucidar como uma teoria científica é assimilada, transformada e utilizada pelo homem e como o homem constrói esta realidade, estabelece um status diferenciado ao conhecimento propagado no senso comum, até então visto como inferior ao conhecimento científico (Moscovici, 1978, 2010, 2012).

A ciência tem importância capital para nossa sociedade, sendo responsável por inventar e propor a “maior parte dos objetos, dos conceitos, das analogias e das formas lógicas que utilizamos para responder às operações econômicas, políticas e intelectuais” (Moscovici, 2012, p.22). Segundo o autor, no cotidiano, as pessoas recorreriam aos produtos da ciência, largamente veiculados pelos meios de comunicação, para interagir com a realidade. Destaca, contudo, que a propagação de uma ciência tem um caráter criador. Tem-se, então, a formação de “outro tipo de conhecimento adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios, num contexto social preciso (...) descobertas científicas transformam o seu meio ambiente e se transformam ao atravessá-lo, e engendram as condições de sua própria realização e renovação” (Moscovici, 2012, p.24).

Moscovici (2012) assevera que o caminho do nível da ciência ao das representações sociais é marcado pela descontinuidade, pela passagem de um contexto de pensamento e de ação a outro, portanto, não se trata de formas de conhecimentos que podem ser avaliadas em termos de “mais” ou “menos” importantes, pois são, sobretudo, diferentes. Portanto, “a ruptura é condição necessária da entrada de cada conhecimento (físico, biológico, psicológico, etc.). no laboratório da sociedade, onde se

encontra dotada de um novo estatuto epistemológico, na forma de representações sociais” (p.27).

Moscovici (1978, 2012) lança novos parâmetros para a análise do conhecimento produzido nas interações sociais cotidianas: as representações sociais elaboradas por grupos de pertença em relação ao conhecimento científico. Esclarece que são formas de conhecimento distintas de interagir com a realidade, onde não há uma relação hierárquica estabelecida entre elas. A partir desta proposta, o senso comum passa a ser considerado como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais (Coutinho & Araújo, 2013; Coutinho, Araújo, & Saraiva, 2013; Spink, 2008).

A teoria das representações sociais foi forjada com o intuito de analisar como os grupos assimilam os objetos sociais que lhes são relevantes em um dado contexto (Sá, 2007). Neste sentido, diferenciou-se de teorias anteriores que também investigavam a influência das representações para a sociedade.

Moscovici (1978, 2012) apresenta as representações sociais como um contraponto às representações coletivas propostas por Émile Durkheim. As representações coletivas abarcam diferentes formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente, como crenças, mitos, ciência, religiões, opiniões, que tem a característica de revelar o que há de irreduzível a experiência individual e que se estende no tempo e no espaço social (Nóbrega, 2003). As representações são coletivas à medida que exercem coerção sobre cada indivíduo e os levam a pensar e agir de maneira homogênea. Este saber partilhado e produzido coletivamente teria uma objetividade que escapa às representações individuais, sendo ainda estável em relação a sua produção e transmissão, o que as torna autônomas. De acordo com Nóbrega (2003), uma vez difundidas, as representações coletivas se impõem e penetram nas consciências individuais.

No entanto, a sociedade para a qual Serge Moscovici elabora sua teoria não é a arcaica ou primitiva, como outrora fez Durkheim. Trata-se da sociedade atual, onde os saberes e tradições políticas, científicas e humanas “nem sempre têm tempo suficiente para se sedimentar completamente para se tornarem tradições imutáveis” (Moscovici, 2010, p.48). O poder dos meios de comunicação de massa é destacado pelo autor como catalisador que acelera a disseminação das mudanças ocorridas, aumentando a necessidade de que os grupos formem representações sociais a partir das teorias e ideologias com as quais são confrontados diariamente. Moscovici (2010) sintetiza a diferenciação entre sua teoria e a de Durkheim, que compreendem diferenças para além da nomenclatura:

(...) se no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade quanto o senso comum. É para enfatizar esta distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo” (p. 49).

Segundo Vala (2010), o caráter social das representações pode ser analisado através de três critérios: quantitativo - uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos; genético - uma representação é social no sentido em que é coletivamente produzida cognitivamente e simbolicamente por um grupo social; e critério funcional - as representações sociais constituem guias para a comunicação e a ação, constituindo-se teorias sociais práticas.

Para Moscovici (1978, 2012), a representação social é uma teoria psicossociológica, implicada não apenas no individual, psicológico, mas também no

social, em ideologias, contextos históricos e culturais, posto que, é na vida com os outros, que pensamento, sentimento e motivação humanos desenvolvem-se. Neste contexto o autor define representação social como:

(...) sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos do seu mundo e da sua história individual e social (Moscovici, 1978, p. 11).

Jodelet (2001), estudiosa de reconhecida relevância no campo da representação social, assim a define:

(...) é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico (p. 22).

Ambas as definições complementam-se, destacando aspectos como a importância da representação para a orientação de condutas e da comunicação, bem como seu caráter diferenciado como forma de saber prático.

Após o estudo germinal de Moscovici, a teoria das representações sociais passou por um período de adormecimento, até que o paradigma behaviorista entrou em declínio e pode-se observar a expansão desta perspectiva teórica em diversas partes do mundo e variados campos do saber (Jodelet, 2002). A partir daí houve uma

multiplicidade de conceitos e de delineamentos metodológicos, o que, segundo Pereira et al. (2003), faz com que as representações sociais sejam consideradas não como uma teoria acabada, mas como uma abordagem ampla e inovadora no campo da Psicologia Social. Esta inovação e diversidade são endossadas pelo próprio Moscovici (2010) ao afirmar que novos estudos e avanços nesta abordagem são louváveis (Coutinho & Araújo, 2013; Coutinho et al., 2013; Jodelet, 2001).

Nesta tela, é possível distinguir três linhas das representações sociais advindas da grande teoria de Moscovici (1978, 2012), a saber: dimensional, estrutural e societal. A abordagem dimensional, articulada principalmente por Denise Jodelet (2001), é a mais próxima da proposta de Moscovici. Os estudos nesta ótica buscam abordar as dimensões das representações: campo estruturado, a atitude e o componente de informação (Coutinho & Araújo, 2013; Coutinho et al., 2013).

A abordagem estrutural, liderada por Abric (1996), privilegia estudos que analisam as estruturas centrais das representações, mais resistentes à modificação e os elementos periféricos que a complementam e têm menos estabilidade (Sá, 2007).

A terceira linha de estudo sobre as representações sociais situa-se na Escola de Genebra, que tem como principal expoente Wilhem Doise (2002). A abordagem societal concede importância fundamental aos determinantes sociais na análise dos princípios organizadores que atuam no processo de ancoragem das representações (Coutinho & Saraiva, 2013).

A seguir serão apresentados fundamentos das representações sociais, partindo principalmente da proposta de Moscovici (1978, 2012), contudo, considerando aspectos realçados pelas perspectivas anteriormente citadas, uma vez que se trata de teorias complementares e não antagônicas à proposta de Moscovici, como lembram Arruda (2002) e Sá (2007).

4.1 Fundamentos da Teoria das Representações Sociais

4.1.1 Funções das representações sociais.

O conceito de representações sociais cunhado por Moscovici (1978, 2012) apresenta duas funções: formação de condutas e orientação das comunicações sociais. Estas atendem ao propósito de tornar o não familiar em familiar, o invisível perceptível e desta forma, o sujeito pode posicionar-se perante o objeto social a partir do seu lugar de pertença, nas interações que ocorrem neste grupo (Nóbrega, 2003). Posteriormente, Abric acrescentou as funções identitária e justificadora (Abric, 1996). Estas funções denotam uma necessidade de diferenciação intergrupar, pois a identitária visa resguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, enquanto que a justificadora permite que os sujeitos mantenham ou reforcem comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos (op. cit.).

O constructo de racismo operacionalizado anteriormente nesta tese destaca os processos de hierarquização, exclusão e discriminação de pessoas ou grupos com base em marcas ou traços que são ressignificados negativamente (Lima & Vala, 2004). Em falas e atos racistas, é possível observar resquícios das explicações científicas ou religiosas utilizadas outrora para justificar a escravidão, como forma de diferenciação intergrupar, bem como de justificação das diferenças gritantes observadas na sociedade brasileira entre brancos e negros (Munanga, 2010; Nogueira, 2013; Schucman, 2014). Portanto, as funções das representações sociais podem ser investigadas ao se analisar o racismo.

4.1.2 Processos de formação da representação social.

A transformação do estranho em familiar, ou seja, a formação das representações sociais utiliza um processo de pensamento baseado na memória e em

conclusões passadas por meio dos mecanismos da ancoragem e da objetivação (Moscovici, 2010).

Estes mecanismos transformam e dão forma às representações sociais e estão ligados à ação comunicativa e às práticas sociais da esfera pública: o diálogo e a linguagem, os rituais e processos produtivos, as artes e padrões culturais, em suma, as mediações sociais. A ancoragem e a objetivação são as formas específicas de mediação social das representações sociais. É possível, através destes processos, elevar para um nível material, a produção simbólica de um grupo social (Jovchelovitch, 2008).

O processo de objetivação pode ser decomposto em três fases: construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização (Cabecinhas, 2004; Nóbrega, 2003; Vala, 2010).

Segundo Nóbrega (2003), a construção seletiva é o mecanismo utilizado pelo grande público consumidor dos meios de comunicação de massa, para se apropriar de determinado corpus teórico-científico. Nem todos os elementos das informações em circulação são selecionados, porém os que são retirados passam a condição de fatos próprios ao universo do senso comum. A seleção dos elementos é feita, em função de critérios culturais, determinados pelas desigualdades das condições de acesso às informações, segundo o pertencimento ao grupo. Mas também são utilizados critérios normativos, responsáveis pela retenção dos elementos de informação, mantendo a coerência com o sistema de valores próprios ao grupo (Cabecinhas, 2004; Nóbrega, 2003). Neste sentido, Jodelet (2001) destaca a importância de situar as representações sociais apreendidas em relação a quem sabe e de que lugar sabe.

Num segundo momento, as informações que foram selecionadas, e descontextualizadas, são organizadas de uma maneira específica: elas constituem uma esquematização estruturante ou o núcleo figurativo. O modelo figurativo representa um

elemento chave na gênese de uma representação social, tal como este elemento representa para um grupo ou uma pessoa um estado de fato, ele será usado como um quadro de interpretação e classificação de novas informações (Abric, 1996).

Finalmente, acontece a naturalização, onde os conceitos abstratos são concretizados, ganham vida própria e, assim, o modelo figurativo adquire status de evidência e é dotado de realidade. Moscovici (2010) assevera que quanto menos se consegue remontar uma representação social ao contexto do qual se originou, quanto menos conscientes delas, maior se torna sua influência.

Moscovici (1978) expõe que se a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram como termos da realidade social, a ancoragem permite compreender a maneira na qual eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais. O processo de ancoragem é organizado sobre três condições estruturantes: atribuição de sentido, instrumentalização do saber e enraizamento no sistema de pensamento (Nóbrega, 2003, M. F. S. Santos, 2005).

A atribuição de sentido ocorre à medida que o enraizamento de uma representação inscreve-se numa rede de significados articulados e hierarquizados através de conhecimentos e valores já existentes na cultura. Nóbrega (2003) assinala que neste momento imprime-se a marca dos distintivos culturais na representação, já que é influenciada pelo sistema de valores do grupo.

A instrumentalização do saber possibilita um valor funcional à representação, pois esta se torna uma teoria de referência que permite a tradução e compreensão do mundo social (M. F. S. Santos, 2005). A relação entre o indivíduo e o meio que o cerca é mediada pelo sistema de interpretação do qual o novo objeto (ciência, coisa, conhecimento) é transformado em saber útil que tem uma função na compreensão do mundo (Nóbrega, 2003).

O enraizamento no sistema de pensamento permite o movimento de incorporação social da novidade atrelada à familiarização do estranho (op. cit). As novas representações se inscrevem num sistema de representação preexistente e assim, tanto tornam o novo algo familiar, quanto modificam o conhecimento anterior. M. F. S. Santos (2005) destaca que o sistema de pensamento preexistente ainda predomina e serve como referência para os mecanismos de inserção do novo objeto.

Ao analisar as representações sociais elaboradas acerca dos ciganos, Moscovici (2009, p. 663) aponta que os processos de objetivação e ancoragem, ordenam a

“representação social a partir de um nó figurativo que, de algum modo, condensa todas as imagens, todas as noções ou os julgamentos que um grupo ou uma sociedade gera ao longo do tempo. Nada distingue melhor a minoria do que o nó figurativo de sua representação articulada em torno da temática nômade/sedentário. (...) Sem dúvida, pois o nó figurativo da representação social que inclui o tema da errância não variou há mais de dois mil anos.”

Saraiva (2010) esclarece que a decisão tomada para ancorar em um dado protótipo poderá seguir duas direções: ou a generalização ou a individualização. Ao generalizar, o indivíduo faz a ancoragem do objeto novo ajustando-o ao protótipo preestabelecido, reduzindo as diferenças entre os mesmos. Se a decisão for individualizar, o sujeito procurará manter o novo a uma distância, desviando-o do modelo e reconhecendo as peculiaridades que não se encaixam na matriz icônica. A variabilidade das representações é defendida por Doise (2002) ao esclarecer que as representações sociais são princípios organizadores das variações sistemáticas dos posicionamentos individuais nos diversos elementos formadores do campo representacional.

4.1.3. Determinantes sociais para a formação da representação social.

A formação de uma representação é um processo complexo e eminentemente social. Neste sentido, Moscovici (2010) estabelece determinantes sociais que fazem com que as pessoas construam teorias do senso comum sobre objetos sociais: dispersão da informação, focalização e pressão à inferência.

A dispersão de informação diz respeito não apenas a sua disponibilização, mas também as condições objetivas de acesso a elas. M. F. S. Santos (2005, p. 29) cita como exemplos de dificuldades de acesso, “obstáculos de transmissão, falta de tempo, barreiras educativas e até mesmo o efeito da especialização”.

Focalização refere-se à posição específica do sujeito ou grupo social relativamente ao objeto de representação, o que determina um interesse particular por certos aspectos do objeto e um desinteresse por outros (op. cit). Desta forma, a pertença grupal influencia a aproximação e a atitude em relação ao objeto.

A pressão à inferência como determinante para a formação da representação social parte do pressuposto que o sujeito busca constantemente o consenso com o seu grupo e que a ação o obriga a estimar, comunicar e responder às exigências da situação a cada momento. Essas múltiplas pressões tendem a influenciar a natureza dos julgamentos, preparando respostas pré-fabricadas e forçando um consenso de opinião para garantir a comunicação e assegurar a validade da representação (M. F. S. Santos, 2005).

Podemos inferir a atuação dos determinantes sociais para formação das representações sociais sobre o racismo, ao analisar o impacto dos avanços na legislação brasileira referente à equidade racial, como por exemplo, estatuto da igualdade racial, o estabelecimento de cotas raciais nas universidades e as políticas voltadas à população negra (Brasil, 2009a, 2010, 2012). Estes documentos legais têm suscitado debates em torno da existência/efeitos do racismo na sociedade brasileira. No meio acadêmico, na

mídia jornalística, bem como nas redes sociais é possível obter informações em direções por vezes extremas/opostas a respeito do racismo. Em consonância com o exposto nos parágrafos anteriores, as pessoas - levando em conta seus grupos de referência - buscam pontos de apoio para suas representações sociais a respeito (desde que raça seja um objeto socialmente relevante para ela).

4.2 Articulações entre Teoria das Representações Sociais e Relações Intergrupais

Anteriormente neste trabalho, as representações sociais foram apresentadas em seus fundamentos básicos. Cabe agora situá-las em relação a outros constructos desenvolvidos no seio da Psicologia Social Europeia, fomentados, assim como a TRS, a partir de uma reapropriação das contribuições trazidas pela sociologia. Esta perspectiva colocou no plano de análise o indivíduo ligado ao social, tirando-o do vácuo, onde outrora estivera (Coutinho & Araújo, 2013; Coutinho et al. 2013).

Desta forma, adota-se a concepção de que um grupo existe quando dois ou mais indivíduos se percebem como membros de uma mesma categoria social (Turner, 1985) e é reconhecido como “grupo” por pelo menos um “outro” (Brown, 2000). Seguindo esta trilha, as representações sociais, tanto são influenciadas pela pertença grupal, quanto as influenciam (Doise, 1992). Neste contexto, as RS desempenham importante papel nas relações intergrupais. Estas podem ser definidas como: “relações entre dois ou mais grupos e seus respectivos membros. Todas as vezes que indivíduos pertencentes a um grupo interagem, coletiva ou individualmente, com outro grupo ou seus membros, em termos de suas pertenças/identificações grupais, estaremos diante do comportamento intergrupar” (Sherif, 1962, p. 5).

A inter-relação entre representações sociais e relações intergrupais pode ser inferida por meio das funções atribuídas por Moscovici (1978, 2012) às representações: orientação das comunicações e das condutas. As Representações Sociais atuam não

apenas quando a interação ocorre dentro do grupo, mas no meio social mais amplo, incluindo as relações intergrupais. As funções identitária e justificadora das RS acrescentadas por Abric (1994) conferem o caráter de diferenciação intergrupar às representações sociais e trazem esta inter-relação de forma mais evidente.

Segundo Doise (1984), as representações desempenham três tipos de funções sociocognitivas nas interações entre os grupos: seletiva, justificativa e antecipadora. A função seletiva preconiza que a diferenciação perceptiva acentua a atribuição de traços negativos ao outro grupo, preservando uma imagem positiva do endogrupo, não se faz sobre qualquer traço negativo, mas sim naqueles que são relevantes na situação intergrupar. Já, a função justificativa é revelada no conteúdo das representações que veiculam uma imagem do exogrupo que justifica quer a sua posição no contexto da interação entre os grupos, quer um comportamento hostil em relação a ele. Por fim, a função antecipadora orienta o próprio desenvolvimento da relação entre os grupos.

A diferenciação entre os grupos, destacada por Abric (1994) e Doise (2002), em relação às funções das representações sociais é investigada no campo da Psicologia Social a partir da teoria da categorização social. Esta é concebida como um instrumento que segmenta, classifica e ordena o ambiente social, servindo também como um sistema de orientação que ajuda a criar e definir o lugar do indivíduo na sociedade (Tajfel, 1981). Neste sentido, os grupos sociais contribuem para a construção da identidade social dos seus membros.

A categorização social pode resultar em discriminação advinda de preconceitos, estereótipos e ser sustentada por ideologias como o racismo. Moscovici (1988), comentando resultados do seu estudo sobre a representação social da Psicanálise aponta que uma ideologia busca tornar-se parte de uma cultura, através das relações entre as estratégias ideológicas e os significados das palavras.

Nesta tela, as representações sociais forjadas a partir das pertenças grupais têm estreita relação com os processos anteriormente citados. Pereira et al. (2003) postulam que o preconceito contra grupos minoritários podem ser explicados pelas representações que os grupos majoritários criaram sobre a natureza positiva de seu grupo e negativa do grupo alvo do preconceito. Entra em ação a função justificadora das representações sociais que alicerça os atos discriminatórios praticados contra o exogrupo.

As recentes ações afirmativas promovidas nos últimos anos na esfera federal evidenciam as iniquidades raciais que põe em xeque o *status quo* de grupos dominantes, afinal, o objetivo de tais políticas é diminuir a distância social existente no país (Brasil, 2009a, 2010, 2012). Eagly e Diekman (2005, p.27) asseveram que “quando as circunstâncias sociais, políticas ou econômicas mudam, os membros do grupo podem tentar obter acesso a funções que não tenham anteriormente ocupado”. É neste sentido, que a garantia de direitos à saúde e educação a grupos sistematicamente excluídos, como os negros, é alvo de posicionamentos variados.

Diante do exposto, acredita-se que o referencial teórico das Representações Sociais é pertinente para análise do racismo no contexto da saúde. Foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde para mapear as produções fundamentadas na TRS que investiguem o racismo no contexto da saúde, foi localizado o estudo de Sacramento e Nascimento (2011) que analisa as representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça nos prontuários de saúde. As autoras constataram a ambiguidade em torno da afirmação/negação da importância desta variável. Em especial o grupo formado por mulheres brancas percebeu esta variável como pouco relevante, em contraposição ao nível social apontado como fator determinante para as diferenças em saúde.

O percurso teórico feito até aqui demonstra a pertinência da proposta desta tese. Nos capítulos seguintes serão apresentados os estudos empíricos acerca do racismo no contexto da saúde.

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 5 – ESTUDO I: Adaptação e Validação das Escalas Percepção de Discriminação Racial em Saúde (Versão Pessoal e Versão Geral)

A análise de registros das taxas de mortalidade no Brasil a partir do recorte étnico-racial tem demonstrado que as categorias raciais predizem, de forma importante, variações na mortalidade. Em 2012 foram assassinados no Brasil 30.000 jovens entre 15 a 29 anos e, desse total, 77% eram negros (Waiselfisz, 2014). Os piores indicadores de mortalidade de causas evitáveis, como mortalidade materna, são apresentados por mulheres negras, que também apresentam diferença significativa em relação ao óbito por HIV. Acredita-se que a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde, encontra-se na origem de grande parte dessas desigualdades, imbricadas ainda por fatores socioeconômicos também decorrentes do racismo (Zamora, 2012). Em face de tais evidências, o estudo I desta tese apresenta os objetivos a seguir:

Objetivo Geral

Adaptar e validar as Escalas Percepção de Discriminação Racial em Saúde, Versões Pessoal e Geral para medir a experiência de racismo auto relatada em adultos brasileiros.

Objetivos Específicos

- Identificar o perfil biossociodemográfico da amostra;
- Verificar o poder de discriminação do conjunto de itens e de cada item das Escalas EPDRS – VP e VG.
- Identificar a dimensionalidade das Escalas EPDRS – VP e VG.
- Verificar a confiabilidade das Escalas EPDRS – VP e VG.

Adiante, apresenta-se o método, os resultados e as discussões realizadas com vistas a alcançar os objetivos delineados.

5.1 Método

5.1.1 Tipo de estudo.

Trata-se de estudo de campo de cunho quantitativo, descritivo, de delineamento correlacional.

5.1.2 Lócus de pesquisa.

A coleta foi realizada em locais públicos da cidade de João Pessoa-PB, como praças, rodoviárias e também em instituições educacionais.

5.1.3 Participantes.

Os participantes do estudo foram selecionados por amostragem não probabilística (conveniência), totalizando 214 adultos da grande João Pessoa, a maioria do sexo feminino (63,6%), com idades entre 18 e 80 anos ($M= 30,74$; $DP= 13,05$).

Critérios para inclusão da amostra: (i) ter acima de 18 anos, (ii) ser usuário de serviços de saúde e (iii) aceitar participar da pesquisa.

5.1.4 Instrumentos (Anexo A).

Questionário biossociodemográfico.

Foram abordadas questões relativas à idade, sexo, cor da pele, estado civil, renda e utilização de serviços de saúde.

Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde - VP (Versão Pessoal)

O instrumento original foi desenvolvido por Bird, Bogart e Delahanty (2004) com o objetivo de avaliar a percepção de discriminação a partir de raça e da classe social. A escala contém catorze itens, sete avaliando discriminação racial ($\alpha=0,92$) e sete a questão social ($\alpha=0,95$). No presente estudo foram mantidos apenas os sete itens referentes ao fator que mede discriminação racial. Estes avaliam em que medida a

pessoa percebe ter sido discriminada por causa da cor da sua pele ou de sua etnia durante atendimentos em saúde.

Como a medida foi criada para o contexto norte-americano, realizou-se adaptação à realidade brasileira. Para tanto, procedeu-se as seguintes etapas: (i) um psicólogo bilíngue fez a tradução do inglês para o português; (ii) utilizou-se o método de *back-translation*, em que a versão traduzida para o português, foi retraduzida para o inglês, contando com a ajuda de um segundo colaborador, também bilíngue; (iii) as versões original e retraduzida foram comparadas por um terceiro psicólogo bilíngue e os devidos ajustes foram realizados.

Posteriormente, foi procedida a validação semântica da escala. Na oportunidade participaram doze pessoas, com idade entre 18 e 65 anos, com grau de escolaridade variando do ensino fundamental incompleto até o nível superior. Esta validação permitiu a verificação da legibilidade dos itens para a parcela com menor escolaridade da população-alvo, bem como averiguar se a linguagem utilizada também estava adequada à amostra com o nível educacional mais elevado. Nesta etapa do estudo, com objetivo de tornar os itens mais compreensíveis para os participantes, alguns deles sofreram alterações. Como por exemplo, os itens que questionavam na mesma assertiva se a pessoa já havia percebido discriminação por médico ou enfermeiro (“*A doctor or nurse acts as if he or she is better than you*”), para evitar ambiguidade, estes itens foram desmembrados, constando apenas um profissional, médico ou enfermeiro, em cada afirmativa. Acrescentou-se aos profissionais de saúde, a figura da recepcionista/atendente, que segundo estudo no contexto brasileiro, é apontada como agente de discriminação no setor da saúde (Cruz, 2011, no prelo). Tais procedimentos estão em conformidade com o apontado por Borsa, Damásio e Bandeira (2012).

A versão adaptada é composta por 13 itens, avaliados por uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos que varia de um (nunca) a cinco (sempre).

Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde - VG (Versão Geral)

A partir da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde - VP (Versão Pessoal) foi redigida uma segunda escala, denominada de “Versão Geral”, na qual os itens do instrumento anterior foram “espelhados”, ou seja, todos tiveram seu sentido conservado, mas a redação foi modificada de modo a avaliar em que medida o participante percebe que pessoas negras têm sido discriminadas por causa da cor da sua pele ou de sua etnia durante atendimentos em saúde. Deste modo a Versão Pessoal, traz a percepção de o próprio sujeito ter sofrido discriminação e a Versão Geral, avalia se as pessoas negras em geral são discriminadas nos atendimentos em saúde. Destaca-se que a escala de Bird et al. (2004) não possui a versão aqui denominada de geral.

Foi procedida a validação semântica da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde - VG (Versão Geral) com a participação de doze pessoas, idades entre 18 e 65 anos e escolaridade variando do ensino fundamental incompleto até o nível superior. Foram mantidos os 13 itens, avaliados por uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos que varia de um (nunca) a cinco (sempre).

5.1.5 Procedimentos.

A coleta de dados foi realizada em ambientes públicos, como praça, rodoviária, fila de restaurante popular, em duas salas de aula de cursos técnicos e duas salas de curso superior. Nos ambientes públicos as pessoas eram abordadas diretamente, informadas sobre os objetivos do estudo, solicitadas a lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e em seguida a responder aos instrumentos de pesquisa. Nas salas de aula, anteriormente ao momento da aplicação,

era solicitada autorização do coordenador do curso e do professor. No dia da coleta, era realizado todo o procedimento anteriormente descrito, no entanto, a aplicação era coletiva, com cada aluno respondendo individualmente aos instrumentos. A coleta foi feita pela própria pesquisadora e por pesquisadores voluntários, devidamente treinados, do núcleo de pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e da Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.

5.1.6 Análise dos dados.

A tabulação e análise dos dados foram realizadas com auxílio do programa PASW (versão 18). Foram feitas estatísticas descritivas, como frequência e medidas de tendência central e dispersão, análises bi e multivariada, como Análise Fatorial Exploratória, alfa de Cronbach e MANOVA, com objetivo de verificar o poder discriminativo dos itens das versões Pessoal e Geral da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde.

Para observar se a matriz de dados era passível de fatoraço, verificou-se a adequação dos indicadores: KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e Teste de Esfericidade de Bartlett. Valores de KMO inferior a 0,50 são inaceitáveis, são desejáveis valores a partir de 0,60, quanto mais próximo de 1,00, mais adequado. Já o Teste de Esfericidade de Bartlett precisa apresentar valor de qui-quadrado significativo, portanto, $p < 0,05$ (Field, 2009). Foram utilizados três critérios para a extração do número de fatores: Kaiser - devem ser retidos fatores com valor próprio igual ou superior a 1; Cattell - distribuição dos valores próprios, desprezando aqueles que não se diferenciam dos demais, situando-se na base do gráfico; e análise paralela (Horn, 1965) - são retidos fatores cujos valores próprios são superiores aqueles obtidos randomicamente.

5.1.7 Aspectos Éticos.

O projeto foi submetido e aprovado por Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (Anexo C). Durante todas as etapas da pesquisa foram respeitados os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos. Todos os participantes, antes de assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, foram informados sobre os objetivos da pesquisa, confidencialidade dos dados e sobre a possibilidade de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

5.2 Resultados

5.2.1 Perfil dos Participantes.

Participaram da pesquisa 214 pessoas, cuja maior parte é do sexo feminino (63,4%); a idade variou entre 18 e 80 anos ($M = 30,74$; $DP = 13,05$), com maior concentração na faixa entre 18 e 30 anos (60%). Quanto à cor da pele ou raça, o grupo predominante foi de pardos (46,3%), a religião com maior número de adeptos foi o catolicismo (56,1%). A faixa de renda dos participantes concentrou-se em um salário mínimo (64%), em consonância com este dado, 57,9% utiliza a rede pública de saúde, com acesso semestral aos serviços (31,3%). Os dados completos são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Dados biossociodemográficos dos participantes do estudo 1

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	136	63,6
Masculino	78	36,4
Faixa Etária		
18 a 30 anos	127	60,0
31 a 50 anos	67	30,7
51 a 80 anos	20	9,3
Cor ou raça		
Pretos	15	7
Pardos	99	46,3
Brancos	86	40,2
Amarelos	12	5,6
Indígenas	2	0,9
Religião		
Matriz Africana	5	2
Católica	120	56,1
Evangélica	59	27,6
Espírita	7	3,3
Budista	1	0,5
Outra	21	10
Renda Per capita		
Até 1 salário mínimo	137	64
Acima de 1 até 3 salários mínimos	68	31,8
A partir de 4 salários mínimos	9	4,2
Principal forma de acesso a Serviços de Saúde		
Rede Pública	124	57,9
Plano de Saúde	56	26,2
Consultas/Exames particulares	34	15,9
Frequência em serviços de saúde		
Semanal	6	2,8
Mensal	44	20,6
Semestral	67	31,3
Anual	60	28
Outro	37	17,3

Diante destes resultados, considera-se atendido o primeiro objetivo específico deste estudo, identificar o perfil biossociodemográfico da amostra. A seguir apresentam-se os resultados referentes à validação das escalas.

5.2.2 Validação da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Pessoal (EPDRS-VP).

A análise do poder discriminativo dos escores dos participantes na Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Pessoal (*EPDRS-VP*) foi realizada para avaliar se a medida consegue distinguir aqueles que obtiveram pontuações com magnitudes próximas. Os grupos critério foram definidos a partir da mediana empírica. Cada participante teve sua média calculada a partir da soma dos 13 itens da escala, posteriormente foi calculada a mediana (1,77). O grupo inferior foi formado pelos participantes que obtiveram valores abaixo da mediana e foram classificados como grupo superior aqueles que tiveram médias acima de 1,77. Em seguida à definição dos dois grupos foram realizados testes multivariados. Os resultados são apresentados na Tabela 5:

Tabela 5- Poder discriminativo dos itens da EPDRS-VP

Item	Grupos-Critério				Critério	
	Inferior		Superior		F(1,205)	p
	M	dp	M	dp		
1	1,34	0,08	2,72	0,82	144,87	0,001
2	1,12	0,07	2,63	0,78	190,83	0,001
3	1,05	0,08	2,03	0,83	72,24	0,001
4	1,42	0,08	3,05	0,90	166,00	0,001
5	1,31	0,08	2,73	0,86	140,45	0,001
6	1,06	0,09	1,85	0,97	33,49	0,001
7	1,28	0,08	2,90	0,85	184,40	0,001
8	1,20	0,08	2,71	0,86	158,47	0,001
9	1,11	0,08	2,68	0,84	180,85	0,001
10	1,51	0,11	2,97	0,11	82,92	0,001
11	1,13	0,07	2,69	0,07	224,03	0,001
12	1,02	0,07	2,03	0,07	84,50	0,001
13	1,31	0,08	3,18	0,08	259,07	0,001

O conjunto de itens se mostrou discriminador, de acordo com os resultados da Manova [Lambda de Wilks = 0,25, $F(13, 193) = 44,40$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,749$]. Foram realizados também testes bivariados para averiguar o poder discriminador de cada item.

Conforme exposto na Tabela 5, os resultados da análise multivariada corroboram o poder discriminativo satisfatório de todos os itens ($p < 0,001$). A medida mostrou-se capaz de diferenciar os dois grupos critérios (inferior e superior), atestando, portanto, a qualidade métrica dos itens da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Pessoal.

Após confirmar o poder discriminativo dos itens, procedeu-se a verificação da fatoriabilidade da matriz de correlação. Ambos os critérios adotados foram considerados satisfatórios: KMO = 0,945 e Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2(78) = 1817,129$; $p < 0,001$. Em seguida, foram realizadas as análises para determinar a melhor solução

fatorial para a medida. Os resultados provenientes da análise de componentes principais (CP, rotação *Varimax*) evidenciaram apenas um valor próprio superior a 1 (7,61), sugerindo estrutura unifatorial.

A distribuição gráfica dos valores próprios (critério de Cattell) observada no *Scree Plot* (Figura 1) corrobora a versão unifatorial do instrumento. Este resultado pode ser observado com mais clareza tendo-se em conta a linha tracejada que foi esboçada aproximadamente paralela ao eixo horizontal. É possível visualizar uma “quebra” (cotovelo) que evidencia um único componente isolado dos demais.

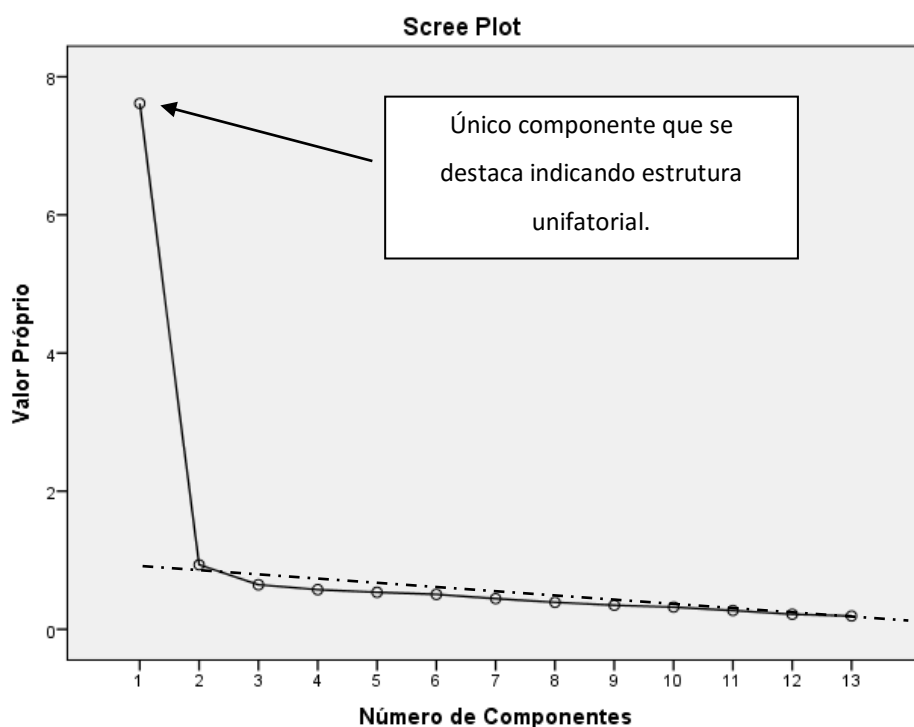


Figura 1 - Distribuição gráfica dos valores da *EPDRS-VP*

Não obstante os resultados favoráveis obtidos nas análises anteriores a partir dos critérios de Kaiser e Catell, os dados foram submetidos à análise paralela (critério de Horn), cujos resultados são apresentados nas duas últimas colunas da Tabela 6. O valor próprio aleatório advindo das simulações foi inferior aos valores próprios observados na análise de componentes principais apenas na estrutura unidimensional, a partir de duas

dimensões, os valores próprios randômicos foram superiores aos empiricamente observados. De acordo com Horn (1965) devem ser extraídos apenas fatores que apresentam valores próprios empíricos, superiores aos valores médios dos valores próprios obtidos aleatoriamente. Portanto, a análise paralela confirma a estrutura unifatorial.

Tabela 6. Valores próprios observados e simulados para *EPDRS-VP*

Análise de Componentes (observado)	Análise Paralela (Simulação)	
	M	Percentil 90%
7,61	1,43	1,50
0,93	1,32	1,38
0,64	1,24	1,28
0,57	1,17	1,20
0,53	1,10	1,14

Após a verificação dos três critérios para a extração do número de fatores (Kaiser, Cattell e Horn) foi observada a estrutura unifatorial da escala. Os resultados da análise de componentes principais (CP, rotação Varimax) do conjunto de itens e seu índice de consistência interna (alfa de Cronbach) são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Estrutura Fatorial da *EPDRS-VP*

Item	Conteúdo*	Carga
11	O (A) profissional de enfermagem agiu como se você não fosse inteligente	0,87
2	O (A) médico (a) agiu como se você não fosse inteligente	0,83
9	Recebeu serviços inferiores ao que as outras pessoas receberam.	0,82
12	O (A) recepcionista ou atendente agiu como se tivesse medo de você	0,80
5	Foi tratado (a) com menos respeito do que as outras pessoas	0,80
7	O (A) profissional de enfermagem agiu como se fosse melhor que você	0,78
8	O (A) recepcionista ou atendente agiu como se você não fosse inteligente	0,77
13	Foi tratado (a) como se seu problema de saúde não tivesse importância	0,76
1	Foi tratado (a) com menos gentileza do que outras pessoas	0,75
4	O (A) recepcionista ou atendente agiu como se fosse uma pessoa melhor que você	0,75
3	O (A) profissional de enfermagem agiu como se tivesse medo de você	0,73
10	O (A) médico (a) agiu como se fosse uma pessoa melhor que você	0,71
6	O (A) médico (a) agiu como se tivesse medo de você	0,52
Número de Itens		13
Valor Próprio		7,61
% de Variância		58,58
Alfa de Cronbach		0,94

A carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente foi 0,50. O valor próprio (eigenvalue) apresentado foi 7,61, explicando 58,58% da variância total. A consistência interna (alfa de Cronbach, α) foi 0,94. Observa-se, portanto, que a Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Pessoal apresenta padrões psicométricos adequados.

5.2.3 Validação da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Geral (EPDRS-VG).

A análise do poder discriminativo dos escores dos participantes na Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Geral (EPDRS-VG) foi realizada de acordo com os mesmos critérios utilizados para a Versão Pessoal da Escala, anteriormente descritos. A mediana da EPDRS-VG foi 3,00. Os valores abaixo da mediana foram classificados como “inferior” e acima deste valor como “superior”. Em seguida a definição dos dois grupos, foram realizados testes multivariados. Os resultados são apresentados a seguir:

Tabela 8- Poder discriminativo dos itens da EPDRS-VG

Item	Grupos-Critério				Critério	
	Inferior		Superior		F(1,200)	p
	M	dp	M	Dp		
1	2,78	0,09	3,85	0,09	70,258	0,001
2	2,11	0,08	3,58	0,08	145,231	0,001
3	1,85	0,08	3,31	0,08	135,882	0,001
4	2,48	0,09	3,87	0,10	101,510	0,001
5	2,64	0,08	4,04	0,09	120,930	0,001
6	1,69	0,09	3,18	0,09	133,242	0,001
7	2,23	0,08	3,67	0,08	137,966	0,001
8	2,13	0,08	3,61	0,09	135,290	0,001
9	2,24	0,09	3,77	0,09	127,876	0,001
10	2,44	0,10	3,99	0,10	118,779	0,001
11	2,16	0,08	3,57	0,08	143,131	0,001
12	1,97	0,09	3,37	0,09	112,840	0,001
13	2,57	0,10	3,87	0,10	79,785	0,001

De acordo com os resultados da Manova [Lambda de Wilks = 0,33, F (13, 188) = 28,908 p < 0,001, $\eta^2 = 0,667$], o conjunto de itens se mostrou discriminador. Foram

realizados também testes bivariados para averiguar o poder discriminador de cada item. Os resultados da análise multivariada corroboram o poder discriminativo satisfatório de todos os itens ($p < 0,001$), conforme exposto na Tabela 8. A medida mostrou-se capaz de diferenciar os dois grupos critérios (inferior e superior), atestando, portanto, a qualidade métrica dos itens da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Geral.

Realizou-se a verificação da fatoriabilidade da matriz de correlação. Tanto a análise do KMO = 0,921 como o Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2 (78) = 1792,239$; $p < 0,001$ apresentaram resultados satisfatórios. A seguir, procederam-se as análises para constatar a melhor solução fatorial para a medida. Os resultados advindos da análise de componentes principais (CP, rotação *Varimax*) evidenciaram apenas um valor próprio superior a 1 (**7,38**), sugerindo estrutura unifatorial.

A Figura 2 (*Scree Plot*) demonstra a distribuição gráfica dos valores próprios (critério de Cattell), onde é possível constatar a versão unifatorial do instrumento. Para que este resultado pudesse ser evidenciado com mais clareza, traçou-se uma linha aproximadamente paralela ao eixo horizontal. É possível visualizar uma “quebra” (cotovelo) que evidencia um único componente isolado dos demais.

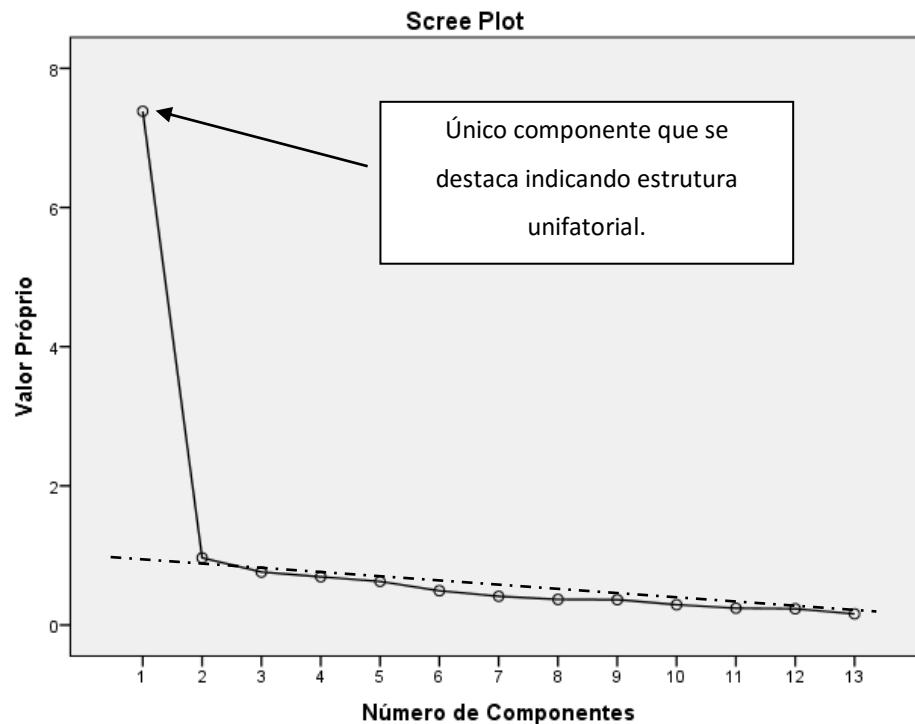


Figura 2 - Distribuição gráfica dos valores da EPPDRS-VG

Ainda que os critérios de Kaiser e Catell tenham apresentado resultados favoráveis, adicionalmente realizou-se a análise paralela (critério de Horn), cujos resultados são apresentados nas duas últimas colunas da Tabela 9. O valor próprio aleatório advindo das simulações foi inferior aos valores próprios observados na análise de componentes principais apenas na estrutura unidimensional, a partir de duas dimensões, os valores próprios randômicos foram superiores aos empiricamente observados. Desta forma, a análise paralela confirma a estrutura unifatorial.

Tabela 9. Valores próprios observados e simulados para *EPDRS-VG*

Análise de Componentes (observado)	Análise Paralela (Simulação)	
	M	Percentil 90%
7,38	1,43	1,50
0,96	1,32	1,38
0,76	1,24	1,28
0,69	1,17	1,20
0,42	1,10	1,14

Observa-se que os critérios de Kaiser, Cattell e Horn corroboraram a estrutura unifatorial da escala. Os resultados da análise de componentes principais (CP, rotação Varimax) do conjunto de itens e seu índice de consistência interna (alfa de Cronbach) são apresentados na tabela 10.

Tabela 10 - Estrutura Fatorial da *EPDRS-VG*

Item	Conteúdo	Carga*
11	Profissionais de enfermagem agem como se pessoas negras não fossem inteligentes	0,84
2	Médicos agem como se pessoas negras não fossem inteligentes.	0,80
7	Profissionais de enfermagem agem como se fossem pessoas melhores do que as pessoas negras.	0,79
8	Recepcionistas ou atendentes agem como se pessoas negras não fossem inteligentes.	0,78
12	Recepcionistas ou atendentes agem como se tivessem medo de pessoas negras.	0,77
9	Pessoas negras são tratadas como se seu problema de saúde não tivesse importância.	0,76
6	Médicos agem como se tivessem medo de pessoas negras.	0,76
3	Profissionais de enfermagem agem como se tivessem medo de pessoas negras	0,74
4	Recepcionistas ou atendentes agem como se fossem pessoas melhores do que as pessoas negras.	0,74
5	Pessoas negras são tratadas com menos respeito do que as outras pessoas.	0,71
13	Pessoas negras recebem serviços inferiores ao que as outras pessoas recebem.	0,71
10	Médicos agem como se fossem pessoas melhores do que as pessoas negras.	0,67
1	Pessoas negras são tratadas com menos gentileza do que outras pessoas.	0,67
Número de Itens		13
Valor Próprio		7,38
% de Variância		56,79
Alfa de Cronbach		0,93

* carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente: 0,50

A carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente foi 0,50. O valor próprio (eigenvalue) apresentado foi 7,38, explicando 56,79% da variância total. A consistência interna (alfa de Cronbach, α) foi 0,93. Portanto, é possível observar que a Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Geral apresenta padrões psicométricos adequados.

Diante dos resultados considera-se que foram atingidos os seguintes objetivos específicos do estudo: verificar o poder de discriminação do conjunto de itens e de cada

item, identificar dimensionalidade e confiabilidade das Versões Pessoal e Geral das Escalas Percepção de Discriminação Racial em Saúde.

5.3 Discussão

Partiu-se do pressuposto de que, assim como o instrumento original de Bird et al. (2004), a Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – versão pessoal (EPDRS-VP) e Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – versão geral (EPDRS-VG), fossem formadas por um único fator composto por diversos comportamentos que expressassem respectivamente a percepção de ter sofrido experiência de discriminação racial nos atendimentos em saúde e a percepção de que pessoas negras são discriminadas nos atendimentos em saúde. A análise fatorial confirmou o modelo em que os itens pudessem ser agrupados em um único fator (Pasquali, 2005; Tabachnick & Fidell, 2007). A EPDRS-VP e a EPDRS-VG demonstraram possuir características psicométricas satisfatórias para utilização em estudos futuros.

Bastos et al. (2011) apontaram a escassez de instrumentos psicometricamente válidos para avaliar o racismo em saúde. Mesmo no contexto norte-americano em que a produção de medidas a respeito da temática é frequente, não há número expressivo de escalas validadas.

Analisando-se a carga fatorial dos itens das escalas (Tabelas 4 e 7) observou-se que em ambas as versões, a subestimação da inteligência dos negros pelos profissionais de saúde (enfermeiro e médico) foram os mais fortemente associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde. Estes achados corroboram Camino, Silva, Machado e Pereira (2001) que em investigação sobre racismo, constataram que ao serem solicitados a atribuir adjetivos, a partir de uma lista, a pessoas negras e brancas,

os participantes atribuíram o termo “inteligente” majoritariamente às pessoas brancas. Nos serviços de saúde, subestimar a inteligência de pessoas negras, pode levar ao não reconhecimento de cuidados de saúde tradicionais da matriz africana ou ainda ao fornecimento de menos explicações sobre o estado de saúde ou procedimentos a serem realizados. Campanha realizada pelo Ministério da Saúde “SUS sem racismo”, aponta que 77,7 % das mulheres brancas recebem informações sobre aleitamento materno, enquanto 62,5% das mulheres negras recebem esta informação (Magalhães, 2014).

Em relação aos profissionais listados nos itens das escalas, a análise da carga fatorial demonstrou que na versão em que os participantes avaliam a discriminação racial com os negros em geral, os (as) enfermeiros (as) e recepcionistas são mais fortemente associados às práticas discriminatórias. Infere-se que este resultado tem relação com o fato destes profissionais terem contato mais próximo/frequente com os pacientes, uma vez que os serviços de saúde (público ou privado) costumam ter certo tempo de espera em que há contato com o atendente e grande parte dos procedimentos que exigem contato físico são executados pelo pessoal de enfermagem. Tais resultados corroboram Cruz (2011, no prelo) que ao pesquisar a percepção de usuários de serviços de saúde sobre tratamento não cordial por parte dos profissionais, observou que pessoas negras se queixavam principalmente do (a) recepcionista (4,54% dos brancos e 13,3% dos negros), do (a) auxiliar de enfermagem (4,5% dos brancos e 5,4% dos negros), sendo destacado também o clínico geral o (4,5% dos brancos e 13,3% dos negros).

As categorias de saúde contempladas nas escalas – médicos e profissionais de enfermagem – fazem parte da estrutura mínima de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família e também da rede privada. No entanto, destaca-se a limitação dos instrumentos ao não avaliarem a percepção de práticas discriminatórias por outros

possíveis integrantes de equipes multiprofissionais, como Psicólogos e Odontólogos, por exemplo.

Acredita-se que todos os objetivos propostos para este estudo foram atingidos, portanto, as medidas podem ser consideradas válidas para serem utilizadas no segundo estudo apresentado a seguir.

CAPÍTULO 6 – ESTUDO II: Representações sociais dos usuários acerca do racismo nos atendimentos em saúde.

No Brasil, onde o racismo é oficialmente considerado um crime, observa-se a mídia repleta de casos velados ou até mesmo explícitos de racismo, diversas conversas cotidianas permeadas de ditados preconceituosos e posicionamentos que negam ou escamoteiam as diferenças raciais existentes (Acevedo & Nohara, 2008; Brasil, 1989; Camino, Gouveia, Maia, Paz, & Laureano, 2013; Camino, Tavares, Torres, Álvaro, & Garrido, 2014). As práticas de racismo assumem um caráter sutil na sociedade brasileira. Portanto o estudo a seguir, busca lançar luz sobre a temática, a partir dos seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Apreender as representações sociais sobre o racismo nos atendimentos em saúde a partir das elaborações de seus usuários.

Objetivos Específicos

- Identificar o perfil biossociodemográfico da amostra;
- Avaliar a percepção do racismo nos atendimentos em saúde, nas óticas pessoal e geral;
- Identificar os diferentes campos semânticos, elaborados pelos usuários, que emergem dos estímulos adotados (Saúde, Racismo, Atendimento em Saúde, Racismo em Saúde e SUS);
- Analisar as representações sociais apreendidas a partir das variáveis biossociodemográficas (cor da pele, religião, sexo e participação em atividade(s) ligada(s) a questão racial);
- Analisar as representações sociais considerando nível de racismo em saúde percebido, nas óticas pessoal e geral.

Adiante, apresenta-se o método, os resultados e as discussões realizadas com vistas a alcançar os objetivos delineados.

6.1 Método

6.1.1 Tipo de estudo.

Trata-se de estudo de campo, exploratório e descritivo, de cunho quantitativo e qualitativo.

6.1.2 Lócus de pesquisa.

A coleta foi realizada em local previamente definido pelos participantes, de acordo com conveniência destes.

6.1.3 Participantes.

A amostra foi composta por: 10 pessoas negras (autodeclararam ter cor da pele preta ou parda), usuárias dos serviços de saúde, com atividades relacionadas à questão racial (manifestações religiosa, cultural ou política); 10 pessoas negras (autodeclararam ter cor da pele preta ou parda) usuárias de serviços de saúde e 10 pessoas brancas (autodeclararam ter cor da pele branca), usuárias dos serviços de saúde. O número da amostra foi definido de acordo com critério de saturação teórica. O critério utilizado nesta perspectiva é a não inclusão de novos participantes quando o pesquisador percebe que começam a ocorrer repetições e redundâncias nas falas dos entrevistados (Mason, 2010).

Foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência. Em relação ao grupo de pessoas negras com participação religiosa, cultural ou política relacionada à questão racial, utilizou-se a técnica de amostragem intencional “bola de neve” em que os participantes indicam outras pessoas com características compatíveis com os critérios de inclusão da pesquisa (Flick, 2009). A maior parte dos participantes do grupo 1, seis pessoas, foi incluída por ser engajada em atividades religiosas e também políticas, através de grupos organizados, ligados ou não ao meio acadêmico, que debatem e reivindicam direitos para pessoas negras; um participante por frequentar religião de

matriz africana; dois por participarem de movimentos políticos de viés racial e um por sua inserção em atividades culturais de valorização da identidade negra.

Critérios para inclusão da amostra: (i) ter acima de 18 anos, (ii) ser usuário de serviços de saúde (iii) aceitar participar da pesquisa. Especificamente para composição de um dos grupos de participantes, também foi critério de inclusão participar de atividade ligada à questão racial.

6.1.4 Instrumentos.

Questionário biossociodemográfico.

Foram abordadas questões relativas a sexo, idade, cor da pele, escolaridade, utilização de serviços de saúde e participação em movimento negro.

Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde (Versão Pessoal)

O instrumento avalia em que medida a pessoa percebe ter sido discriminada por causa da cor da sua pele ou de sua etnia durante atendimentos em saúde. Apresenta estrutura unifatorial, composta por 13 itens, avaliados por uma escala de tipo *Likert* com cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre). Seu índice de consistência interna (alfa de Cronbach) é de 0,94.

Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde (Versão Geral)

Trata-se de um espelhamento dos itens da Escala de Discriminação Racial em Saúde (Versão Pessoal), de forma que proporcione a avaliação da percepção da ocorrência de racismo em situações não vivenciadas pelos respondentes, mas pela população negra em geral. Portanto, avalia em que medida a pessoa percebe que os negros são discriminados por causa da cor da sua pele ou de sua etnia durante atendimentos em saúde. Apresenta estrutura unifatorial, composta por 13 itens,

avaliados por uma escala de tipo *Likert* com cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre). Seu índice de consistência interna (alfa de Cronbach) é de 0,93.

Teste de Associação Livre de Palavras (Di Giacomo, 1981).

O teste de associação livre de palavras foi introduzido na Psicologia Social por Di Giacomo (1981) e tem sido amplamente utilizado em estudos sobre representações sociais (L. S. Araújo, Coutinho, Miranda, & Saraiva, 2012; Saraiva, 2010; A. X. A. Souza, 2013; A. X. A. Souza, Nobrega, & Coutinho, 2012). Possibilita identificar as dimensões latentes das representações sociais, ao evidenciar a cadeia associativa desencadeada pelo estímulo indutor. Este deve ter estreita relação com o objeto estudado e pode ser verbal, icônico, audiovisual ou sonoro. A aplicação é rápida e simples, o que não dispensa alguns cuidados, como realizar um treino com o participante com a utilização de um estímulo não relacionado ao estudo e explicar a importância do tempo de resposta, ou seja, deve-se responder rapidamente o que lhe vem à mente (Nóbrega & Coutinho, 2011).

Buscou apreender o campo semântico evocado pelos usuários dos serviços de saúde diante dos estímulos apresentados: Saúde, Racismo, Atendimento em Saúde, Racismo em Saúde e SUS. Os termos foram apresentados em diferentes sequências aos participantes, esta rotatividade de exposição dos estímulos tem o objetivo de controlar o efeito de ordem de apresentação do termo anterior sobre o seguinte (Nóbrega e Coutinho, 2011). A palavra ou expressão é dita ao participante, e solicita-se que o mesmo relate o que lhe vem à mente quanto a ouve, no caso deste estudo, por exemplo, “quando lhe digo a palavra ‘racismo’, o que lhe vem à mente?”.

As variáveis fixas utilizadas para análise foram: grupo de pertença, percepção de discriminação racial, percepção de ter sofrido discriminação racial, sexo e religião.

Entrevista semiestruturada

A entrevista foi conduzida a partir deste roteiro:

- Informação Inicial: “Estudos apontam que a mortalidade entre mulheres negras é 2 a 3 vezes maior quando comparada com a mortalidade entre brancas”¹

- Em sua opinião porque ocorre desta forma?

- Fale livremente a respeito do que sabe sobre racismo em saúde.

- Já presenciou ou foi alvo de racismo em saúde?

- Você acredita que pode ocorrer tanto na rede pública de saúde, quanto na privada?

- Acredita que algo pode ser feito a este respeito?

- Há algo mais que você gostaria de falar acerca da temática.

À medida que o participante trazia livremente em sua fala qualquer um dos pontos acima, tais questionamento não eram realizados, pela pesquisadora. Por fim, abria-se espaço para complementação de respostas ou qualquer outro comentário a ser feito acerca da temática.

Destaca-se que foi realizado um estudo piloto com seis participantes de diferentes extratos socioeconômicos para avaliar a utilização ou não dos dados sobre mortalidade materna como questão inicial. Observou-se que estes dados ensejaram maior verbalização sobre o tema e acredita-se que não tenham direcionado a resposta para percepção de ocorrência de discriminação racial, uma vez que mesmo diante destes dados, participantes apresentaram justificativas diversas para a diferença entre o número de mortalidade de mulheres negras e brancas.

¹ Dados apresentados por Batista (2005) e Martins (2006).

6.1.5 Procedimentos.

Os participantes foram contatados via telefone, e-mail ou conversa privada em rede social para sondagem sobre interesse em colaborar com a pesquisa e agendamento de dia, horário e local convenientes para realização da coleta de dados. Após a concordância do participante, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os instrumentos foram aplicados individualmente em local reservado em uma única sessão. Inicialmente foi aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras, na sequência a entrevista semiestruturada e o questionário biossociodemográfico.

6.1.6 Análise dos dados.

Os dados do questionário biossociodemográfico e das *Escalas Discriminação Racial em Saúde (Versões Pessoal e Geral)* foram processados através do pacote estatístico PASW 18.0, analisados por meio de estatística descritiva.

Os dados oriundos do Teste de Associação Livre de Palavras foram processados pelo software trideux-mots e analisados por meio de análise fatorial de correspondência. Para maior detalhamento sobre estruturação do banco de dados e processamentos realizados pelo software, ver Coutinho, Nóbrega e Araújo (2011) e A. X. A. Souza (2013).

Os resultados provenientes da entrevista foram processados por meio do software Alceste e analisados através da Análise Fatorial de Correspondência, Classificação Hierárquica Descendente. Mais informações sobre a preparação do banco de dados e funcionamento do Alceste podem ser encontradas em Saraiva, Coutinho e Miranda (2011).

6.1.7 Aspectos Éticos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba. Durante todas as etapas da pesquisa foram respeitados os preceitos da Resolução CNS 466/2012, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos. Todos os participantes, antes de lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

6.2 Resultados

6.2.1 Questionário biossociodemográfico.

Traçou-se o perfil dos participantes a partir das variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele/raça, escolaridade, utilização de serviços de saúde e participação em atividades ligadas à questão racial, conforme exposto a seguir.

Tabela 11 – Descrição dos Dados Biossociodemográficos

Variável	Níveis	f
Sexo	Feminino	18
	Masculino	12
Faixa etária	18 a 40 anos	15
	41 a 59 anos	11
	Acima de 60 anos	04
Cor da Pele/raça	Preto	09
	Pardo	11
	Branco	10
Escolaridade	Ensino Fundamental	05
	Ensino Médio	11
	Ensino Superior	14
Religião	Matriz africana	07
	Católico	14
	Protestante	05
	Outras	04
Principal acesso a serviços de saúde	Rede Pública	18
	Plano de Saúde	09
	Particular	03
Participação em atividades ligadas à questão racial	Sim	11
	Não	19

Observa-se na Tabela 11 que a maior parte dos participantes é do sexo feminino, entre 18 e 40 anos, pardos, com escolaridade superior, católicos, usuários da rede pública de saúde, não participantes de atividades ligadas à questão racial.

A classificação em relação à percepção de racismo em saúde nas duas escalas, versão geral e versão pessoal, foram realizadas pela verificação dos tercis apresentados para cada escala. Desta forma, os participantes que tiveram sua média geral no primeiro

tercil da Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Pessoal, foram classificados como tendo vitimização ausente ou baixa em relação ao racismo nos atendimentos de saúde; aqueles que pontuaram no segundo tercil, foram considerados como tendo vitimização média no que diz respeito ao racismo em saúde e os participantes que ficaram no terceiro tercil foram classificados como tendo alta vitimização de racismo em saúde. Foram calculados os tercils para a Escala Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versão Geral e adotada a classificação anteriormente descrita em ausente ou baixa, média e alta, neste caso a respeito de percepção de ocorrência de racismo em saúde com pessoas negras. Os dados são apresentados na Tabela 12, a seguir.

Tabela 12 – Distribuição dos participantes por Nível nas Escalas de Discriminação Racial em Saúde –Versão Pessoal e Versão Geral

Variável	Níveis	F
Percepção de Racismo em Saúde – Versão Pessoal	Ausente ou Baixa	13
	Média	08
	Alta	09
Percepção de Racismo em Saúde – Versão Geral	Ausente ou Baixa	11
	Média	09
	Alta	10

Em relação à percepção de ter sido vítima de racismo nos atendimentos em saúde, a maior parte dos participantes, 13, apresentou vitimização baixa ou ausente. No que diz respeito, a percepção de que as pessoas negras sofrem racismo nos atendimentos em saúde, a distribuição foi mais equilibrada, no entanto, o maior grupo, 11 pessoas, ainda é daqueles que tem a percepção da não ocorrência ou baixa ocorrência das práticas racistas.

Parte das análises e das discussões seguintes será realizada a partir dos grupos definidos previamente pela pesquisadora, a saber, grupo 1- pessoas negras participantes de atividades ligadas à questão racial; grupo 2 – pessoas negras; 3 pessoas brancas. Os dados biossociodemográficos de cada grupo são expostos a seguir.

Tabela 13 – Descrição dos Dados Biossociodemográficos por grupos

Variável	Níveis	Grupo	Grupo	Grupo
		1	2	3
		F	F	F
Sexo	Feminino	06	06	06
	Masculino	04	04	04
Faixa etária	18 a 40 anos	03	06	06
	41 a 59 anos	07	02	02
	Acima de 60 anos	00	02	02
Cor da Pele/raça	Preto	09	01	00
	Pardo	01	09	00
	Branco	00	00	10
Escolaridade	Ensino Fundamental	02	02	01
	Ensino Médio	02	04	05
	Ensino Superior	06	04	04
Religião	Matriz africana	06	00	01
	Católico	02	06	05
	Protestante	00	04	01
	Outras	02	00	02
Principal acesso a serviços de saúde	Rede Pública	08	05	05
	Plano de Saúde	02	03	04
	Particular	00	02	01
Participação em atividades ligadas à questão racial	Sim	10	00	01
	Não	00	10	09

Constata-se equilíbrio entre os três grupos na distribuição da variável sexo; distribuição similar entre os grupos 2 e 3 para as variáveis: faixa etária, escolaridade e principal forma de acesso ao serviço público. Há diferença proposital entre os grupos no que diz respeito às variáveis relacionadas à seleção dos participantes para cada grupo: participação em atividades ligadas à questão racial e cor da pele/raça. Neste último quesito, qualquer participante que se autodeclarasse pardo ou preto seria alocado no grupo 1 ou 2, respectivamente, de acordo com a participação ou não participação em atividades ligadas à questão racial. Não era requisito que a pessoa se autodeclarasse preta para compor o grupo 1, no entanto, observou-se que 9 dos 10 participantes assim o fizeram. Credita-se este fato a experiência relacionada à questão racial que reforça a identidade social negra, uma vez que vários participantes do grupo 2 apresentavam características físicas similares e se autodeclararam pardos.

É apresentada a seguir, a distribuição dos participantes de cada grupo, por meio dos tercis estabelecidos para as Escalas Percepção de Discriminação Racial em Saúde – Versões Pessoal e Geral.

Tabela 14 – Distribuição por grupos dos participantes por Nível nas Escalas de Percepção de Discriminação Racial em Saúde –Versão Pessoal e Versão Geral

Variável	Níveis	Grupo	Grupo	Grupo
		1	2	3
		F	F	f
Percepção de Discriminação Racial em Saúde –Versão Pessoal	Ausente ou Baixa	1	3	9
	Média	2	5	1
	Alta	7	2	0
Percepção de Discriminação Racial em Saúde –Versão Geral	Ausente ou Baixa	0	5	6
	Média	3	3	3
	Alta	7	2	1

Mostrou-se heterogênea, a distribuição dos participantes nos tercis da Escala de Percepção de Discriminação Racial em Saúde - Versão Pessoal. Como esperado, os participantes que se autodeclararam brancos, tiveram as pontuações mais baixas e os participantes negros, em sua maioria, entre média e alta. No entanto, houve diferenciação entre os grupos de pessoas negras com e sem participação em atividades ligadas à questão racial, com este último reportando maior índice de vitimização em nível médio, enquanto que o grupo 1 percebeu ser vítima de racismo em saúde com maior intensidade.

Quando se tratou da percepção de que os negros são tratados de modo racista nos atendimentos em saúde, avaliada pela Versão Geral da Escala de Percepção de Discriminação Racial em Saúde, os grupos 1 e 3 mantiveram distribuição similar à descrita anteriormente. No entanto, no grupo 2, composto por pessoas negras sem envolvimento em atividades relacionadas à questão racial, houve uma inversão em

relação aos níveis ausente/baixo e médio, com mais pessoas percebendo a discriminação com pessoas negras em geral do que com eles próprios, conforme Tabela 14.

A seguir são apresentados os resultados referentes ao Teste de Associação Livre de Palavras

6.2.2 Teste de Associação Livre de Palavras.

Resultante do processamento dos dados no programa computacional Tri-Deux-Mots, a análise fatorial de correspondência empreendida assinalou diferentes modalidades de opiniões por cada estímulo indutor (“saúde”, “racismo em saúde”, “atendimento em saúde”, “racismo” e “SUS”) associado às variáveis fixas (“grupo de pertença”, “percepção de discriminação racial – avaliada pela EPDRS-VG”, “percepção de ter sofrido discriminação racial - avaliada pela EPDRS-VP”, “sexo” e “religião”) dos participantes do estudo.

Somados, os fatores explicaram um total de 53,9% da variância total de respostas, ordenadas entre os fatores 1, com 34,9% (valor próprio = 0,168), e 2, com 19% de variância explicada (valor próprio = 0,092). Registraram-se 552 palavras associadas aos estímulos indutores; destas, 332 foram palavras diferentes e 28 constituíram o plano fatorial (Figura 3), o qual destaca as evocações dos participantes face aos estímulos indutores abordados neste estudo.

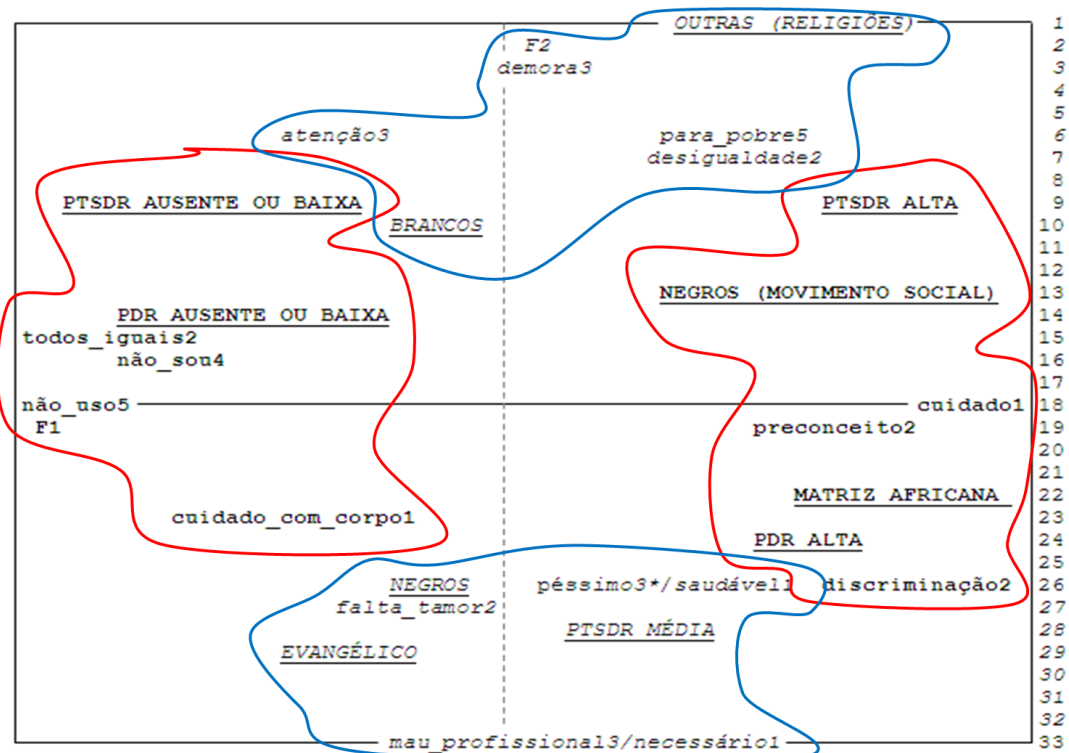


Figura 3 – Plano Fatorial de Correspondência

As palavras referidas abarcaram carga fatorial média igual a 35,71, tomando-se por base o somatório das cargas (1000) dividido pelo número total de palavras constantes no plano fatorial (28). Para análise das contribuições para cada estímulo indutor, foram consideradas as evocações com maiores cargas fatoriais. Neste contexto, verificaram-se alguns destaques característicos dos discursos dos participantes.

Conforme apresentado na Figura 3, no primeiro eixo (F1), em negrito, na linha horizontal, à esquerda, é possível observar as objetivações dos participantes com percepção de ter sofrido discriminação racial ausente ou baixa e percepção de discriminação racial igualmente ausente ou baixa.

Para o grupo referido, a saúde foi objetivada como sinônimo de "cuidado com o corpo"; quanto ao racismo em saúde, os atores sociais destacaram a expressão "todos iguais" como condição que não justifica o atendimento em saúde de modo díspar para a pessoa em função da cor da sua pele. Convém destacar que embora esteja relacionado

ao estímulo anterior (racismo em saúde), o estímulo indutor atendimento em saúde não apresentou associação. Quando levados ao processo de livre associação em relação à palavra indutora “racismo”, os participantes não se consideraram racistas ("não sou"). Completando a sequência de estímulos, quando submetidos à associação do estímulo SUS, o grupo de pertença declarou "não usar" tal serviço.

Em oposição, à direita do plano, encontraram-se as evocações dos atores sociais negros participantes de movimento social, adepto de religião de matriz africana, com indicador alto de percepção de discriminação racial e, de modo semelhante, com alta percepção de ter sofrido discriminação racial. Para este grupo, a saúde foi objetivada pelo elemento "cuidado"; em relação ao racismo em saúde, o "preconceito" e a "discriminação" foram evidenciados como expressões que sustentam esta prática no setor. Quanto aos demais estímulos, não foram verificadas associações com cargas fatoriais consideráveis para a composição do plano fatorial, embora tenham emergido nas evocações dos participantes diversas expressões a respeito.

Com relação ao segundo eixo (F2), na linha pontilhada vertical do plano, na parte superior, surgiram as evocações dos participantes brancos e caracterizados por práticas religiosas diversas. Neste espaço, não houve associação estatisticamente considerável em relação aos estímulos saúde e racismo. Por outro lado, quando questionados sobre a combinação desses termos (racismo em saúde), os participantes objetivaram tal expressão como reflexo característico do processo de "desigualdade". Acerca do atendimento em saúde, a "demora" e a "atenção" foram objetivadas como principais elementos representacionais. Ao final, este grupo de pertença associou o uso do SUS como ferramenta típica criada "para pessoas pobres".

Abaixo, no mesmo eixo, foram dispostas as objetivações do grupo de pessoas negras, evangélicas e com percepção média de ter sofrido discriminação racial. Para

estes participantes, a saúde foi objetivada como sinônimo de estar "saudável", sendo considerada, ainda, como algo "necessário" à vida cotidiana. Acerca do racismo em saúde, esta prática discriminatória foi destacada como "falta de amor". Em relação ao terceiro estímulo indutor (atendimento em saúde), os participantes objetivaram o "mau profissional" como personagem típico neste cenário. Quanto ao quarto (racismo) e quinto (SUS) estímulos, não houve associação estatisticamente considerável para a emergência no plano. Finalmente, foi possível observar, contribuindo na construção de ambos os fatores, que a objetivação "péssimo" apareceu como elemento figurativo do atendimento em saúde, possivelmente caracterizando como desqualificado o serviço prestado à população.

6.2.3 Alceste.

Ao processar o discurso dos participantes da pesquisa, o tratamento padrão do programa Alceste identificou um corpus constituído de 30 Unidades de Contexto Inicial (UCI), totalizando 31.678 ocorrências, sendo 3.751 palavras diferentes, com uma média de 8 ocorrências por palavra. Para a análise que se seguiu, o programa considerou as palavras com frequência igual ou superior a 4 e com $\chi^2 \geq 3,84$. Após a redução do vocabulário às suas raízes, foram encontrados 637 radicais e 739 Unidades de Contexto Elementar (UCE).

A Classificação Hierárquica Descendente reteve 69% do total das UCE do corpus, distribuídas em três classes e formadas com, no mínimo, 37 UCE. Para a elaboração do dendrograma desenhado na Figura 4, foram tomadas, como referência, as palavras com $\chi^2 \geq 8$ ($p < 0,001$).



Figura 4 – Classificação Hierárquica Descendente

Na Figura 4, podem ser observadas duas ramificações, notificadas com as letras a e b, em que se evidenciam duas partições do corpus. A primeira partição, identificada pela letra “a”, corresponde a Classe 1, nomeada de “Vivências nos serviços de saúde”. A segunda partição resultou no subcorpus (b) composto pelo agrupamento das Classes 2 e 3, denominada de “Divergentes visões do racismo em saúde”.

A Classe 1, “Vivências nos serviços de saúde” envolveu 187 UCE, com 145 palavras analisadas, significando 36% do total de UCE. A Classe 2, categorizada como “Negação do Racismo”, foi formada por 168 UCE, com 81 palavras, correspondentes a 33 % das UCE. A Classe 3, que trata da “Afirmação do Racismo”, com 159 UCE e 114 palavras analisadas, contabilizou 31% das UCE. Observa-se que a distribuição das UCE entre as classes apresentou-se de maneira equilibrada.

O detalhamento de cada classe e os exemplos de falas em que emergiram as palavras mais significativas (em negrito) são expostos a seguir.

6.2.3.1 Vivências nos serviços de saúde.

Como pode ser observada na Figura 4, a Classe 1, “Vivências nos serviços de saúde”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 46$ (médico) e $\chi^2 = 16$ (frente). Os participantes que sustentam este discurso são mulheres negras atuantes em atividades ligadas à questão racial e tem ensino médio.

(...) foi feita anestesia raque e não pegou totalmente, ate porque eu já tomei raque e sei e a mulher começou a referir dor (...) E não foi o **cirurgião**, o **cirurgião** ficou totalmente preocupado, “chama o anestesista, vai buscar” e eu fui buscar o anestesista. (...) ele estava no quarto deitado, assistindo tv (...) eu **disse** que a paciente estava referindo dor (...) ele disse que era frescura, que não

era possível (...) eu **disse** que já tinha tido **menino**, tomado raque, que não era possível ela tá mentindo ali (...) eu voltei e fui dizer para o **cirurgião**.

(...) o **médico**, um cardiologista e a mulher chegou toda arrumada para ser consultada com o **médico** e perguntou o **médico**, já vem (...) quando ele chegou, ela perguntou para **enfermeira**, “o **médico** é esse negro? eu vou-me embora” e saiu ai realmente é o racismo, ela mostrou que não aceitava ser consultada por um negro

6.2.3.2 Negação do Racismo em Saúde.

A Classe 2, “Negação do Racismo em saúde”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 48$ (preconceito) e $\chi^2 = 13$ (independente), identificadas principalmente nas falas dos grupos 2 e 3, homens negros não ativistas e homens brancos, católicos e de outras religiões (holística, sincrética), que pontuaram no tercil mais baixo das escalas de discriminação racial em saúde – visão geral e pessoal.

(...) O que eu sempre falo, o que eu acho que é mais complicado, é uma questão mais do contexto social, da renda da pessoa, em relação ao que ela tem acesso a saúde ou não (...) Não creio que tenha racismo em saúde (...)

(...) eu sei que para branco, para qualquer outra pessoa também acontece isso, essa questão de poder aquisitivo, mas eu acho que quando gente tem mais condições, a gente consegue ser mais tolerado, as pessoas tem que engolir, porque eu tenho condições de pagar (...)

(...) nunca percebi nenhuma diferenciação, explicitamente não percebi, principalmente em instituições hospitalares assim, se, até que ponto existe? Eu nunca **presenciei** (...)

6.2.3.3 *Afirmção do Racismo em saúde.*

A Classe 3, “Afirmção do Racismo em saúde”, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 77$ (população negra) e $\chi^2 = 13$ (gente). As características dos participantes que mais contribuíram com esta classe foram: alta pontuação nas versões geral e pessoal das escalas de discriminação racial em saúde, escolaridade de nível superior, homens com atividades ligadas a questão racial.

(...) pessoas que eu conheço com **doença falciforme**, todas elas relatam esse tipo de **descuido**, de tratamento, de dúvida, eu já ouvi alguns relatos que as pessoas me dizem que alguns médicos ou enfermeiros duvidando dessa intensidade dessa dor (...) teria comentário inclusive sem nenhum tipo de constrangimento que aquela pessoa tá pedindo o analgésico (...)

(...) quem mais sofre é a **população negra**. A **gente** precisa se empoderar mais (...) para a gente intervir com mais qualidade no que se refere à saúde da **população negra** (...)

(...) seriam mais **resistente** às **doenças** e as dores de um modo geral. A **gente** acha que tenha um cuidado diferente. A **gente** tem depoimentos também, eu já recebi depoimentos pessoais e também participando do **movimento**, das reuniões, a **gente** já ouviu depoimento de pessoas que foram maltratadas (...)

6.3 Discussão

Tendo em vista o caráter sutil que as práticas de racismo assumem na sociedade brasileira, acredita-se que a teoria das representações sociais permite acessar as vicissitudes deste constructo junto aos usuários dos serviços de saúde. Desta forma, utilizaram-se métodos complementares para investigar as crenças compartilhadas entre os participantes.

O questionário biossociodemográfico permitiu situar os participantes em seus grupos de pertença, distinguir o lugar e a posição de onde falam, a qual tanto permeia as representações sociais adotadas, quanto os caracteriza em suas especificidades. Participaram do estudo 30 pessoas que foram incluídas a partir da autodeclaração das três principais cores ou raças que compõe a população brasileira, a saber, brancos, pardos e pretos.

A classificação da população brasileira a partir da variável cor ou raça, não foi uma constante nos recenseamentos realizados a cada década, tendo sido excluída na pesquisa de 1970, por exemplo, retornando em 1980 apenas nos questionários aplicados por amostragem. Somente em 2010, a variável raça ou cor passou a integrar o questionário básico aplicado à totalidade da população (IBGE, 2010, 2011).

A presença/ausência do quesito cor ou raça nos levantamentos censitários realizados pelo IBGE denota a dificuldade que há no Brasil em lidar com a questão racial (Munanga, 2010). Esta problemática em relação ao uso do quesito cor/raça também está presente nos sistemas de informação de saúde (Araújo et al., 2010; Braz et al, 2013; Sacramento & Nascimento, 2011). No entanto, os estudos realizados sobre as desigualdades sociais apontam a necessidade de análises sobre o viés racial (Haas & Linhares, 2012; Paixão, Carvalho, Monçores, & Rossetto, 2014; Sinhoretto et al., 2014; Theodoro, 2009).

Nesta perspectiva, considerou-se pertinente estabelecer para o presente estudo, grupos a partir da autodeclaração de “cor ou raça”, adotando-se o critério de agrupar pardos e pretos como negros, em consonância com o proposto pelo Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2010).

O termo negro, por sua vez, para além da cor da pele, remete a uma origem racial, aos descendentes de negros africanos no Brasil, (...) em que preto e pardo são apenas cores, enquanto negra seria a raça, em sua dimensão social (Eurico, 2013, p.296).

Adicionalmente a autodeclaração de “cor ou raça” preta ou parda, estabeleceu-se como critério de inclusão para um dos três grupos, a participação em atividades religiosas, culturais ou políticas ligadas à questão racial. Esta decisão foi amparada na perspectiva de que a identidade racial é tida como o espectro do autoconceito da pessoa que advém da noção da sua pertença a um grupo racial, somada ao valor atribuído a este pertencimento, e a denotação emocional subjacente (Tajfel, 1981). Os resultados demonstraram representações peculiares a este grupo, o que vai ser melhor discutido no decorrer desta seção. A inserção social parece ter relação com as crenças e normas relativas à questão racial (Lima-Nunes, & Camino, 2011; Lima-Nunes, Lins, Camino, & Torres, 2010).

O perfil biossociodemográfico em relação à “cor ou raça” mostrou-se inversamente proporcional nos grupos de pessoas negras com participação em práticas relacionadas à questão racial e os negros sem tal envolvimento. Este último grupo percebeu-se majoritariamente como pardo. Observou-se que mais do que a cor da pele, bastante similar entre os dois grupos, a noção de raça, como categoria social (não biológica ou genética) parece ter influenciado a autocategorização como preto ou preta. Comparando-se os dados dos censos de 2000 e 2010, houve um aumento de 37,55% na

população preta. Considerando-se a população geral, a porcentagem de negros foi de 6,2 para 7,6 (IBGE, 2010). No estado da Paraíba houve campanha de valorização da identidade negra durante o ano que precedeu o último recenseamento, cujo slogan era “Moren@ não, eu sou negr@” (Dias, 2012). Ações como esta fazem frente à ainda tímida e por vezes inexpressiva referência positiva a produção cultural, política e religiosa das pessoas negras nos meios de comunicação.

Dentre os participantes da pesquisa, o grupo com maior escolaridade foi o de pessoas com práticas ligadas a questão racial. Esta distribuição, no entanto, não reflete o perfil de escolarização do brasileiro, em que 75% das pessoas que concluem o ensino superior são brancas (IBGE, 2010). A amostra do estudo foi por conveniência e não buscou pareamento por escolaridade. No entanto, durante a busca por participantes ligados a questão racial, percebeu-se que boa parte estava ligada a atividades em grupos atrelados à Universidade. Observou-se que aqueles com escolaridade em nível fundamental tinham atuação predominante nos mecanismos de controle social, como os Conselhos locais. Paiva (2005, p. 231) assevera que “o acesso à escolaridade, garante aos sujeitos envolvidos a apreensão de um capital social que se expressa na organização social, nas condutas e comportamentos, alterando as relações sociais de dominação”. Transitar ou não por espaços de escolarização formal nos mais diversos níveis, pode ter influência na visão global do conteúdo e sentido das representações sociais forjadas (Moscovici, 1978).

A formação religiosa pode servir como balizador para uma série de atitudes, crenças e comportamentos das pessoas. Os grupos estudados tiveram bastante variação a respeito das religiões adotadas, tendo o catolicismo o maior número de adeptos entre os brancos e negros sem atividade de militância e sendo ainda a única religião que teve indicação em todos os grupos.

A presença marcante do catolicismo segue a tendência apresentada no Brasil, onde esta continua sendo a religião predominante (IBGE, 2010). Já dentre os participantes que indicaram religião de matriz africana, 1 afirmou ser adepto da umbanda e 5 do candomblé, entre estes a maioria se autodeclarou de cor ou raça preta. No levantamento realizado pelo Censo 2010, 29% dos adeptos do candomblé declarou a sua cor/raça como "preta" (no mesmo censo, 7,6% da população brasileira total definiu-se como "preta"). Comparando-se estes números em relação aos apresentados nas outras religiões indicadas pela população, o candomblé mantém-se como a religião com o maior número de pessoas que se autodeclararam pretas. (IBGE, 2010).

O discurso religioso da Igreja Católica, durante vários séculos serviu como referência reguladora não apenas para os indivíduos, mas para o próprio Estado. Durante o período expansionista, entre os séculos XV e XVII, a dominação dos povos “descobertos” contou com a “benção” da Igreja.

Este posicionamento da Igreja Católica favorável à escravidão, não é consenso entre os estudiosos, há evidência de que a escravidão foi condenada por meio de bulas papais. Aqueles que afirmam o apoio da Igreja a tal prática asseveram que ao sabor da conjuntura social e econômica, a Igreja reviu sua postura e passou a condenar as práticas escravistas (R. Costa, 2013; Silva, 2008).

Adeptos considerados fundamentalistas da religião protestante, tendem a apresentar posturas explicitamente preconceituosas em relação a minorias, como gays e negros. Neste mote, vemos, por exemplo, o discurso do então pastor e Deputado Federal Marcos Feliciano que afirmou que os africanos são raça amaldiçoada. Em sua defesa, o parlamentar naturaliza esta diferença:

Citando a Bíblia (...) africanos descendem de Cão (ou Cam), filho de Noé. E, como cristãos, cremos em bênçãos, e, portanto, não podemos ignorar as

maldições' (...) O parlamentar diz que não é homofóbico ou racista. Reafirma, porém, que sua visão sobre os povos africanos é meramente fruto de sua religião (Nailon & Valente, 2013).

Infelizmente esta fala encontra eco junto a grupos que utilizam a ideologia cristã como manobra para justificar as diferenças e distâncias em relação a minorias. Prova disto é o fato do referido pastor ter sido reeleito com a terceira maior votação do Estado de São Paulo (Tribunal Superior Eleitoral, 2014).

Embora a norma social de não racismo coíba falas explícitas de discriminação, ideologias religiosas apregoadas outrora, circulam nas conversas, nas redes sociais e podem fornecer elementos informacionais, atitudinais e afetivos para representações sociais serem forjadas. Os posicionamentos evidenciados nos parágrafos anteriores a respeito do uso do ideário religioso como justificativa para naturalizar a escravidão representam posições extremistas.

A principal forma utilizada pelos participantes para acessar os serviços de saúde é por meio da rede pública. Dentro dos grupos 2 e 3, metade dos participantes possui plano de saúde ou fazem consultas particulares. Apenas 2 pessoas possuem plano de saúde e nenhuma costuma realizar exames particulares dentre os negros militantes. Estes dados se coadunam com a realidade da população brasileira, em que as pessoas negras são o maior percentual de usuários da rede pública de saúde, do SUS (Bahia, 2013). Destaca-se que alguns participantes envolvidos em atividades ligadas à questão racial, afirmavam recorrer ao SUS por acreditar no sistema, que apesar das limitações significa um grande avanço.

A participação em atividades ligadas à questão racial era critério para inclusão no primeiro grupo apenas, no entanto, houve um dos participantes que se autodeclarava de cor ou raça branca (apresentava fenótipo condizente com a declaração) e era adepto

de religião de matriz africana. Dentre aqueles que têm como religião, o candomblé, os brancos são o segundo maior grupo, esta realidade é alterada apenas quando se soma o número de pretos e pardos (IBGE, 2011).

Traçar o perfil dos participantes a partir da religião professada, não significa estabelecer esta característica como condicionante para prática ou não de condutas racistas. Trata-se de delinear o pertencimento há um grupo de referência que é considerado importante para muitas pessoas e que em conjunto com a pertença a outros grupos, influencia as crenças compartilhadas e expressas em conversações, atitudes e posicionamentos. Veremos a seguir como algumas das variáveis estudadas se relacionaram com as representações sociais forjadas pelos participantes.

A associação livre de palavras permitiu evidenciar os universos semânticos trazidos pelos participantes diante dos diferentes estímulos (Nóbrega & Coutinho, 2011). O nível de racismo em saúde sofrido e percebido pelos participantes polarizou as representações sociais acerca do racismo e racismo em saúde evidenciada na análise fatorial de correspondência. O grupo que apresentou índices baixos ou ausentes de racismo percebido nas escalas corroborou estes dados enunciando ao estímulo racismo em saúde a expressão “todos iguais” e ainda afirmando não serem pessoas racistas, “não sou”, em resposta ao estímulo racismo.

Em contrapartida o grupo de pessoas que percebem ter sofrido discriminação racial em saúde em nível alto, negros que participam de atividade ligada à questão racial e adeptos de religião de matriz africana trouxeram as evocações “preconceito” e “discriminação” para o estímulo racismo em saúde. Estes dados reafirmam as qualidades psicométricas das escalas validadas no estudo 1, uma vez que a pontuação apresentada nos instrumentos foi coerente com as objetivações manifestadas. Observa-se aqui a polarização que se mostrou presente também na análise lexical, onde

emergiram as classes 2 “negação do racismo em saúde” e 3 “afirmação do racismo em saúde”

Moscovici (2009, p. 663) descreve como nó figurativo este binômio que “de algum modo, condensa todas as imagens, todas as noções ou os julgamentos que um grupo ou uma sociedade gera ao longo do tempo”. Conforme visto em capítulo anterior, as relações raciais no Brasil são marcadas pelo movimento ambíguo de afirmação/negação das diferenças. A postura do Ministério da Saúde reforça esta ambiguidade. Recentemente o órgão titubeou ao lançar a campanha “SUS sem racismo” que incentiva a denúncia de práticas racistas nos atendimentos em saúde. Inicialmente, o lançamento havia sido cancelado, mas ocorreu dias depois utilizando apenas parte da mídia prevista. (Geledés, 2014). O ideário da democracia racial proveniente do meio científico e reificado pelo saber popular é tão presente que nas palavras de Munanga (2010)

(...) ecoa dentro de muitos brasileiros, uma voz muito forte que grita; “não somos racistas, os racistas são os outros, americanos e sul-africanos brancos”. Essa voz forte e poderosa é o que costumamos chamar “mito de democracia racial brasileira”, que funciona como uma crença, uma verdadeira realidade, uma ordem (p.170).

J. E. Santos e Santos (2013) também encontraram resultados que apontam para a negação do racismo no contexto da saúde, a opinião de profissionais de atenção básica, a respeito de uma política voltada para a saúde da população negra não é necessária, pode gerar discriminação e vai de encontro à igualdade entre os cidadãos. As autoras analisam que tais declarações são permeadas pelo mito da democracia racial.

A negação do racismo em saúde apresenta indícios de ser fortemente ancorada no mito da democracia racial que permeia as crenças compartilhadas acerca de uma

nação miscigenada e harmônica. Esta ideologia é tão forte, que quase pode ser tocada. A negação da diferença de tratamento a partir do viés racial vai servir para justificar o posicionamento contrário às políticas e programas que tenham como foco a equidade em saúde, afinal “somos iguais”. Nesta ótica defende-se o princípio da igualdade política e jurídica das pessoas (Monteiro, 2005). Discursos similares podem ser encontrados em relação à adoção do sistema de cotas em universidades (Camino et al., 2014).

Sacramento e Nascimento (2011) ao analisar as representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça nos prontuários de saúde observaram a ambiguidade em torno da afirmação/negação da importância desta variável. Em especial o grupo formado por mulheres brancas percebeu pouca relevância neste dado, em contraposição ao nível social apontado como fator determinante para as diferenças em saúde. Os achados do presente estudo corroboram as autoras, na medida em que na classe 2 do Alceste compareceram crenças compartilhadas a respeito do preconceito de classe, denominado também de social.

A afirmação do racismo em saúde evidenciada na classe 3 do Alceste é corroborada pelos resultados da associação livre de palavras contidos no eixo F1 a direita do plano fatorial. O entrelaçamento metodológico por meio de técnicas diferentes mostrou a coerência nas variáveis atreladas aos participantes associados a este discurso: negros participantes de atividades ligadas à questão racial, adeptos de religião de matriz africana com alta percepção de discriminação racial em saúde.

A percepção da ocorrência do racismo está em consonância com os indícios de iniquidade racial no contexto da saúde constatada em diversos levantamentos epidemiológicos (Bastos et al., 2014; Bairros et al., 2011; Boclin et al. 2014; Chor et al., 2014; Chiavegatto et al., 2014; Faerstein et al., 2014; Goes & Nascimento, 2013; J. A.

F. Santos, 2011; B. L. A Oliveira et al., 2014), bem como em pesquisa qualitativa (Domingues et al., 2013).

A classe 3, afirmação do racismo em saúde, apresenta-se ancorada no reconhecimento do racismo em saúde, o qual é objetivado em termos como “população negra” e “especificidade” que apontam para um grupo com identidade social estabelecida, na expressão “anemia falciforme”, doença considerada prevalente entre os negros, que tem sido alvo de “descuido”. Tal representação social foi forjada pelo grupo de pessoas negras que participam de atividades que reforçam esta identidade por meio da religião de matriz africana, especialmente do candomblé.

A história do candomblé que se originou de outra prática religiosa africana, denominada de Calundu, apresenta momentos de valorização na sociedade escravista, das atividades de adivinhação, e especialmente de cura oferecidas por escravos africanos a outros escravos, assim como a homens livres que tinham difícil acesso a medicina oficial (Mota, & Trad, 2011). Desta forma, percebe-se que não é de hoje que as religiões de matriz africana carregam consigo um elemento positivo de identidade social, tendo atualmente, em alguns terreiros, a tentativa de buscar uma unificação dos rituais e uma base teológica comum que possa ser partilhada ao redor do mundo (Hofbauer, 2011, R. Silveira, 2009). Nas últimas décadas, no Brasil, vários sacerdotes do candomblé tem se percebido como parte da militância negra (Hofbauer, 2011). Fato este constatado no presente estudo.

A análise lexical a partir do software Alceste evidenciou a polarização entre os três grupos abordados no estudo, a saber, pessoas negras participantes de atividades ligadas à questão racial, pessoas negras e pessoas brancas. Um aspecto geral que se destacou nas análises foi o fato dos dois últimos grupos estarem atrelados ao contexto lexical na classe 2, nomeada de negação do racismo. O discurso das pessoas negras

envolvidas em atividades que reforçam a identidade racial esteve presente em duas classes, 1 (vivências nos serviços de saúde) e 3 (afirmação do racismo). Este achado está em consonância com Camino et al. (2013) que constataram que o modo como os grupos entendem as diferenças e/ou desigualdades raciais parece sustentar as divergentes opiniões acerca de diversos aspectos das relações inter-raciais.

Estas duas classes, 1 e 3, tem em comum o fato de ter participantes que atuam em prol da questão racial e participam de religião de matriz africana, mas que se diferenciam a partir do gênero, escolaridade e relevância para o discurso apresentado, da percepção do racismo sofrido nos atendimentos em saúde. Observou-se que o discurso mais característico das mulheres negras com participação em atividades ligadas à questão racial e com escolaridade de nível médio apresentou particularidades a ponto de ter se constituído como classe (1, vivências nos serviços de saúde) distinta da partição nomeada de “Divergentes visões do racismo em saúde”, onde estão as Classes 2 e 3.

As especificidades das condições de acesso vivenciadas por mulheres negras diante de diversos serviços fez com que estas se organizassem para reivindicar seus direitos (C. S. Rodrigues & Prado, 2010; Damasco et al., 2012). Apesar disto, ainda são frequentes os relatos de discriminação racial como o exemplificado na classe 1, em que uma mulher negra tem sua queixa de dor durante o parto desacreditada pelo médico. No caso em questão, somente após outra paciente, desta vez mulher branca, relatar dor, verificou-se a data de validade da anestesia, a qual estava vencida. Estas vivências corroboram os achados de Perpetuo (2000), Taquete e Meireles (2013), Q. Rodrigues (2009).

Durante as entrevistas compareceram pelo menos três falas relacionadas a dúvidas quanto à dor referida por pessoas negras durante processo de internação médica. Acredita-se que tal atitude pode ser fortemente influenciada pelo estereótipo

que advém ainda dos tempos de escravidão, que reforça a imagem do negro como forte e resistente, que pode ser analisado a luz do processo de essencialização ao atribuir características imutáveis a entes que estão sendo categorizados (Chao et al., 2013; Goff et al., 2014; Pereira et al., 2011).

Diante do exposto, observa-se que os diferentes campos semânticos, bem como as representações sociais elaboradas pelos participantes são perpassados por diferentes aspectos como inserção social, religião e discriminação racial percebida nos atendimentos em saúde. Acredita-se ao final deste estudo, ter alcançado os objetivos propostos para o mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recentemente, em novembro de 2014, o Sistema Único de Saúde lançou nas redes sociais a campanha #SUSsemRacismo (<https://www.facebook.com/SUSnasRedes?fref=ts>), com o lema “Não fique em silêncio. Racismo faz mal a saúde, denuncie”, incentivando os usuários a relatarem ocorrências por meio do Disque Saúde 136. A ação promovida chama a atenção, pois até então a questão costumava ser discutida apenas em seminários municipais ou estaduais sobre saúde da população negra. O que se observou na página que divulga as peças da ação publicitária foi uma torrente de comentários, polarizados entre aqueles que elogiaram a iniciativa por abrir canais para denúncias e outro grupo que considerou a campanha desastrosa por diversos motivos, como por exemplo: racismo não existe, SUS é ruim para todos, dados informados não apresentam fontes, etc. A promoção desta campanha e a repercussão gerada reafirmam a relevância de investigar o racismo no contexto da saúde, na perspectiva psicossociológica, proposta concretizada nesta tese.

Os achados obtidos por meio das versões pessoal e geral da Escala de Discriminação Racial em Saúde no segundo estudo demonstraram que fatores psicossociais como o engajamento em práticas ligadas a questão racial influenciam a percepção de ter sofrido discriminação racial nos serviços de saúde e de que pessoas negras em geral são alvo desta prática. Estudos em Psicologia Social tem demonstrado que a inserção social está relacionada com posicionamento assumido diante de racismo ou preconceito racial. Pessoas que frequentam espaços de sociabilidade que fomentam diferentes visões ou possibilidade de debate tendem a concordar menos com atitudes racistas. (Lima-Nunes et al., 2010; Lima-Nunes e Camino, 2011).

Pesquisas sobre influência social, na perspectiva da inovação/mudança apontam que as alterações em modelos consolidados, por exemplo, de quem tem direito a quê, só ocorrem mediante contestação e postura consistente das minorias sociais. Este processo

é permeado por conflito, afinal a maioria está satisfeita até o momento em que o *status quo* não é questionado (Moscovici, 2011, Spadoni, 2009). É neste sentido que a participação no movimento negro ou mesmo em outras atividades que valorizem a identidade negra, como religiões de matriz africana podem ser importantes para a consistência das reivindicações relativas à maior visibilidade das demandas da população negra no âmbito da saúde, como por exemplo, mais atenção a doenças prevalentes entre pessoas negras, dentre elas, a anemia falciforme que apareceu com destaque nas entrevistas realizadas nesta tese.

A presença de iniquidade no campo da saúde é revelada por maiores taxas de morbidade e mortalidade entre homens e mulheres negras, especialmente no que diz respeito à mortalidade materna e mortes por causas violentas entre jovens negros. Portanto, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pode ser considerada uma ação rumo à equidade almejada pelo Sistema Único de Saúde. Esta Política parece não ser tão conhecida da população negra ou da sociedade em geral, no entanto, a campanha supramencionada que tem como foco combater o racismo em saúde, parece ter despertado posicionamentos similares aos suscitados quando da adoção por parte do governo de outras ações afirmativas, sendo a cota racial nas universidades uma das mais emblemáticas (Camino et al., 2014; Durrheim et al., 2011; Lowery et al., 2012). Os resultados advindos do Alceste em especial a Classe 3 “Afirmção do Racismo em Saúde” apontam para a necessidade de empoderamento desta minoria racial para reivindicar equidade, visto que percebem que lhes é oferecido um cuidado diferente.

Acredita-se que a utilização do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais por meio de diferentes instrumentos tenha se mostrado coerente ao objeto social estudado, uma vez que permitiu desvelar as crenças compartilhadas pelos grupos

sociais, evidenciando a dualidade de discurso percebido no dia-a-dia a respeito do racismo em diversos contextos. A ideologia respaldada no mito da democracia racial propicia um contexto peculiar: no cotidiano se observam minorias raciais relegadas geralmente a piores condições de saúde e os fatores a ela associados, como moradia, trabalho, alimentação, segurança, no entanto, critica-se a adoção de ações afirmativas por irem de encontro aos direitos iguais. É como se, mesmo a igualdade não existindo de fato, ela tivesse que existir de direito, não podendo ser confrontada por ações que “diferenciam as pessoas”.

No campo da saúde, assim como na área da educação, grupos defendem que é preciso melhorar todo o sistema e não apenas promover “melhorias” para grupos específicos (Monteiro, 2005; Pena, 2005; Schwartz, 2001). Mas será que vale a pena esperar séculos para esta igualdade de condições acontecer? Parece exagero, mas foi necessário um século para diferença entre as expectativas de vida de brancos e negros ser reduzida em apenas 0,5 anos (Paixão et al., 2005).

As áreas de Psicologia Social e da Saúde podem contribuir a partir dos seus arcabouços teóricos e instrumentais para desvelar as faces do racismo do contexto da saúde, bem como para propor ações de intervenção voltadas para a realidade brasileira em que a grande parte das pessoas concorda que o racismo existe, mas quase ninguém assume praticá-lo.

Uma das contribuições práticas advindas do estudo é a disponibilização de medidas psicometricamente válidas para avaliar a percepção de discriminação racial em saúde. Apesar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra já ter sido regulamentada, levantamentos a respeito do racismo no contexto da saúde ainda são incipientes.

Foram observadas algumas limitações na presente tese, a saber: pequeno número de respondentes ao teste de associação livre de palavras, que trouxe algumas limitações à análise; não realização de análise confirmatória, validação convergente e divergente no processo de validação das escalas; no estudo acerca das representações sociais, não haver um grupo de pessoas brancas ligadas ao movimento negro, para melhor avaliar a inserção social.

Como perspectiva para futuros estudos pretende-se: investigar o racismo em saúde na perspectiva dos profissionais, realizar investigação sobre as representações sociais do racismo em saúde presente nas redes sociais, realizar estudo empírico junto à comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

- Abrams, D., Travaglino, G. A., Moura, G. R., & May, P. J. (2014). A step too far? Leader racism inhibits transgression credit. *European Journal of Social Psychology*, 44, 730-735. doi: 10.1002/ejsp.2063
- Abric, J. C. (1996). Specifics processer of social representations. *Papers on Social*, 5(1), 77-80. Recuperado de: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1996/5_1996Abric.pdf
- Acevedo, C. R., & Nohara, J. J. (2008). Interpretações sobre os retratos dos afro-descendentes na mídia de massa. *Revista de Administração Contemporânea*, 12, 119-146. doi: 10.1590/S1415-65552008000500006
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009). *Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório*. Rio de Janeiro: ANS. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atengao_saude_setor_suplementar.pdf
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014). *ANS apresenta mapeamento inédito do ressarcimento ao SUS*. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2706-ans-apresenta-mapeamento-inedito-do-ressarcimento-ao-sus>
- Albarelllo, F. & Rubini, M. (2012). Reducing dehumanisation outcomes towards Blacks: The role of multiple categorisation and of human identity. *European Journal of Social Psychology*, 42, 875–882. doi: 10.1002/ejsp.1902
- Allport, G. W. (1954/1979). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Araújo, E.M., Costa, M. C. N, Hogan, V. K., Mota, E.L.A., Araújo, T.M., & Oliveira, N.F. (2009). Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, 43, 405-412. doi: 10.1590/S0034-89102009005000021

- Araújo, L. S., Coutinho, M. P. L., Miranda, R. S., & Saraiva, E. R. A. (2012). Universo consensual de adolescentes acerca da violência escolar. *Psico-USF*, 17, 243-251. doi: 10.1590/S1413-82712012000200008
- Araújo, M. V. R. & Teixeira, C. F. (2013). A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador. *Physis*, 23, 1079-1099. doi: 10.1590/S0103-73312013000400004
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, (117), 127-147. doi: 10.1590/S0100-15742002000300007
- Augoustinos, M. & De Garis, S. (2012). 'Too black or not black enough': Social identity complexity in the political rhetoric of Barack Obama. *European Journal of Social Psychology*, 42, 564-577. doi: 10.1002/ejsp.1868
- Bahia, L. (2013). A cor do SUS. *O Globo*. Disponível em <http://oglobo.globo.com/opiniao/a-cor-do-sus-10859761>
- Bairros, F. S., Meneghel, S. N., Dias-da-Costa, J. S., Bassani, D. G., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., & Olinto, M. T. A. (2011). Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2364-2372. doi: 10.1590/S0102-311X2011001200008
- Bastos, J. L., Celeste, R. K., Faerstein, E., & Barros, A. J. D. (2011). Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. *Saúde & Transformação Social*, 1(2), 4-16.
- Bastos, J. L., Barros, A. J. D., Celeste, R. K., Paradies, Y., & Faerstein, E. (2014). Discriminação de idade, classe e raça: suas interações e associações com saúde mental em estudantes universitários brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 175-186. doi: 10.1590/0102-311X00163812.

- Bastos, J. L., Faerstein, E., Celeste, R. K., & Barros, A. J. D. (2012). Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Revista de Saúde Pública*, 46, 269-278. doi:10.1590/S0034-89102012000200009.
- Batista, L. E. & Monteiro, R. B.(2010). Política de saúde da população negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? *Boletim do Instituto de Saúde*, 12, 172-178.
- Batista, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. (2005) *Ciência & saúde coletiva*, 10, 71-80. doi: 10.1590/S1413-81232005000100013
- Batista, L. E., Monteiro, R. B.,& Medeiros, R. A. (2013). Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*, 37, 681-690. doi: 10.1590/S0103-11042013000400016
- Bento, M. A. S. (2006). *Cidadania em preto e branco*. São Paulo: Ática.
- Bergsieker, H. B., Shelton, J. N., & Richeson, J. A. (2010). To be liked versus respected: Divergent goals in interracial interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 248-264. doi:10.1037/a0018474
- Bertolli Filho, C. (2011). *História da saúde pública no Brasil* (5 ed.). São Paulo: Ática.
- Bird, S.T., Bogart, L.M., & Delahanty, D.L. (2004). Health-related correlates of perceived discrimination in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 19-26.
- Boclin, K. L., Faerstein, E., & Szklo, M. (2014). Does life-course socioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pró-Saúde Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 305-17. doi: 10.1590/0102-311X00025413

- Borsa, J. C., Damásio, B. Figueiredo, & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22, 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Brasil. (1930). *Decreto N. 19.402 – de 14 de Novembro de 1930*. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saude Publica. Disponível em http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/fontes_escritas/5_Gov_Vargas/decreto%2019402-1930%20minist-educ.htm
- Brasil. (1966). *Decreto-lei nº 72 - de 21 de novembro de 1966 - DOU de 22/11/66*. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/..%5C..%5C24%5C1966%5C72.htm>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Brasil. (1989). *Lei Nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989*. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7716.htm
- Brasil. (1990a). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (1990b). *Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá

outras providências. Disponível em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Brasil. (1998). *Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

Brasil. (2000). *Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm

Brasil. (2001). *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf

Brasil. (2003). *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS/Progestores. Disponível em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

Brasil. (2004). *Portaria Nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004*. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil.

Brasil. (2005). *Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

Brasil. (2008). *Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. (2009a). *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

- Brasil. (2009b). *Perguntar não ofende Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia? Responder Ajuda a prevenir*. São Paulo.
- Brasil. (2010). *Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010*. Institui o Estatuto da Igualdade Racial.
- Brasil. (2011). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf
- Brasil. (2012). *Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS* (2 ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
- Braz, R. M., Oliveira, P. T. R., Reis, A. T., & Machado, N. M. S. (2013). Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, 37, 554-562. doi: 10.1590/S0103-11042013000400002
- Brown, R. J. (2000). *Group Processes: dynamics within and between groups* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
- Brown, R. J. (2010). *Prejudice: its' social psychology* (2 ed.). Oxford: Blackwell Publishers.

- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paideia*, 14(28), 125-137. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/03.pdf>
- Camino, L., Gouveia, L., Maia, L. M., Ávila Paz, M. M., & Laureano, M. (2013). Repertórios discursivos contemporâneos sobre as desigualdades raciais no Brasil. Um estudo com estudantes paraibanos de pós-graduação. *Psicologia & Sociedade*, 25, 113-122. doi: 10.1590/S0102-71822013000100013
- Camino, L., Silva, P. Machado, A., & Pereira, C (2001). A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista Psicologia Política*, 1, 13-36.
- Camino, L., Tavares, T. L. Torres, A. R. R., Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2014). Repertórios discursivos de estudantes universitários sobre cotas raciais nas universidades públicas brasileiras. *Psicologia & Sociedade*, 26, 117-128. doi: 10.1590/S0102-71822014000500013
- Carmichael, S., & Hamilton, C. (1967) *Black Power: The Politics of Liberation in America*. New York, Vintage Books.
- Carr, P. B., Dweck, C. S., & Pauker, K. (2012). “Prejudiced” behavior without prejudice? Beliefs about the malleability of prejudice affect interracial interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 452-471. doi:10.1037/a0028849
- Carvalho, A. I. & Barbosa, P. R. (2010). *Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB. Disponível em <http://www.moodle.fmb.unesp.br/mod/resource/view.php?id=5610>

- Celeste, R. K., Gonçalves, L.G., Faerstein, E. & Bastos, J. L. (2013). The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pró-Saúde study. *Community Dent Oral Epidemiol*, 41, 509-16. doi: 10.1111/cdoe.12051
- Chao, M. M., Hong, Y.-y., & Chiu, C.-y. (2013). Essentializing race: Its implications on racial categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104, 619-634. doi:10.1037/a0031332
- Chor, D. (2013). Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça - Health inequalities in Brazil: race matters. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1272-1275. doi: 10.1590/S0102-311X2013000700002
- Chor, D. & Lima, C. R. A. (2005). Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1586-1594. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500033
- Claypool, H. M. & Bernstein, M. J. (2014). Social exclusion and stereotyping: Why and when exclusion fosters individuation of others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106, 571-589. doi:10.1037/a0035621
- Conley, T. D., Rabinowitz, J. L., & Hardin, C. D. (2010). O. J. Simpson as shared (and unshared) reality: The impact of consensually shared beliefs on interpersonal perceptions and task performance in different- and same-ethnicity dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 452-466. doi:10.1037/a0019274
- Conselho Nacional de Saúde. (2006). *Ata da trigésima terceira reunião extraordinária do Conselho Nacional de Saúde* (Novembro/Continuação). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/ata33extra.doc>
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Correll, J., Wittenbrink, B., Crawford, M. T., & Sadler, M. S. (2015). Stereotypic vision: How stereotypes disambiguate visual stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 219-233. doi: 10.1037/pspa0000015
- Costa, R. (2013). A Igreja Católica e a escravidão. *Gazeta do Povo*. Disponível em <http://www.gazetadopovo.com.br/opiniaao/conteudo.phtml?tl=1&id=1341698&tit=A-Igreja-Catolica-e-a-escravidao>
- Costa, S. (2012). Desigualdades, interdependências e afrodescendentes na América Latina. *Tempo Social*, 24, 123-145. doi: 10.1590/S0103-20702012000200007
- Coutinho, M. P. L. & Franken, I. (2009). Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: as Representações Sociais de Profissionais de Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29, 448-461. doi: 10.1590/S1414-98932009000300003
- Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Saraiva, E. R. A. (2013). Revisitando a teoria das representações sociais: uma abordagem teórica. Em R. T. Cruz & E. E. S. Gusmão (Eds.), *Psicologia: conceitos, técnicas e pesquisas* (pp. 9-22). Curitiba-PR: Editora CRV.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2008). As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28, 244-253. doi: 10.1590/S1414-98932008000200003
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2013). Teoria das Representações Sociais. Em N. T. Alves, J. M. Andrade, I. F. Rodrigues, & J. B. Costa (Eds.), *Teoria das Representações Sociais* (pp. 73-114). João Pessoa: Editora da UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Araujo, L. S., Coutinho, M. L., Araújo, L. C., & Batista, J. R. M. (2014). Eleições presidenciais no Brasil: o que veicula a mídia impressa. *Psicologia e Saber Social*, 3, 247-252.

- Coutinho, M. P. L., Estevam, I. D., Araújo, L. F., & Araújo, L. S. (2011). Prática de privação de liberdade em adolescentes: um enfoque psicossociológico. *Psicologia em Estudo*, 16, 101-109. doi: 10.1590/S1413-73722011000100012
- Critcher, C. R. & Risen, J. L. (2014). If he can do it, so can they: Exposure to counterstereotypically successful exemplars prompts automatic inferences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106, 359-379. doi:10.1037/a0035707
- Cruz, I. C. F. (2011, no prelo). *Práticas Institucionais quanto ao Cliente com Hipertensão Arterial: estudo sobre acesso e qualidade do cuidado e assistência*.
- Dahia, S. L. M. (2013). Racismo como verbalismo? Delineamentos para compreensão da aquisição do racismo entre cegos congênitos. *Psicologia & Sociedade*, 25, 103-112. doi: 10.1590/S0102-71822013000100012
- Damasco, M. S., Maio, M. C., & Monteiro, S. (2012). Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Estudos feministas*, 20, 133-151. doi: 10.1590/S0104-026X2012000100008
- Di Giacomo, J. P. (1981). Aspects méthodologiques de l 'analyse des représentations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1 (1), 397-422.
- Dias, M. (2012). *Campanha de promoção da identidade negra é lançada pela Bamidelê*. Disponível em: <http://negrasbamidele.blogspot.com.br/2012/03/campanha-de-promocao-da-identidade.html>
- Dickter, C. L., Kittel, J. A., & Gyurovski, I. I. (2012). Perceptions of non-target confronters in response to racist and heterosexist remarks. *European Journal of Social Psychology*, 42, 112–119. doi: 10.1002/ejsp.855

- Doise, W. (1984). Social representations, intergroup experiments and levels of analysis. Em R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations*. Cambridge: University Press.
- Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 27-35. doi: 10.1590/S0102-37722002000100004
- Domingues, P. (2007). Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, 2, 100-122. doi: 10.1590/S1413-77042007000200007
- Domingues, P. M. L., Nascimento, E. R., Oliveira, J. F., Barral, F. E., Rodrigues, Q. P., Santos, C. C. C., Araújo, E. M. (2013). Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22, 285-292. doi: 10.1590/S0104-07072013000200003
- Dovidio, J. F., Glick, P., & Rudman, L. A. (2005). Introduction: Reflecting on The Nature of Prejudice: Fifty Years after Allport. Em J. Dovidio, P. Glick, & L. Rudman (Eds.), *On the nature of prejudice: Fifty years after Allport* (pp. 395-412). Cambridge, Mass.: Blackwell.
- Durrheim, K., Dixon, J., Tredoux, C., Eaton, L., Quayle, M., & Clack, B. (2011). Predicting support for racial transformation policies: Intergroup threat, racial prejudice, sense of group entitlement and strength of identification. *European Journal of Social Psychology*, 41, 23–41. doi: 10.1002/ejsp.723
- Eagly, A. H. & Diekmann, A. B. (2005). What is the Problem? Prejudice as an Attitude-in-Context. Em J. F. Dovidio, P. Glick, & L. A. Rudman (Eds.), *On the Nature of Prejudice - Fifty Years after Allport* (pp. 19-36). Blackwell Publishing.
- Effron, D. A. & Knowles, E. D. (2015). Entitativity and intergroup bias: How belonging to a cohesive group allows people to express their prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 234-253. doi: 10.1037/pspa0000020

- Effron, D. A., Miller, D. T., & Monin, B. (2012). Inventing racist roads not taken: The licensing effect of immoral counterfactual behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 916-932. doi:10.1037/a0030008
- Eurico, M. C. (2013). A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. *Serviço Social & Sociedade*, 114, 290-310. doi 10.1590/S0101-66282013000200005.
- Faerstein, E., Chor, D., Werneck, G. L., Lopes, C.S., & Kaplan, G. (2014). Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 81-87, 2014. doi: 10.1590/1809-4503201400060007
- Faro, A. & Pereira, M. E. (2011). Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16, 271-278. doi: 10.1590/S1413-294X2011000300009.
- Fernandes, F. (s/d). *Estudos Brasileiros*. Disponível em <http://www2.tvcultura.com.br/aloescola/estudosbrasileiros/casagrande/>
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fiocruz (2015). *Pense SUS*. Disponível em <http://pensesus.fiocruz.br>
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- França, D. X. & Monteiro, M. B. (2013). Social norms and the expression of prejudice: The development of aversive racism in childhood. *European Journal of Social Psychology*, 43, 263 – 271. doi: 10.1002/ejsp.196
- Francisco Junior, W. E. (2008) Educação anti-racista: reflexões e contribuições possíveis do ensino de ciências e de alguns pensadores. *Ciência & Educação (Bauru)* 14, 397-416. doi: 10.1590/S1516-73132008000300003
- Freyre, G. (2013). *Casa Grande & Senzala* (52 ed.). São Paulo: Global Editora.

Fundação Perseu Abramo. (2003). *Discriminação racial e preconceito de cor no Brasil*.

Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br>

Geledés. (2014). *Ministério da Saúde suspende campanha de Combate ao Racismo no*

SUS. Disponível em <http://www.geledes.org.br/ministerio-da-saude-suspende-campanha-de-combate-ao-racismo-no-sus/#axzz3QertuBNE>

Gibbons, F. X., Etcheverry, P. E., Stock, M. L., Gerrard, M., Weng, C.-Y., Kiviniemi,

M., & O'Hara, R. E. (2010). Exploring the link between racial discrimination and substance use: What mediates? What buffers? *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 785-801. doi:10.1037/a0019880

Gibbons, F. X., O'Hara, R. E., Stock, M. L., Gerrard, M., Weng, C.-Y., & Wills, T. A.

(2012). The erosive effects of racism: Reduced self-control mediates the relation between perceived racial discrimination and substance use in African American adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 1089-1104. doi:10.1037/a0027404

Goes, E. F. & Nascimento, E. R. (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de

acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 37, 571-579. doi: 10.1590/S0103-11042013000400004

Goff, P. A., Jackson, M. C., Di Leone, B. A. L., Culotta, C. M., & DiTomasso, N. A.

(2014). The essence of innocence: Consequences of dehumanizing Black children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106, 526-545. doi:10.1037/a003566

Goldenberg, A., Saguy, T., & Halperin, E. (2014). How group-based emotions are

shaped by collective emotions: Evidence for emotional transfer and emotional burden. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107, 581-596. doi: 10.1037/a0037462

- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., & Nosek, B. A. (2014). Statistically Small Effects of the Implicit Association Test Can Have Societally Large Effects. *Journal of Personality and Social Psychology* (Epub ahead of prin). doi: 10.1037/pspa0000016
- Guarnieri, F. V. & Melo-Silva, L. L. (2010). Perspectivas de estudantes em situação de vestibular sobre as cotas universitárias. *Psicologia & Sociedade*, 22, 486-498. doi: 10.1590/S0102-71822010000300009
- Guiotoku, S. K. , Moysés, S. T., Moysés, S. J. França, B. H. S., & Bisinelli, J. C. (2012). Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31, 135-141. doi: doi.org/10.1590/S1020-49892012000200007
- Haas, C. M. & Linhares, M. (2012). Políticas públicas de ações afirmativas para ingresso na educação superior se justificam no Brasil?. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 93, 836-863. doi 10.1590/S2176-66812012000400015.
- Hirschfeld, L. (1996). *Race in the making: Cognition, culture and the child's construction of human kinds*. Massachusetts: The MIT Press.
- Ho, A. K., Sidanius, J., Levin, D. T., & Banaji, M. R. (2011). Evidence for hypodescent and racial hierarchy in the categorization and perception of biracial individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 492-506. doi:10.1037/a0021562
- Hofbauer, A. (2011). Dominação e contrapoder: o candomblé no fogo cruzado entre construções e desconstruções de diferença e significado. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 5, 37-79. doi: 10.1590/S0103-33522011000100003.
- Holoien, D. S., Bergsieker, H. B., Shelton, J. N., & Alegre, J. M. (2015). Do you really understand? Achieving accuracy in interracial relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 76-92. doi: 10.1037/pspi0000003

- Horn, J. L. (1965). A rationale and technique for estimating the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/792/art%253A10.1007%252FBF02289447.pdf?auth66=1421633848_7a91b3cb8dcf38e256e70903b8ae9dd7&ext=.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Características Étnico-raciais da População um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008*. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/PCERP2008.pdf
- Ito, T. A., Friedman, N. P., Bartholow, B. D., Correll, J., Loersch, C., Altamirano, L. J., & Miyake, A. (2015). Toward a comprehensive understanding of executive cognitive function in implicit racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 187-218. doi: 10.1037/a00385571
- Jaccoud, L. & Beghin, N. (2002). *Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental*. Brasília: Ipea.
- Jodelet, D. (2001). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Jodelet, D. (2002). Representações sociais: um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Ed.). *As Representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Johnson, K. L., Freeman, J. B., & Pauker, K. (2012). Race is gendered: How covarying phenotypes and stereotypes bias sex categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 116-131. doi:10.1037/a0025335
- Jones, J. M. (1972). *Racismo e preconceito*. São Paulo: Edgard Blücher.

- Jovchelovitch, S. (2008). Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. Em: S. Jovchelovitch & P. Guareschi (Orgs.), *Textos em representações sociais* (31-59). Petrópolis: Vozes.
- Kalckmann, S., Santos, C. G., Batista, L. E., & Cruz, V. M. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade*, 16, 146-155. doi: 10.1590/S0104-12902007000200014
- Kawakami, K., Williams, A., Sidhu, D., Choma, B. L., Rodriguez-Bailón, R., Cañadas, E., . . . Hugenberg, K. (2014). An eye for the I: Preferential attention to the eyes of ingroup members. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107, 1-20. doi:10.1037/a0036838
- Kearney, L. & Malo, S. (2015). *Homenagens e protestos marcam Dia de Martin Luther King Jr. nos EUA*. Disponível em <http://br.reuters.com/article/worldNews/idBRKBN0KS20M20150119>
- Klauer, K. C., Hölzenbein, F., Calanchini, J., & Sherman, J. W. (2014). How malleable is categorization by race? Evidence for competitive category use in social categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107, 21-40. doi:10.1037/a0036609
- Kunstman, J. W., Plant, E. A., Zielaskowski, K., & LaCosse, J. (2013). Feeling in with the outgroup: Outgroup acceptance and the internalization of the motivation to respond without prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105, 443-457. doi:10.1037/a0033082
- Laguardia, J. (2006). No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. *Revista Estudos Feministas*, 14, 243-262. doi: 10.1590/S0104-026X2006000100013

- Lammers, J. & Stapel, D. A. (2011). Racist biases in legal decisions are reduced by a justice focus. *European Journal of Social Psychology*, 41, 375–387. doi: 10.1002/ejsp.783
- Leite, C. B. (1978). Sinpas: a nova estrutura da previdência social brasileira. *Revista de informação legislativa*, 15, 101-116. Disponível em <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181061/000361302.pdf?sequence=3>
- Lima, M. E. O. & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, 9, 401-411. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300002
- Lima, M. E. O. (2011). Preconceito. Em: L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Eds.). *Psicologia Social: temas e teorias* (pp. 451-502). Brasília: Technopolitik.
- Lima-Nunes, A. V. & Camino, L. (2011). Atitude políticoideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito racial? *Psicologia & Sociedade*, 23, 135-143. doi: 10.1590/S0102-71822011000100015
- Lima-Nunes, A. V., Lins, S. L. B., Camino, L., & Torres, A. R. R. (2010). Social insertion and racial prejudice: Distance from black people and socio-political variables. *Portuguese Journal of Social Science*, 9, 3-17. doi: 10.1386/pjss.9.1.3_1
- Lins, S. L. B., Lima-Nunes, A., & Camino, L. (2014). O papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, 26, 95-105. doi: 10.1590/S0102-71822014000100011
- Lopes, F. (2005). Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Em: Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade (9-48). Brasília: Funasa.

López, L. C. (2012). O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 16, 121 - 134. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004

Lowery, B. S. & Wout, D. A. (2010). When inequality matters: The effect of inequality frames on academic engagement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 956-966. doi:10.1037/a0017926

Lowery, B. S., Chow, R. M., Knowles, E. D., & Unzueta, M. M. (2012). Paying for positive group esteem: How inequity frames affect whites' responses to redistributive policies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 323-336. doi:10.1037/a0024598

Macpherson, W. (1999). *The Stephen Lawrence inquiry: report of an inquiry by Sir Willian Macperson*. London: Stationery Office, 1999.

Magalhães, B. (2014). *Fan Page oficial contra o racismo no SUS já está no ar. Curta e compartilhe!*. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/>

Maio, M.C. & Monteiro, S. (2005). Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12, 419-46. doi: 10.1590/S0104-59702005000200010

Maner, J. K., Miller, S. L., Moss, J. H., Leo, J. L., & Plant, E. A. (2012). Motivated social categorization: Fundamental motives enhance people's sensitivity to basic social categories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 70-83. doi:10.1037/a0028172

Martins, A. L. (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2473-2479. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100022

- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). Disponível em <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428/3027>
- Matta, G. C. (2010). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em C. F. Ponte & I. Falleiros (Eds.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história* (pp. 247 – 255). Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSJ.
- Miller, S. L., Maner, J. K., & Becker, D. V. (2010). Self-protective biases in group categorization: Threat cues shape the psychological boundary between “us” and “them”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 62-77. doi:10.1037/a0018086
- Ministério da Saúde. (1990). *ABC do SUS doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2011). *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* (3 ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
- Monteiro, S. (2005). *Contra a racialização do país*. Entrevista. Fio Cruz. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from_info_index=211&info_id=1054&sid=3
- Moreira, D. (2000). *Relatório de pesquisa: a reprodução do racismo no setor saúde: sobrevivência e cidadania em risco*. Belo Horizonte: Fundação MacArthur.
- Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Moscovici, S. (2009). Os ciganos entre perseguição e emancipação. *Sociedade e Estado*, 24, 653 – 678. doi: 10.1590/S0102-69922009000300003
- Moscovici, S. (2010). *Representações Sociais: Investigações em psicologia social* (7. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2011). *Psicologia das Minorias Ativas*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Mota, C. S. & Trad, L. A. B. (2011). A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde e Sociedade*, 20, 325-337. doi 10.1590/S0104-12902011000200006.
- Moubarac, J-C. (2013) Persisting problems related to race and ethnicity in public health and epidemiology research. *Revista de Saúde Pública*, 47,104-116.
- Munanga, K. (2010). Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. Cadernos Penesb – *Periódico do Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira (Especial curso EREB)*, n. 12, pp. 1-384. Disponível em <http://www.uff.br/penesb/images/publicacoes/LIVRO%20PENESB%2012.pdf>
- Nailon, T. & Valente, R. (2013). Feliciano volta a afirmar que africanos são amaldiçoados. *Folha de São Paulo Online*. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/102190-feliciano-volta-a-afirmar-que-africanos-sao-amaldicoados.shtml>
- Navas, M. S. (1998). Nuevos instrumentos de medida para el nuevo racismo. *Revista de Psicología Social*, 13, 233-239.

- Neel, R. & Shapiro, J. R. (2012). Is racial bias malleable? Whites' lay theories of racial bias predict divergent strategies for interracial interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 101-120. doi:10.1037/a0028237
- Nóbrega, S. M. & Coutinho, M. P. L. (2011). O teste de associação livre de palavras. Em Coutinho, M. P. L & Saraiva, E. R. A. (Eds.) *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-106). João Pessoa: Editora Universitária.
- Nóbrega, S. M., Coutinho, M. P. L., & Araújo, L. S. (2011). Software trideux – uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. Em Coutinho, M. P. L & Saraiva, E. R. A. (Eds.) *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 107-148). João Pessoa: Editora Universitária.
- Nóbrega, S. M. (2003). Sobre a Teoria das Representações Sociais. Em A. S. Moreira, P. & J. C. Jesuino (Orgs.), *Representações Sociais: teoria e prática* (2.ed. p.55-87). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Nogueira, S. G. (2013). Ideology of white racial supremacy: colonization and decolonization processes. *Psicologia & Sociedade*, 25, 23-32. doi: 10.1590/S0102-71822013000500004
- Oliveira, B. L. A., Thomaz, E. B. A. F., & Silva, R. A. (2014). Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1438-1452. doi: 10.1590/0102-311X00071413
- Oliveira, D. C., Sá, C. P., Santo, C. C. E., Gonçalves, T. C., & Gomes, A. M. T., (2011) Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas

públicos de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13, 30-41.
doi:10.5216/ree.v13i1.8981.

Oliveira, F. (2003). *Saúde da População Negra*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/0081.pdf>

Organização das Nações Unidas. (2001a). *Declaração e Programa de Ação adotados na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata*. Disponível em: <http://www.oas.org>

Organização das Nações Unidas. (2001b). *Subsídios para o debate sobre a política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade*. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2008). *Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento. Relatório sobre a reforma regulatória*. Disponível em <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2064390.PDF>

Oswald, F. L., Mitchell, G., Blanton, H., Jaccard, J., & Tetlock, P. E. (2013). Predicting ethnic and racial discrimination: A meta-analysis of IAT criterion studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105, 171-192.
doi:10.1037/a0032734

Paiva, I. A. A. (2005). Participação dos atores na construção dos projetos de Educação do Campo. Em *XII Congresso Brasileiro de Sociologia*, 2005, Belo Horizonte. Sociologia e realidade no século XXI. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia. Disponível em

http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=635&Itemid=171

- Paixão, M. J. P., Carvalho, E., Monçores, E., & Rossetto, I. (2014). *Tempo em Curso*, 6(9), 2-12. Disponível em <http://www.laeser.ie.ufrj.br/PT/tempo%20em%20curso/TEC%202014-09.pdf>.
- Paixão, M. J. P., Carvano, L. M. F., Oliveira, J. C., & Ervatti, L. R. (2005). Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. Em: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* (49-190). Brasília: Funasa.
- Pasquali, L. (2005). *Teoria de resposta ao item – TRI. Manual para iniciantes*. Brasília: INEP.
- Pena, S. D. J. (2005). Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12, 321-46. doi: 10.1590/S0104-59702005000200006
- Pereira, C., Torres, A. R. R., & Almeida, S. T. (2003). Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 95-107. doi: 10.1590/S0102-79722003000100010
- Pereira, M. E., Álvaro, J. L., Oliveira, A. C., & Dantas, G. S. (2011). Estereótipos e essencialização de brancos e negros: um estudo comparativo. *Psicologia & Sociedade*, 23, 144-153. doi: 10.1590/S0102-71822011000100016
- Pérez-Nebra, A. R. & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, Estereótipo e Discriminação. Em C. Torres & E. R. Neiva, *Psicologia Social: Principais temas e vertentes* (pp. 219-237). Porto Alegre: ArtMed.

- Perpétuo, I. H. O. (2000). Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda Reprodutiva. Em: *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu-MG.
- Phelan, J. E. & Rudman, L. A. (2010). Reactions to ethnic deviance: The role of backlash in racial stereotype maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 265-281. doi:10.1037/a0018304
- Phills, C. E., Kawakami, K., Tabi, E., Nadolny, D., & Inzlicht, M. (2011). Mind the gap: Increasing associations between the self and blacks with approach behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 197-210. doi:10.1037/a0022159
- Pinheiro, L., Fontoura, N. O., Querino, A. C., Bonetti, A., & Rosa, W. (2008). *Retrato das desigualdades de gênero e de raça*. (3. Ed). Brasília: Ipea.
- Pinto, I. R., Marques, J. M., Levine, J. M., & Abrams, D. (2010). Membership status and subjective group dynamics: Who triggers the black sheep effect? *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 107-119. doi:10.1037/a0018187
- Pires, A. M. L. T. (2010). El prejuicio racial en Brasil: medidas comparativas. *Psicologia & Sociedade*, 22, 32-42. doi: 10.1590/S0102-71822010000100005
- Pires, C. G. S. & Mussi, F. C. (2012). Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3): 580-589. doi: 10.1590/S0080-62342012000300008
- Pitanga, F.J.G., Lessa, I., Barbosa, P.J.B., Barbosa, S.J.O., Costa, M.C., & Lopes, A.S. (2010). Atividade física na prevenção de diabetes em etnia negra: quanto é necessário? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 697-704. doi: 10.1590/S0104-42302010000600021

- Plaut, V. C., Garnett, F. G., Buffardi, L. E., & Sanchez-Burks, J. (2011). "What about me?" Perceptions of exclusion and Whites' reactions to multiculturalism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 337-353. doi: 10.1037/a0022832
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento & Organização Panamericana de Saúde. (2001). *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Brasília: Pnud, Opas.
- Rattan, A. & Ambady, N. (2013). Diversity ideologies and intergroup relations: An examination of colorblindness and multiculturalism. *European Journal of Social Psychology*, 43, 12–21. doi: 10.1002/ejsp.1892
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2012). *Psicologia Social* (30 ed.). Petropolis: Vozes.
- Rodrigues, C. S. & Prado, M. A. M. (2010). Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o Estado brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, 22, 445-456. doi: 10.1590/S0102-71822010000300005
- Rodrigues, Q. P. (2009). *Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado Pré-natal e no parto*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia). Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp121122.pdf>
- Sá, C. P. (2007). As representações sociais na história recente e na atualidade da Psicologia Social. Em A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Eds.), *História da Psicologia: rumos e percursos* (587-602.). (2 ed.). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Sacramento, A. N., & Nascimento, E. R. (2011). Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1142-9. doi: 10.1590/S0080-62342011000500016

- Saguy, T., Chernyak-Hai, L., Andrighetto, L., & Bryson, J. (2013). When the powerful feels wronged: The legitimization effects of advantaged group members' sense of being accused for harboring racial or ethnic biases. *European Journal of Social Psychology*, 43, 292–298. doi: 10.1002/ejsp.1948
- Santos, A. B. S., Coelho, T. C. B., & Araújo, E. M. (2011). Racismo Institucional e informação em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35, 231 – 242.
- Santos, A. B. S., Coelho, T. C. B., & Araújo, E. M. (2013). Identificação racial e a produção da informação em saúde. *Interface (Botucatu)*, 17, 341-356. doi: 10.1590/S1414-32832013005000003.
- Santos, I. S., Ugá, M. A. D., & Porto, S. M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1431-1440. doi: 10.1590/S1413-81232008000500009.
- Santos, J. A. F. (2011). Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil. DADOS – *Revista de Ciências Sociais*, 54, 5-40. doi: 10.1590/S0011-52582011000100001
- Santos, J. E. & Santos, G. C. S. (2013) Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde em Debate*, 37, 563-570. doi: 10.1590/S0103-11042013000400003
- Santos, M. F. S. (2005). A teoria das Representações Sociais. Em M. F. S. Santos & L. M. Almeida (Eds.), *Diálogos com a teoria da representação social* (13-38). Recife: UFPE/Editora Universitária.
- Saraiva, E. R. A. (2010). *Violência contra idosos: Aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. (Tese de Doutorado).

Disponível

em

http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=936

- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisas documentais. Em Coutinho, M. P. L & Saraiva, E. R. A. (Eds.) *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 67-94). João Pessoa: Editora Universitária.
- Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26, 83-94. doi: 10.1590/S0102-71822014000100010
- Schwartz, R. S. (2001). Racial profiling in medical research. *N Engl J Med*, 344, 1392-1393.
- Shapiro, J. R., Williams, A. M., & Hambarchyan, M. (2013). Are all interventions created equal? A multi-threat approach to tailoring stereotype threat interventions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104, 277-288. doi:10.1037/a0030461
- Sherif, M. (1962). *Intergroup Relations and Leadership*. New York: John Wiley and Sons.
- Silva, S. J. A. (2008). *Combate ao racismo*. Brasília : Fundação Alexandre de Gusmão.
- Silveira, R. (2009). Do calundu ao candomblé. Em: Figueiredo, L. *Raízes africanas*. Rio de Janeiro: Sabin.
- Silveira, R. S. & Nardi, H. C. (2014). Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Psicologia & Sociedade*, 26, 14-24. doi: 10.1590/S0102-71822014000500003

- Silveira, R. S., Nardi, H. C., & Spindler, G. (2014). Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. *Psicologia & Sociedade*, 26, 323- 334. doi: 10.1590/S0102-71822014000200009
- Simon, C. (2011). *Caixa se explica após "branquear" Machado de Assis em comercial*. Revista Exame. Disponível em <http://exame.abril.com.br/marketing/noticias/caixa-se-explica-apos-branquear-machado-de-assis-em-comercial>
- Sinhoretto, J., Silvestre, G., & Schlittler, M. C. (2014). *Desigualdade Racial e Segurança Pública em São Paulo: Letalidade policial e prisões em flagrante. Sumário Executivo*. Disponível em <http://www.ufscar.br/gevac/>
- Sousa, J. F. (2010). *Direito Sanitário Moderno*. Joinville – SC: Clube de Autores.
- Souza, A. X. A. (2013). *Paternidade e maternidade na adolescência: Produção de saberes e sentidos compartilhados por Adolescentes*. (Tese de Doutorado). Disponível em <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/6960/1/arquivototal.pdf>
- Souza, A. X. A., Nobrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2012). Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 24, 588-596. doi: 10.1590/S0102-71822012000300012.
- Souza, E. H. A., Oliveira, P. A. P., Paegle, A. C., & Goes, P. S. A. (2012). Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2063-2070. doi: 10.1590/S1413-81232012000800017
- Spadoni, L. (2009). Por que é importante para a psicologia política estudar o direito? *Revista Psicologia Política*, 9, 215-222.

- Spink, M.J. (2008). Desvendando as teorias implícitas: Uma metodologia de análise das representações sociais. Em S. Jovchelovitch, & P. Guareschi (Orgs.), *Textos em representações sociais* (31-59). Petrópolis: Vozes.
- Sweney, M. (2009). Michelle Obama 'racist' picture that is topping Google Images removed. *The Guardian*. 25 November 2009. Retirado de: <http://www.guardian.co.uk/technology/2009/nov/25/michelle-obama-google-images-removed>
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate analysis*. Needham Heights: Allyn & Bacon, 2007.
- Tadmor, C. T., Hong, Y.-y., Chao, M. M., Wiruchnipawan, F., & Wang, W. (2012). Multicultural experiences reduce intergroup bias through epistemic unfreezing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 750-772. doi:10.1037/a0029719
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos e categorias sociais: estudos em Psicologia social*. Lisboa: Horizonte.
- Taquette, S. R. & Meirelles, Z. V. (2013). Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23, 129-142. doi: 10.1590/S0103-73312013000100008.
- Tavares, N. O., Oliveira, L. V., & Lages, S. R. C. (2013). A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde em Debate*, 37, 580-587. doi 10.1590/S0103-11042013000400005.
- Theodoro, M. (2009). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA.
- Theodoro, M. (2014). Relações Raciais, racismo e políticas públicas no Brasil Contemporâneo. *Revista de Estudos & Pesquisas sobre as Américas*, 8, 205-214.

- Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Richeson, J. A., & Galinsky, A. D. (2011). Perspective taking combats automatic expressions of racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 1027-1042. doi:10.1037/a0022308
- Tribunal Superior Eleitoral (2014). *Eleição: Eleições Gerais 2014 - 1º Turno - 05/10/2014. Abrangência: UF - Situação: Eleito - Cargo: Deputado Federal*. Disponível em <http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais-2014-resultado>
- Turner, J. C. (1985). Social categorization and the self-concept: A social cognitive theory of group behavior. In E.J. Lawler (Ed.), *Advances in group processes: Theory and research* (vol. 2, pp. 77-121). Greenwich: JAI Press.
- Turra, C. & Venturi, G. (1995). *Racismo cordial: a mais completa análise sobre preconceito de cor no Brasil*. São Paulo: África.
- Uhlmann, E. L., Zhu, L., & Diermeier, D. (2014) When actions speak volumes: The role of inferences about moral character in outrage over racial bigotry. *European Journal of Social Psychology*, 44, 23–29. doi: 10.1002/ejsp.1987
- Vala, J. (2010). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (8.ed., pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Van Dijk, T.A. (1998). Opinions and Ideologies in the Press. In: Bell, A. & Garrett, P. (Eds.) *Approaches to Media Discourse* (21-63). Oxford, Blackwell.
- Vergne, C. M. (2014). *A trama da besta: a construção cotidiana do genocídio do negro no Rio de Janeiro*. (Tese de Doutorado). Disponível em http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1012196_2014_completo.pdf

- Vorauer, J. D. & Sasaki, S. J. (2011). In the worst rather than the best of times: Effects of salient intergroup ideology in threatening intergroup interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 307-320. doi: 10.1037/a0023152
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da Violência 2014. Os Jovens do Brasil*. Rio de Janeiro: Flacso Brasil. Disponível em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf
- Waxman, S. R. (2010). Names will never hurt me? Naming and the development of racial and gender categories in preschool-aged children. *European Journal of Social Psychology*, 40, 593–610. doi: 10.1002/ejsp.732
- Werneck, J. (2005). Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. Em: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* (315-386). Brasília: Funasa.
- West, T. V., Magee, J. C., Gordon, S. H., & Gullett, L. (2014). A little similarity goes a long way: The effects of peripheral but self-revealing similarities on improving and sustaining interracial relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107, 81-100. doi:10.1037/a0036556
- Witzig, R. (1996). The Medicalization of race: scientific legitimization of a flawed social construct. *Annals of the Internal Medicine*, 125, 675-679. Disponível em: <http://www.annals.org/content/125/8/675.full.pdf+html>
- Wood, C.H. & Carvalho, J.A.M. (1994). Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 11, 3-15.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Disponível em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

- Zamora, M. H. R. N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24, 563-578. doi: 10.1590/S1984-02922012000300009.
- Zebrowitz, L. A., Kikuchi, M., & Fellous, J.-M. (2010). Facial resemblance to emotions: Group differences, impression effects, and race stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 175-189. doi:10.1037/a0017990

ANEXOS

ANEXO A – Instrumentos

ESCALA PERCEPÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SAÚDE – VERSÃO GERAL

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda **com que frequência cada acontecimento (dos que seguem) costuma ocorrer nos serviços de saúde.**

Não existem respostas certas ou erradas e não haverá nenhum dado que possa lhe identificar. Responda, marcando em cada linha um “x”, abaixo da coluna na qual consta a frequência com que cada evento ocorre.

Nº	Por ocasião de cuidados médicos, com que frequência cada acontecimento (dos que seguem) costuma ocorrer:	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1	Pessoas negras são tratadas com menos gentileza do que outras pessoas.					
2	Médicos agem como se pessoas negras não fossem inteligentes.					
3	Profissionais de enfermagem atuam como se tivessem medo de pessoas negras					
4	Recepcionistas ou atendentes agem como se fossem pessoas melhores do que as pessoas negras.					
5	Pessoas negras são tratadas com menos respeito do que as outras pessoas.					
6	Médicos agem como se tivessem medo de pessoas negras.					
7	Profissionais de enfermagem atuam como se fossem pessoas melhores do que as pessoas negras.					
8	Recepcionistas ou atendentes agem como se pessoas negras não fossem inteligentes.					
9	Pessoas negras são tratadas como se seu problema de saúde não tivesse importância.					
10	Médicos agem como se fossem pessoas melhores do que as pessoas negras.					
11	Profissionais de enfermagem atuam como se pessoas negras não fossem inteligentes.					
12	Recepcionistas ou atendentes agem como se tivessem medo de pessoas negras.					
13	Pessoas negras recebem serviços inferiores ao que as outras pessoas recebem.					

ESCALA PERCEPÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SAÚDE – VERSÃO PESSOAL

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda **por ocasião de cuidados médicos, com que frequência cada acontecimento ocorreu com você em função da cor de sua pele ou da sua raça.**

Responda, marcando em cada linha um “x”, abaixo da coluna na **qual consta a frequência com que cada evento ocorre.**

Nº	Por ocasião de <u>cuidados médicos</u> , com que frequência cada acontecimento <u>ocorreu com você em função da cor de sua pele ou da sua raça:</u>	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1	Foi tratado(a) com menos gentileza do que outras pessoas.					
2	O (A) médico(a) agiu como se você não fosse inteligente.					
3	O (A) profissional de enfermagem agiu como se tivesse medo de você					
4	O (A) recepcionista ou atendente agiu como se fosse uma pessoa melhor que você.					
5	Foi tratado(a) com menos respeito do que as outras pessoas.					
6	O (A) médico(a) agiu como se tivesse medo de você.					
7	O (A) profissional de enfermagem agiu como se fosse melhor que você.					
8	O (A) recepcionista ou atendente agiu como se você não fosse inteligente.					
9	Recebeu serviços inferiores ao que as outras pessoas receberam.					
10	O (A) médico(a) agiu como se fosse uma pessoa melhor que você.					
11	O (A) profissional de enfermagem agiu como se você não fosse inteligente.					
12	O (A) recepcionista ou atendente agiu como se tivesse medo de você.					
13	Foi tratado(a) como se seu problema de saúde não tivesse importância.					

QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

A sua colaboração é muito importante para o nosso estudo científico. Não é necessário que você se identifique. Deste modo, garantimos que o anonimato e a confidencialidade de suas respostas serão resguardados.

01. Idade: _____ anos .

02. Sexo: () Masculino () Feminino.

03. Cor/raça: () branca () preta () amarela () parda () indígena.

04. Naturalidade: _____ **04.A Cidade em que reside:** _____

05. Estado Civil: () casado () solteiro () união estável () divorciado () Outro.

06. Religião: () Católica () Protestante () Espírita () Budista () Matriz Africana _____ Outra. _____

07. Profissão: _____

08. Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental () Ensino Médio () Superior.

09. Renda familiar (soma dos rendimentos, como salário, investimentos, aluguéis, aposentadorias e/ou pensões de todos os membros da família no último mês): _____.

10. Quantas pessoas na família: ____.

11. Qual sua principal forma de acesso a serviços de saúde:

() Utilizo a rede pública, por meio dos serviços e encaminhamentos pelo Sistema Único de Saúde.

() Possuo plano de saúde.

() Faço consultas/exames particulares.

() Outro. _____

12. Com que frequência utiliza serviços de saúde:

() Semanal () Mensal () Semestral () Anual ().

Outro. _____.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas e Artes
Pós Graduação em Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ abaixo assinado (a), concordo em participar da pesquisa intitulada "RACISMO NO CONTEXTO DA SAÚDE: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLÓGICO". Pesquisa esta desenvolvida por Rosane de Sousa Miranda, Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Maria da Penha de Lima Coutinho.

Esta investigação tem por finalidade investigar o racismo nos atendimentos em saúde a partir da percepção dos seus usuários.

A pesquisadora, Rosane de Sousa Miranda, manterá sigilo absoluto sobre as informações coletadas através de formulários ou de entrevistas, as quais serão gravadas, assegurará o anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, além de me dar permissão de desistir, em qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo para mim.

Outrossim, fui informado(a) sobre os riscos e benefícios da pesquisa:

Riscos da pesquisa: Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Benefícios da pesquisa: Pretende-se lançar luz sobre as relações existentes entre racismo e saúde.

Desta forma almeja-se fomentar discussões sobre esta temática, frequentemente velada no contexto brasileiro.

Se me interessar posso receber os resultados da pesquisa quando forem publicados.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento e outra via será guardada pela pesquisadora e, em nenhuma circunstância, ele será dado a conhecer a outra pessoa.

Contato da Pesquisadora Rosane de Sousa Miranda:

Telefone (83)88168125, e-mail rosanesmiranda@gmail.com ou: UFPB - CCHLA Ambiente de Pesquisa 11.

Contato com o CEP – CCS/UFPB:

Telefone: 3216-7791. Endereço: Campus I – Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do (a) participante

Ou
Participante



Rosane de Sousa Miranda
Pesquisadora Responsável

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROJETO DE PESQUISA

Título: ANÁLISE DO RACISMO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO
PSICOSSOCIOLOGICO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03275512.7.0000.5188

Pesquisador: Rosane de Sousa Miranda

Instituição: Centro de Ciência da Saúde

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 110.642

Data da Relatoria: 25/09/2012

Apresentação do Projeto:

Ao longo dos anos foi sendo forjada no Brasil, a crença de que este é um povo misturado, que convive com suas diversidades na mais perfeita harmonia em uma democracia racial. No entanto, ao adentrar as relações que se estabelecem no cotidiano e nas instituições podem-se perceber disparidades e desigualdades, onde grupos minoritários são colocados à margem. Na realidade brasileira, tal fenômeno pode ser observado no campo da saúde, onde o Estado tem uma ineficiência acentuada para proporcionar serviços à população negra, que paulatinamente tem lutado por mais espaços. Face essas premissas é objetivo desta tese analisar a percepção de discriminação racial em saúde e apreender as representações sociais do racismo no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das elaborações de usuários de diferentes etnias. Para tanto será realizada uma pesquisa de campo de tipo descritivo e exploratório. Locus de pesquisa: locais públicos tais como praças e parques com grande circulação de pessoas. Critérios para Inclusão da amostra: (I) ter acima de 18 anos, (II) ser usuário de serviços de saúde do SUS (público ou privado) (III) aceitar participar da pesquisa. Instrumentos: Questionário biossociodemográfico; Escala Percepção das Práticas de Discriminação Racial em Saúde; Medida Geral de Racismo em Saúde; Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) com os estímulos: racismo, racismo em saúde, atendimento de saúde e SUS; Questão aberta: Segundo pesquisas realizadas no Brasil, o número de mulheres negras que recebe anestesia durante o parto é significativamente inferior ao número de mulheres brancas. Em sua opinião, por que isto ocorre? Procedimentos de Coleta: (I) ler o termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes (II) solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes; (III) entregar uma via do documento aos mesmos (IV) ler os instrumentos aos participantes e registrar suas respostas em uma única sessão, obedecendo a seguinte ordem: TALP, escalas, questão aberta e questionário sociodemográfico. Procedimentos de Análises: o questionário biossociodemográfico será processado por meio de estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão) e inferencial (qui-quadrado) utilizando-se o pacote estatístico PASW 18.0; As Escala Percepção das Práticas de Discriminação Racial em Saúde e a Medida Geral de Racismo em Saúde serão processadas por meio de estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão), análise fatorial e o exame do coeficiente Alfa de Cronbach e testes t realizados por meio do software PASW 18.0. Com os dados oriundos da TALP será processada a análise fatorial de correspondência por meio do programa computacional Trideux-mots. A questão aberta será submetida a análise lexical de conteúdo com o auxílio do software Alceste. Este estudo justifica-se pelo caráter sutil que as práticas de racismo assumem na sociedade brasileira, assim se defende que a teoria das representações sociais permite acessar as vicissitudes deste constructo junto aos usuários do SUS. Durante todo o estudo serão seguidos os pressupostos éticos necessários à realização de pesquisa com seres humanos, contidos na Resolução CNS 196/96.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticasccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

Amostra será de 210 indivíduos aleatoriamente escolhidos em local público.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção de discriminação racial em saúde e apreender as representações sociais do racismo no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das elaborações de usuários de diferentes etnias.

Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil sociodemográfico da amostra; 2. Comparar os índices de discriminação racial percebida com as variáveis: cor da pele, militância e não militância em movimentos negros; 3. Comparar os escores dos participantes nas duas escalas. Identificar as representações sociais, elaboradas pelos usuários, que emergem dos estímulos adotados (racismo, racismo em saúde, atendimento, SUS); 4. Distinguir os princípios organizadores das representações sociais apreendidas nas falas dos usuários do SUS, considerando nível de discriminação percebida, cor da pele, militância e não militância em movimentos negros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes do estudo ao responder aos instrumentos da pesquisa estarão expostos a situação próxima ao cotidiano. Portanto, os riscos são mínimos como um simples desconforto com as questões, não há riscos adicionais previstos.

Benefícios:

Os participantes contribuirão para aumentar a produção de conhecimento acerca do racismo em saúde no contexto brasileiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No que concerne aos objetivos da pesquisa e procedimentos de realização da mesma considera-se que são descritos de forma clara e concisa demonstrando que atende aos critérios da resolução do CNS 196/96.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considera-se que todos os termos necessários estão anexos ao protocolo, são adequados e atendem a orientação da resolução do CNS 196/96.

Recomendações:

Não há nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, salvo melhor juízo, recomenda-se ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- CCS, que de acordo com as atribuições definidas na Resolução do CNS 196/96 manifeste-se por considerar o protocolo de pesquisa aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: etica.ccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



JOÃO PESSOA, 28 de Setembro de 2012

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa

(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticasccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com