



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MARCELLE DE LYRA NOGUEIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DO SUS: UMA ANÁLISE A  
PARTIR DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA**

Recife

2018

MARCELLE DE LYRA NOGUEIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DO SUS: UMA ANÁLISE A  
PARTIR DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas como requisito parcial para obtenção do Título do Mestre.  
Linha de Pesquisa: Políticas Públicas. Participação Política, Geografia Política.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michelle Fernandez

Recife

2018

Catálogo na fonte  
Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

N778i Nogueira, Marcelle de Lyra.  
Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da população negra em um serviço terciário do SUS : uma análise a partir dos burocratas de nível de rua / Marcelle de Lyra Nogueira. – 2018.  
77 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Michelle Fernandez.

Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2018.

Inclui referências e apêndices.

1. Política pública. 2. Política de saúde. 3. Negros – Assistência médico-social. 4. Assistência à população – Negros. 5. Pessoas desabrigadas. 6. Burocracia. I. Fernandez, Michelle (Orientadora). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2018-219)

MARCELLE DE LYRA NOGUEIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DO SUS: UMA ANÁLISE A  
PARTIR DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA**

Aprovada em: 26/09/2018

BANCA EXAMINADORA

---

Profª. Drª. Michelle Fernandez de Oliveira (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profº Drº Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profª. Drª. Ana Claudia Rodrigues da Silva (Examinadora externa)

Universidade Federal de Pernambuco

A Guido e Gabriel,

Tomara possamos construir um mundo  
mais cidadão e mais fraterno!

## AGRADECIMENTOS

A minha gratidão não cabe em palavras. Ela é indescritível. Ela vem do passado, está no presente e permanecerá. Ela é conjugada em vários tempos. Ela é dinâmica. É processo e não para de crescer. Alimenta-se de emoções toda vez que me lembro das alegrias e das dores acumuladas na travessia entre a seleção e conclusão do mestrado.

A minha gratidão expressa sentimentos compartilhados, construídos coletivamente nas relações que marcaram meu cotidiano, sobretudo, nos últimos anos. Por isso, agradeço com muita alegria a todas as pessoas que me fortaleceram e me apoiaram na construção deste estudo.

Agradeço a Mario Guido, o companheirismo, a cumplicidade, o respeito, o estímulo, o abrigo acolhedor, o amor vivo e crescente.

Agradeço a Guido e a Gabriel, a paciência, a compreensão pelas ausências nos últimos meses e a possibilidade de exercer a mais sublime, intensa e desafiadora das experiências: ser mãe. Eles me motivam a melhorar todo dia.

Agradeço aos meus pais, Zé Nogueira com quem aprendi a sonhar e a D. Doró de quem herdei a coragem e a disposição para lutar pelos sonhos.

Agradeço aos meus irmãos: Agostinho, Claudia, Valeria (*in memoria*) Christianne e Nívea , a parceria para o enfrentamento das dificuldades que a vida nos impõem;

Agradeço a Myrtha pelo amor que construímos e as constantes reflexões sobre o mundo, as relações e os processos que nos desafiam diariamente. Em sua casa, também encontro o apoio e estímulo de Flavia e de Nanda.

Agradeço a Socorro, trabalhadora doméstica, pela tolerância e ajuda nos momentos em que eu precisava de recolhimento para produzir este estudo. Gratidão pelo socorro sempre presente e atento a mim e a minha família nos dias que estive ainda mais ocupada com tantas demandas e funções para realizar.

Agradeço minha grande amiga Enes Cruz, companheira fiel e incansável, sempre acreditando nas minhas possibilidades e me animando a superar os meus limites.

Agradeço a minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Michelle Fernandez pela paciência, dedicação, compartilhamento de saberes e as valiosas contribuições para adequação deste estudo.

Agradeço a todos(as) professores(as) e servidores(as) do Programa de Pós-Graduação Ciência Política da UFPE, envolvidos na formação dos mestrandos e na organização desse Programa,

especialmente ao Prof<sup>o</sup> Enivaldo Rocha, ao Prof<sup>o</sup> Erinaldo do Carmo e a Prof<sup>a</sup> Mariana Batista.

Agradeço a Prof<sup>a</sup> Ana Caludia Rodrigues, pela disposição para participar da banca de defesa e contribuir com seus conhecimentos para a ampliação de reflexões e o debate de um tema ainda pouco explorado na saúde: a questão racial.

Agradeço aos burocratas de nível de rua do COB que investiram um pouco do seu tempo para participar da pesquisa que hoje resulta nesta dissertação.

Agradeço as minhas colegas do Serviço Social, que afirmam a cada dia a categoria profissional e lutam para a construção de um atendimento universal, público e de qualidade. Muito obrigada Ivanilde, Verônica, Sandra, Juliana, Jacicleide, Dione, Edna, Cristiane, Isadora, Ilka, Sílvia, Érica, Alessandra, Carmen, Renata Jardim e Renata Severo. Com maior gratidão aquelas que ajudaram diretamente no desenvolvimento do mestrado: Enes, Aurora, Viviane, Marina e Luciana. Complemento com a querida Lena, secretária do Serviço Social pela sua generosidade para atender as nossas demandas.

Agradeço com infinito carinho aos colegas de turma do mestrado. Oh “Turma Linda!”. Especialmente a Márcia, nossa representante e as colegas-amigas Silvana, Aline Galindo, Ana Sá, Luciene, Aline Prazeres, Edilene, Aline Rocha, Pollyana, Afra, Cecília, Joelma, Elivânia, Edna, Gleisa, Tania, Rúbia, Rosário e Fabiana exemplos de mulheres valentes.

Agradeço o encontro feliz com Rosário de Fátima que se tornou importante parceira em todos os exercícios acadêmicos. Com ela aprendi mais e desenvolvi um forte sentimento de amizade e gratidão por isso.

Agradeço a Maria do Carmo pelas orientações, suporte emocional e disponibilidade para ajudar sempre.

Agradeço as minhas amigas Lianne, Claudeci, Eliane, Nilcivania, Nilcicleide, Raquel, e Moema, verdadeiras ANJAS a me protegerem.

Enfim, sou gratidão por tudo que vivi, até onde cheguei e pela vontade de seguir com “fé na vida, fé no homem.... fé no que virá”. Afinal, “nós podemos mais!”

## RESUMO

Esta pesquisa visou analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em um serviço terciário do SUS, focando na atuação dos burocratas de nível de rua. Ela buscou responder: como os burocratas de nível de rua, lotados no Centro Obstétrico de um hospital universitário, atuam na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Dada à natureza do fenômeno estudado e o tipo de análise de implementação adotado nesse estudo, o *bottom-up*, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo de caso guiado por abordagens qualitativas como estratégia de pesquisa descritiva-exploratória. As técnicas de análise de conteúdo, desenvolvidas por Bardin, foram utilizadas para tratamento das informações do banco de dados primário construído a partir das entrevistas semiestruturadas com os burocratas de nível de rua. Os principais achados da pesquisa indicam que os burocratas de nível de rua entrevistados, ainda, não reconhecerem a pertinência social das políticas de promoção da igualdade racial, desconhecem a PNSIPN e ainda não desenvolvem ações com o propósito de combater o racismo e promover a equidade racial no setor analisado, como estabelecido no referido marco legal. Foi verificado um vazio institucional entre o trajeto da formulação da PNSIPN e sua implementação. Ao final, são apresentadas algumas sugestões para implantação e implementação da PNSIPN no serviço analisado.

**Palavras-chave:** Políticas públicas. Implementação. Burocracia de nível de rua. Questão racial. Saúde população negra.

## **ABSTRACT**

This research aimed to analyze the implementation of the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) in a tertiary SUS service, focusing attention on the performance of street level bureaucrats. She sought to answer: How do the street level bureaucrats, crowded at the Obstetric Center of a university hospital, act in the implementation of the National Policy of Integral Health of the Black Population? Given the nature of the phenomenon studied and the type of implementation analysis adopted in this study, the button up, we opted for the development of a case study guided by qualitative approaches as a strategy of descriptive-exploratory research. The techniques of content analysis developed by Bardin were used to treat the information of the primary bank constructed from semi-structured interviews with street level bureaucrats. The main findings of the survey indicate that street-level bureaucrats interviewed do not yet recognize the social relevance of policies to promote racial equality, are ignorant of the PNSIPN and do not yet develop actions to combat racism and promote racial equity in the sector analyzed, as established in said legal framework. An institutional gap between the path of the PNSIPN formulation and its implementation was verified. At the end, some suggestions are presented for the implementation and implementation of PNSIPN in the analyzed service.

**Keywords:** Public policies. Implementation. Street-level bureaucracy. Racial issue.; Black population health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CF	Constituição Federal
CDS	Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COB	Serviço de Emergência Obstétrica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DFID	Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNB	Movimento Negro Brasileiro
MPF	Ministério Público Federal
MRF	Movimento Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
PNAD Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	Rede de Assistência a Saúde
SEPPIR	Secretaria de Promoção da Igualdade Racial
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

TCC Termos de Compromisso e Confidencialidade

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>POPULAÇÃO NEGRA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO RACIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Alguns indicadores sobre a situação da população negra na Contemporaneidade.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Recorte histórico sobre a intervenção pública para enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil Contemporâneo.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Políticas Públicas .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Implementação de Políticas Públicas .....</b>	<b>35</b>
<b>4.3</b>	<b>Burocratas de Nível de Rua .....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>Uma análise de implementação .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2</b>	<b>Métodos e técnicas de análise dos dados produzidos pela pesquisa empírica .....</b>	<b>50</b>
<b>5.3</b>	<b>Limitações do Método .....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
<b>6.1</b>	<b>Análise da implementação da PNSIPN em um serviço terciário do SUS segundo os Burocratas de Nível de Rua ...</b>	<b>53</b>
<b>6.1.1</b>	<b>Visão dos burocratas de nível de rua sobre a implementação de Políticas de Promoção de Igualdade Racial no Brasil .....</b>	<b>53</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Compreensão dos Burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN</b>	<b>56</b>
<b>6.1.3</b>	<b>Atividades desenvolvidas para enfrentamento do racismo e para promoção da equidade racial .....</b>	<b>57</b>
<b>6.1.4</b>	<b>Dificuldades para implementação da PNSIPN no COB</b>	

	segundo os burocratas de nível de rua .....	59
<b>6.2</b>	<b>Perspectivas sobre o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da População Negra no Centro Obstétrico de um serviço terciário do SUS: uma análise global .....</b>	<b>62</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA (BNR) .....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em um serviço terciário do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da burocracia de nível de rua é o propósito dessa dissertação. Para tanto, foram empreendidos esforços visando responder a seguinte questão: como os burocratas de nível de rua lotados no Centro Obstétrico de um hospital universitário atuam na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

As reflexões que alicerçaram tal questionamento e guiaram a busca por respostas levaram em consideração o fato da Carta Magna brasileira, promulgada em 1988, ter possibilitado avanços na incorporação da questão racial como objeto de intervenção do Estado ao reconhecer a diversidade cultural, disciplinar o racismo como crime, combater a discriminação racial, entre outras iniciativas. Assim como as mudanças que vêm sendo processadas no debate público, sobretudo desde os anos 2000, acerca das relações raciais, dos desenhos e das abrangências das políticas públicas voltadas para população negra no país (SILVA, 2013; THEODORO, 2014).

Tais mudanças foram impulsionadas por grupos de interesses nacionais, como o Movimento Negro Brasileiro (MNB), e, internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) que exigiam a inclusão do tema questão racial na agenda pública, bem como, a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas para o combate e/ou a mitigação das situações de racismo, discriminação racial e/ou das desigualdades de oportunidades verificadas entre negros e brancos no país (DIAZ, 2010; JACCOUD, 2008).

De fato, as desigualdades étnico-raciais vêm contribuindo para a produção de várias situações de vulnerabilidade e de exclusão social da população negra decorrentes de históricos processos discriminatórios instituídos no país com a escravidão, mas que ainda se manifestam na contemporaneidade. Tais situações de desigualdades, opressão e/ou dominação imposta a grupos populacionais específicos, como a população negra, vêm sendo alvo de duras críticas e analisadas por estudiosos e políticos, cujas reflexões desconstroem a “naturalização” das desigualdades raciais, evidenciando a urgência do envolvimento da ação do Estado para tal enfrentamento, através das políticas públicas (SILVA, 2014; BRASIL, 2011; GUIMARÃES,

2001; JACCOUD; BEGHIN, 2002).

Inicialmente, a universalização do acesso às políticas sociais de contingentes populacionais, compostos em sua maioria por negros, foi admitida como estratégia capaz de viabilizar as mudanças almeçadas na perspectiva de uma democracia racial. Progressivamente, as ampliações das coberturas das políticas sociais universais deixaram de ser reconhecidas como as únicas alternativas para se reduzir as desigualdades raciais, embora elas fossem reconhecidas como imprescindíveis para a promoção da equidade racial, sobretudo em um país com histórico de racialização da pobreza, como o Brasil. Dessa constatação, foram enfatizadas a necessidade de implementação de outras ações estatais como as políticas afirmativas, valorizativas e repressivas (JACCOUD, 2008).

No campo da saúde, a promulgação do SUS foi estratégica para a democratização das coberturas, para a universalização do acesso às ações de saúde e para o desenvolvimento de ações governamentais que promovessem mecanismos de “desracialização” dos perfis de morbi-mortalidade em termos de saúde pública (LOPEZ, 2012).

Firmado como um sistema de proteção social apoiado nos princípios constitucionais de cidadania, dignidade da pessoa humana, de igualdade e do repúdio ao racismo, o SUS possibilitou a cobertura de segmentos populacionais, anteriormente, marginalizados pela política pública de saúde, até então, vigente no país. Porém, à medida que a implementação do SUS foi se desenvolvendo, necessidades de ajustes foram identificadas, clamando por ações específicas mais compatíveis com as necessidades de cuidado dos diferentes grupos populacionais que passaram a incorporar o sistema público de saúde. Isto motivou, como forma de garantir a equidade da assistência, a implementação de ações específicas e focalizadas nos perfis dos diferentes grupos populacionais que passaram a ser assistidos pelo SUS, tais como: indígenas, populações dos campos e florestas, moradores de rua, ciganos, LGBT, quilombolas, negros, entre outros. Desde então, o SUS enfrenta “o desafio de manter sua diretriz de serviço universal e garantir a inserção de políticas diferenciadas” para contemplar a diversidade de necessidades de cuidado e atenção dos seus usuários (SILVA, 2013, p. 125).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é um exemplo desse desafio e visa “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2009). Porém, é razoável supor que a sua implementação vem se processando (ou não) por meio de diferentes ritmos e padrões nas diversas unidades do SUS,

sendo pertinente o monitoramento e a análise dos processos de materialização dos seus objetivos.

Afinal, tal qual, amplamente discutido pela literatura especializada, a implementação de políticas públicas não se reduz a simples execução de regras formais e nem se limita a procedimentos técnicos e administrativos. Antes, ela revela-se como processos dinâmicos, fortemente influenciados pela interação de um conjunto variado de fatores, circunstâncias e atores, por isso reconhecida também como uma das fases mais difíceis e críticas para a administração pública. Ou seja, “a ideia de implementação de política não pode ser restrita ao cumpra-se da política, nem ao pressuposto de que a decisão da autoridade pode ser automaticamente cumprida” (DALFIOR et al., 2015, p. 223).

Nesse sentido, a presente dissertação inscreve-se como um esforço explicativo a respeito da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em um serviço terciário do SUS focando na atuação dos burocratas de nível de rua que assistem gestantes de alto risco, no centro obstétrico de um hospital universitário. Dada a natureza do fenômeno estudado e o tipo de análise de implementação adotada nesse estudo, o *bottom-up*, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo de caso guiado por abordagens qualitativas como estratégia de pesquisa descritiva-exploratória.

A seleção de um hospital universitário para o desenvolvimento dessa pesquisa fundamentou-se no fato desse serviço ser estratégico na cadeia de cuidados progressivos do SUS, pois além da oferta de serviços especializados, tem como missão institucional a formação profissional e o desenvolvimento de tecnologias em saúde. Isto é, trata-se de um local onde duas políticas públicas: saúde e educação se desenvolvem e se integram na produção de serviços especializados e fundamentais para o campo da saúde pública e da formação profissional.

O desenvolvimento desse estudo também se justificou por seu pioneirismo no serviço analisado e pela possibilidade de geração de proposições alicerçadas em parâmetros técnico-científicos como suporte para a tomada de decisão institucional. Ou seja, buscou a produção de conhecimentos acerca da ação estatal quando da implementação de uma política pública, com foco na questão racial e no fortalecimento da equidade racial no âmbito do SUS, visando propor alterações e/ou reforçar processos instituídos na perspectiva de favorecer melhores resultados da ação pública.

Em adição, cabe ressaltar que a ONU proclamou em sua Assembleia Geral (Resolução n. 68/237), o período de 1º de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2024, como a Década

Internacional de Afrodescendentes, cujo tema é: “Povos Afrodescendentes: reconhecimento, justiça e desenvolvimento”, fato este que estimulou o desenvolvimento dessa pesquisa e a produção de reflexões críticas acerca da questão racial.

Enfim, as reflexões e análises que compõem esta dissertação foram organizadas e distribuídas em seis partes. A primeira se apresenta como esta Introdução. Integrando o primeiro capítulo são apresentadas considerações sobre a situação da população negra brasileira na contemporaneidade e um recorte histórico da intervenção pública para enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil contemporâneo. No segundo capítulo encontram-se reflexões sobre a PNSIPN. O terceiro capítulo apresenta aspectos teóricos sobre políticas públicas, implementação de políticas públicas e burocracia de nível de rua. O quarto capítulo volta-se para o detalhamento dos aspectos metodológicos da pesquisa de campo, realizada em Centro Obstétrico de um hospital público vinculado a rede de assistência à saúde do SUS. Os resultados de tal pesquisa de campo, produzidos a partir das evidências e da teoria exposta no referencial teórico, integraram o quinto capítulo. A última parte foi organizada com as conclusões emanadas da pesquisa de campo, bem como, com as proposições que podem auxiliar no aprimoramento do processo de implementação da PNSIPN no serviço do SUS, analisado nessa pesquisa.

## **2 POPULAÇÃO NEGRA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO RACIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

### **2.1 Alguns indicadores sobre a situação da população negra brasileira na Contemporaneidade**

Da população brasileira, 112,7 milhões declararam-se pardos e pretos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) - 2016, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse contingente populacional passou a representar 54,9 % da população brasileira, em 2016, e consagra o Brasil como o país que tem maior agrupamento nacional de negros fora da África e o segundo maior do mundo (ONU, 2001; IBGE, 2015).

Segundo dados do Censo 2010, o percentual de 38,5 % de pardos, declarados no Censo anterior, cresceu para 43,1 %, em 2010. No mesmo período, a proporção de pretos também subiu de 6,2% para 7,6%. Por outro lado, em 2010, 47,7% da população brasileira se autodeclarou da cor/raça branca, percentual menor do que registrado no Censo de 2000 que foi de 53,7% (IBGE, 2010).

Tais mudanças na distribuição da população brasileira, segundo cor ou raça, vêm sendo observadas desde o Censo de 1991 e podem estar associadas à forte investimento do MNB, no que se refere ao estímulo, à valorização e ao reconhecimento da identidade e da cultura afrodescendente, fazendo com que a nomenclatura “negra” deixasse de ser considerada ofensiva, passando a ser usada com “orgulho” pelos ativistas e por outros pretos e pardos, consequentemente (IBGE, 2010; DIAZ, 2010).

Em que pese à importância do reconhecimento e da valorização da identidade negra revelados nos registros de mudanças no perfil da distribuição da população, segundo a raça/cor, tais iniciativas não alcançaram a gênese e o desenvolvimento das situações de desigualdades que atravessam a questão racial no país (DIAZ, 2010).

Apesar dos 130 anos da abolição da escravatura no Brasil, uma extensa e periódica divulgação de indicadores socioeconômicos vêm demonstrando que a inserção social do negro na sociedade brasileira permanece como desafio, e que a democracia racial ainda se traduz como um ideário a ser conquistado (GUIMARAES, 2001; JACCOUD, 2008).

Com base nos dados Censo de 2010, um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica

Aplicada (IPEA) observou alterações no perfil da população brasileira, ao longo do século XX, e registrou que elas atingiram todas as regiões e todos os grupos sociais e raciais, mas em ritmo e forma diferenciada. Tal estudo também concluiu que a população negra predomina na população brasileira, é mais jovem, tem mais filhos, é mais pobre e está mais exposta à mortalidade por causas externas, especialmente homicídios quando comparada a população branca (IPEA, 2011).

Corroborando com tais afirmações, outros dados apresentados pelo Censo de 2010 traduzem em números as desvantagens dos negros quando comparados com os brancos. Ou seja, em relação aos aspectos socioeconômicos, os dados revelaram que, enquanto o percentual de analfabetos entre os brancos com 15 anos ou mais era de 5,9%, entre os negros esse valor atingiu 27,4%. Com relação à renda, os brancos têm renda 84,5% maior que pretos e 81,95% maior que pardos (IPEA, 2011).

No âmbito da saúde, as desvantagens da população negra também vêm sendo observadas. Nas últimas décadas, apesar das taxas de mortalidade na população em geral terem diminuído e aumentado à expectativa de vida, a população negra ainda apresenta altas taxas de morbi-mortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral (BRASIL, 2011).

As causas externas têm adquirido destaque em relação às principais causas de óbitos da população negra jovem. Os homicídios, por exemplo, figuram dentre as principais causas de óbito na raça/cor preta e parda; os acidentes de trânsito são a quarta causa mais comum de morte na população parda. Em 2012, a taxa específica (por 100 mil hab.) de homicídios de jovens negros foi mais de três vezes maior que a referida taxa de jovens brancos. Segundo notificações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 2012, das 21.513 vítimas de homicídios entre 15 a 29 anos notificadas, 71,5 % foram jovens negros. Se desconsiderarmos os casos com raça/cor não informada, essa porcentagem passa para 76,3% (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

Com relação à mortalidade materna, as causas prioritárias são: hipertensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia e as mulheres negras, as principais vítimas. De acordo com dados notificadas no SIM, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (BRASIL 2016).

Dos 39.123 óbitos infantis notificados em 2012, 45% foram de crianças negras e 41% de brancas; esta diferença é maior entre as mortes que ocorrem na primeira semana de vida, donde 47% são de crianças negras e 38% de brancas (Idem, 2016).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de hipertensão arterial autorreferida para a população brasileira no ano de 2013 foi de 21,4%. A prevalência de hipertensão arterial para brancos foi de 22,1%, para pretos 24,2% e pardos 20,0%. A hipertensão teve o maior risco de morte na população negra (pretos e pardos), em 2012 (PNS, 2013).

A prevalência de *diabetes mellitus* autorreferidas para a população brasileira, no ano de 2013, foi de 6,2%. A prevalência de *diabetes mellitus* para brancos foi de 6,7%, para pretos 7,2% e pardos 5,5%. Em 2012, as maiores taxas de mortalidade por diabetes ocorreram na população negra (pretas e pardas) (PNS, 2013).

Segundo relatório do IPEA (2011), em 2008, 96,2 % da população brasileira foi atendida no sistema nacional de saúde, composto por serviços públicos e privados. Nesse ano, 97,3 % da população branca recebeu algum atendimento nesse sistema, enquanto na população negra o índice de atendimento foi de 95,0%. “No que diz respeito especificamente aos atendimentos ofertados pelo SUS, a população negra representa 67 %, e a branca 47,2 % do público total atendido”. A maior parte dos atendimentos realizados no SUS destina-se a população de mais baixa renda e a população negra. Situação que apresenta indícios do quanto à população negra é “SUS-dependente” (IPEA, 2011, p. 23).

No entanto, isso não é suficiente para afirmar a pronta disponibilidade dos equipamentos públicos de saúde ao atendimento das demandas da população negra. No caso da saúde da mulher, por exemplo, as diferenças no acesso a serviços especializados, como exame clínico de mamas revela a manutenção das desigualdades entre as mulheres negras e brancas. Em 2008, o percentual de mulheres brancas com 40 anos ou mais que havia realizado exame de mamas, no período inferior a um ano, foi de 45,1%, e para aquelas que realizaram mamografia, foi de 40,2%. Com as mulheres negras, este percentual foi de 33,1% e 28,7 %, respectivamente (Idem, p. 23).

Em adição cabe ressaltar que o acesso ao serviço de saúde também se mostra como iniquidade a saúde da população negra. Segundo *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009- 2010*, a probabilidade de barreiras de acessos afetarem uma pessoa preta e parda era quase o dobro do que para uma pessoa branca. A probabilidade de não ser atendida pelo sistema de saúde, uma vez tendo procurado, de uma mulher preta e parda era 2,6 vezes superior à de um homem branco, no período 2009 a 2011 (BRASIL, 2011).

Os indicadores acima descritos reafirmam a estreita ligação entre o estado de saúde dos indivíduos e os determinantes econômicos, políticos, ambientais e socioculturais. Eles

também denunciam as situações de desigualdades, opressão e/ou dominação impostas a grupos populacionais específicos e envolvem a ação do Estado, por meio das políticas públicas (SILVA, 2013; BRASIL, 2011; GUIMARÃES, 2001; RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SAÚDE, 2011).

No caso brasileiro, segundo Jaccoud (2008, p. 63), “o desafio de construção de uma sociedade onde o Estado e as políticas beneficiem, de forma geral e abrangente, o conjunto da população, parece estar diretamente associado ao enfrentamento da ‘questão racial’”. Este entendimento vem sendo utilizado por grupos de pressão, principalmente, pelo MNB, levando o Estado brasileiro a incluir a questão racial na agenda pública e, conseqüentemente, a adotar políticas para o enfrentamento das situações de discriminação e desigualdades raciais, como poderá ser observado no recorte histórico apresentado a seguir.

## **2.2 Recorte histórico sobre a intervenção pública para enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil Contemporâneo**

No Brasil, o debate contemporâneo sobre a questão racial e a urgência de implementação de políticas públicas voltadas à inserção social da população negra desenvolveu-se, progressivamente. No fim da década de 70 e início dos anos 80, essas questões retomaram com maior força na cena política, num “contexto de crescente mobilização social voltada à retomada dos direitos civis e políticos e à demanda por maior justiça social” (JACCOUD, 2008; NEVES, 2008).

Nessa ocasião, esses temas adquiriram maior impulso graças aos investimentos dos movimentos sociais, sobretudo do MNB que, aproveitando a janela de oportunidades estabelecida pelo processo de redemocratização política instituída no país, passou por um lado, a denunciar a vigência do racismo como ideologia ativa e a discriminação como prática social sistemática e recorrente em diversos espaços públicos. Por outro lado, a reivindicar uma postura mais ativa do Poder Público diante dessas questões, exigindo a adoção de medidas específicas para o seu enfrentamento (JACCOUD, 2008; MOEHLECKE, 2002; NEVES, 2008; DIAZ, 2010; THEODORO, 2014).

Esse debate colocou em xeque o ideário da democracia racial brasileira que “correspondia a um dos códigos maiores do sentido dominante de nossa nacionalidade, entendida como assimilacionista, não segregacionista e, portanto, não racista” e estimulou mudanças no arcabouço jurídico-político nacional, a exemplo das alterações que se

desenvolveram na Constituição Federal (CF) de 1988, dentre outras ações destinadas à mitigação dos efeitos do racismo e das desigualdades raciais (MOYA; SILVERIO, 2009, p. 239).

No seu conjunto, a CF/88 possibilitou alguns avanços na incorporação da questão racial como objeto de intervenção estatal ao reconhecer a diversidade cultural, disciplinar o racismo como crime inafiançável e imprescritível, combater a discriminação racial e demarcar as terras quilombolas, para citar alguns exemplos (SILVA, 2014; THEODORO, 2014).

Segundo Gomes (2000, p. 3) as mudanças inscritas na Carta Magna de 1988 foram, além disso. Elas introduziram nova perspectiva para o papel do Estado à medida que: “O Estado abandona sua tradicional posição de neutralidade de mero espectador dos embates que se travam no campo da convivência entre homens e passa a atuar ativamente na busca da concretização da igualdade positivada nos textos”.

Portanto, além de proibir a discriminação racial, a implementação da CF/88 vislumbra a utilização de medidas que, efetivamente, promovam a igualdade material.

Ancoradas na CF/88, inicialmente, algumas iniciativas voltadas para a questão racial foram sendo instituídas e, gradativamente, expressas em heterogêneas formas de ações<sup>1</sup>. Essas experiências se disseminaram pelo país, orientadas, principalmente, para a intensificação do combate a discriminação e ao racismo, via sua criminalização e a promoção e valorização da cultura negra (GOMES, 2000; DIAZ, 2010; JACCOUD 2008, DALFON; FERES JÚNIOR; CAMPOS, 2013; BRASIL, 1988).

---

<sup>1</sup> Segundo Jaccoud e Beghin (2002), as diversas ações e/ou políticas de combate ao racismo e a discriminação em curso podem ser reconhecidas como temporárias ou permanentes e organizadas em três diferentes grupos de ações: Ações Repressivas, Ações Valorizativas e Ações Afirmativas. As *Ações Repressivas* seriam aquelas que se orientam contra comportamentos e condutas que prejudicam, explicitamente, certa pessoa ou um grupo de pessoas em decorrência de sua raça/cor, de caráter permanente objetivam combater o ato discriminatório (a discriminação direta) com fulcro na legislação criminal existente, como a Lei Caó. Essa legislação, Lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989, tornou a discriminação racial crime no país, e passou a definir como crime o ato de praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Também regulamenta o trecho da CF que torna inafiançável e imprescritível o crime de racismo, após dizer que todos são iguais sem discriminação de qualquer natureza. As *Ações Valorizativas* buscam o reconhecimento e a valorização da pluralidade étnica que marca a sociedade brasileira, destacando a importância da comunidade afro-brasileira para a história do país e sua, atual, contribuição na construção nacional. Elas afirmam os princípios da igualdade e da cidadania e desenvolvem-se nos campos da educação, da comunicação, da cultura e da justiça, têm caráter permanente e atingem situações de discriminação indireta. A Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008, estabelece as Diretrizes e Bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena" é um bom exemplo. Já as *Ações Afirmativas* (também conhecidas como *Políticas Compensatórias*) são dirigidas a segmentos da população negra e visam mais combater os resultados das práticas discriminatórias do que os atos concretos de discriminação. Isto é, elas têm caráter temporário e atuam, principalmente, nas expressões da discriminação indireta, sobretudo em situações reconhecidas como racismo institucional. Buscam promover e garantir a igualdade de oportunidade aos grupos mais vulneráveis a diferentes tipos de discriminação, como aquela referente à cor da pele/raça.

A partir de meados da década de 90, outras ações foram deflagradas pelo Governo Federal, como a criação do Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra (GTI), o que possibilitou maior aproximação do MNB com o Estado. A incumbência do GTI era responder as demandas apresentadas pela Marcha de Zumbi<sup>2</sup> expressas no documento: *Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial*, onde foi apresentado um diagnóstico da desigualdade racial e da prática de racismo, sobretudo nas áreas da saúde, da educação e do trabalho e, aonde foram reafirmadas as reivindicações por políticas de promoção de igualdade racial (LIMA, 2010).

Em 1996, o Ministério da Justiça organizou o seminário internacional “Multiculturalismo e Racismo: o papel da ação afirmativa nos Estados democráticos contemporâneos”, que contou com a participação de especialistas e estudiosos estrangeiros e brasileiros. Foi nesse evento que o governo brasileiro admitiu debater e analisar a viabilidade da formulação de políticas públicas de combate à discriminação racial, com ênfase nas políticas específicas para população negra, demarcando o início das discussões sobre as ações afirmativas no Brasil (JACCOUD, 2009, p. 34).

Nos anos seguintes, principalmente no início dos anos 2000, a luta pelo reconhecimento da questão racial e pela instituição de políticas públicas de promoção da igualdade racial, com ênfase nas ações de caráter afirmativo, ganhou mais espaço nas agendas nacionais e internacionais, sobretudo, após a *3ª Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância*, realizada em 2001, na cidade de Durban, África do Sul, na qual o Brasil teve grande destaque por ser um dos organizadores e por declarar compromissos em relação às ações afirmativas voltadas para a questão racial. Nesse contexto, as agências internacionais também passaram a orientar a adoção de tais medidas e a exigir do governo brasileiro o cumprimento dos acordos estabelecidos em documentos internacionais, nos quais o Brasil apresentava-se como signatário (LOPEZ, 2012; LIMA, 2010).

O maior momento de inflexão das políticas afirmativas voltadas para a igualdade racial foi registrado a partir de 2003, na gestão do governo Lula, sobretudo após a criação da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)<sup>3</sup> e da construção de um projeto mais

---

<sup>2</sup> A Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo e pela Cidadania e a Vida reuniu, em 1995, mais de 30 mil pessoas em Brasília. Foi uma estratégia usada pelo MNB e por outros segmentos da sociedade aliados na luta pela ampliação da democracia e para proporcionar destaque à temática racial, no cenário político nacional.

<sup>3</sup>A SEPPIR, criada em 21 de março de 2003, Dia Internacional pela Eliminação da Discriminação Racial foi transformada em Ministério, em fevereiro de 2008, revelando-se uma das mais importantes inflexões política e

estruturado de combate ao racismo, à discriminação e às desigualdades raciais. Nesse período, representantes do MNB passaram a ocupar lugares estratégicos, seja em cargos da burocracia estatal, seja nos espaços de controle social, e, assim, puderam atuar de maneira mais decisiva na formulação de políticas e dar mais visibilidade às suas reivindicações. Consequentemente, o projeto de combate ao racismo, à discriminação e às desigualdades raciais, só conseguiu medidas mais efetivas, em virtude, da articulação entre os ministérios, suas secretarias e órgãos do poder Executivo, assim como parcerias com governos estaduais e municipais, visando garantir a transversalidade da questão racial (LIMA, 2010; THEODORO, 2014; JACCOUD, 2008).

Uma das expressões desse esforço foi o lançamento do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2005. Esse programa foi desenvolvido através de parcerias estabelecidas entre o Ministério Público Federal (MPF), o Ministério da Saúde (MS), a SEPPIR, a OPAS, e o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID). Este último foi o agente financiador, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) atuou como agência responsável pela administração dos recursos alocados para o programa (WENERCK, 2016; LOPEZ, 2012).

Segundo Lopez (2012), o PCRI adotou o mesmo conceito de racismo institucional utilizado pelas agências internacionais apoiadoras desse programa e pela militância negra do Brasil nos seguintes termos:

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p. 22).

Como forma de monitoramento e avaliação das ações implementadas pelas políticas públicas, o PCRI realizou, em várias cidades brasileiras, Oficinas de Identificação e de Abordagens do Racismo Institucional. Os resultados das oficinas reafirmaram o que o MNB vinha denunciando há muitos anos: a existência de racismo, discriminação e preconceito de raça em diversos espaços públicos. Com relação às dimensões de práticas de racismo interpessoais, foram observados, entre outras expressões: o tratamento diferenciado e desigual entre brancos e negros nas relações de trabalho, a discriminação dos usuários em função do

seu pertencimento racial e a falta de conhecimento sobre diversidade e práticas culturais e religiosas. Já às expressões de racismo institucional foram observadas na ausência de normas, práticas e comportamentos que estimulem a equidade, na invisibilidade da diversidade e das desigualdades étnico-raciais nos diagnósticos dos programas das secretarias e serviços públicos (LOPEZ, 2012; CRI 2006; WERNECK, 2016).

Inicialmente, a atenção à saúde foi o principal foco de atuação do PCRI, uma vez que, os efeitos do racismo institucional foram reconhecidos nos serviços de saúde, denunciando que a efetivação da equidade, como princípio doutrinário do SUS, entendido como a oferta de tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais, com fins de superar diferenças de vulnerabilidades das populações, ainda, demandava muito investimento e atenção (KALCKMANN et al., 2007; SAMPAIO, 2003; LOPEZ, 2012).

Tais observações e destaques para práticas de racismo no âmbito do SUS foram reafirmadas, segundo Lopez (2012), com a divulgação das pesquisas realizadas por Leal; Gama; Cunha, em 2005, intitulada: Desigualdades raciais, sociodemográficas na assistência ao pré-natal e ao parto, e, por outra desenvolvida por Martins, em 2006, com o seguinte título: Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Esses trabalhos científicos tornaram-se referência nas redes de militância e combate ao racismo institucional no âmbito da saúde e estimularam, ainda mais, a elaboração de ações de combate ao racismo interpessoal e institucional. Eles serviram, também, como argumentos para a elaboração de uma política de saúde focalizada para população negra como forma de potencializar as ações do SUS. A PNSIPN, que foi formulada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP),<sup>4</sup> em parceria com a assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)<sup>5</sup> ambas do Ministério da Saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006 e instituída pelo MS, através da Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009.

Contudo, pode-se afirmar que a temática da questão racial se institucionalizou na agenda pública brasileira com a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288, de 20 de outubro de 2010.

Segundo Santos (2010, p. 147), o Estatuto da Igualdade Racial é o terceiro artigo que

---

<sup>4</sup> A SEGEP, no âmbito do MS, foi nos últimos anos, uma tentativa de construção de uma cultura política que possibilitou novos direitos de cidadania, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de ideias e saberes com valorização dos mecanismos de participação popular e controle social (ALMEIDA; SOUZA, 2011, p.197).

<sup>5</sup> O CTSPN instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1. 678/GM, de 13 de agosto de 2004, tem a finalidade de promover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS (BRASIL, 2009).

faltou à Lei Imperial nº 3.353, de 1888 que “aboliu” a escravidão no Brasil, mas não criou um único mecanismo de reparação pelos anos de escravidão criminosa da população negra africana e afrodescendente, ou outro mecanismo de promoção da igualdade racial. Com tal observação, o referido autor defende que a Lei da Abolição deveria ter sido incluída no artigo 1º da Lei nº 12.288, de 2010, nos seguintes termos:

Lei Imperial nº 3.353, de 1888, modificada pela Lei nº 12.288, de 2010.  
 Declara extinta a escravidão no Brasil e institui o Estatuto da Igualdade Racial.  
 Art. 1º.: É declarada extinta desde a data desta Lei a escravidão no Brasil.  
 Art. 2º.: Esta Lei institui o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a 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.

Gestado ao longo de uma década (2000 a 2010), o Projeto de Lei nº 3.198, de 2000 levou para a Câmara dos Deputados a pauta do Estatuto da Igualdade Racial, que passou por diversas modificações durante sua tramitação até a aprovação do texto final. No percurso de sua aprovação, mudanças na percepção sobre políticas de igualdade racial, como políticas específicas para população negra foram processadas. Ao final, consolidou-se um documento menos propositivo e menos impositivo do que o projeto inicial, porém muito importante para o enfrentamento das desigualdades raciais no país (SILVA, 2013).

Dentre as principais políticas estabelecidas nos 65 artigos do Estatuto da Igualdade Racial destacam-se aquelas voltadas para os avanços contra o preconceito racial; as que visam à efetivação do direito à educação, à cultura, esporte e lazer, à saúde, à liberdade de consciência e de crença, o acesso a terra; o acesso à moradia adequada; a dignidade de oportunidades no trabalho e aos meios de comunicação, a exemplo da PNSIPN (SANTOS, 2010).

Enfim, um conjunto de ações vem sendo desenvolvido pelo poder público em parceria com organismos internacionais e pela sociedade civil para o enfrentamento e/ou mitigação dos efeitos perversos das diferentes formas de expressão de racismo<sup>6</sup>, preconceito racial<sup>7</sup> e discriminação racial<sup>8</sup>, no país (BRASIL, 2010; SANTOS, 2010).

---

<sup>6</sup> O racismo é uma crença fundada no pressuposto da superioridade de um grupo racial sobre outro. Trata-se de uma ideologia que preconiza a hierarquização entre grupos raciais, justificando-se, assim, as diferenças de oportunidades e de acesso a bens e serviços entre grupos humanos com base na etnicidade. Para alguns estudiosos, o racismo é visto, também, como instrumento de luta e mecanismo de conquista e de manutenção de posições econômicas, sociais e políticas (SANTOS 2010; JACCOUD; BEGHIN, 2002; FERNANDES, 2017).

<sup>7</sup> O preconceito racial é uma crença pautada nas construções de ideias negativas produzidas a partir de um padrão instituído pelo próprio julgador e tende a atribuir a determinados grupos características ultrajantes. É, pois, uma avaliação desfavorável em relação a um indivíduo, a um grupo populacional e/ou a uma instituição assentada em generalizações estigmatizantes sobre a raça que é identificada (JACCOUD; BEGHIN, 2002; SANTOS, 2001).

<sup>8</sup> A discriminação racial é a manifestação concreta do racismo e do preconceito racial expressa através de

A PNSIPN que é um exemplo de estratégia de ação para promoção da equidade racial no âmbito do SUS, objeto de análise dessa dissertação, que será apresentada de forma mais detalhada no próximo capítulo.

---

comportamentos que prejudicam certas pessoas ou grupos populacionais em decorrência da cor da pele. “É toda e qualquer distinção, exclusão ou preferência racial que tenha por efeito anular a igualdade de oportunidade e de tratamento entre os indivíduos ou grupos” (JACCOURD; BEGHIN, 2002, p. 39).

### 3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Em 2006, o CNS aprovou a PNSIPN formulada pela SEGP do MS, em parceria com segmentos dos movimentos sociais. Porém, ela só foi instituída pelo MS, em 2009, por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio, e, em 2010, com a aprovação pelo Congresso Nacional do Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288/10, tal política deixou de ser um ato administrativo do Ministério da Saúde para se tornar lei federal (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Os princípios norteadores da referida política expressam os ideais de uma *policy communitiy* formada por atores sociais engajados historicamente, na luta pela democratização das relações sociais e políticas do país, dentre os quais se destacaram o MNB, o movimento de mulheres negras e vários estudiosos do campo da saúde coletiva. Tais princípios se alinham ao projeto solidário de nação perseguido pelo Movimento Reforma Sanitária (MRF) que sustentou e influenciou a formulação da PNS e se apoiam nos princípios constitucionais de cidadania, dignidade da pessoa humana, igualdade e do repúdio ao racismo, assim como no artigo 196 da CF/88 que afirma: “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, a PNSIPN expressa a opção, entre várias soluções possíveis, para a atuação ativa e afirmativa do Estado brasileiro, no sentido de mitigar os problemas de saúde da população negra, decorrentes das desigualdades sociais que atingem e determinam a forma como os negros nascem, vivem e morrem, no país (CORTES, 2014; LOPEZ, 2012; DIAZ, 2010; SILVA, 2007; SILVA, 2014; BRASIL, 2007; BRASIL, 1988; BRASIL, 2009).

A PNSIPN visa promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação racial nas instituições e nos serviços do SUS. Sua marca é o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vista à promoção da equidade em saúde. Estrategicamente, tal política se organiza a partir da conjunção de três dimensões interdependentes, complementares e interligadas que compõe a base de sua teoria causal, quais sejam: gestão, ensino e assistência (SILVA; SANTOS, 2017).

A primeira dimensão citada enfatiza a necessidade de uma maior *accountability*. Isto é,

o controle e a participação social foram reconhecidos como estratégias para o desenvolvimento de gestão democrática e participativa. Assim, os Comitês Técnicos de Saúde da População Negra e as Áreas Temáticas de Saúde da População Negra tornaram-se os lócus de gestão participativa nos serviços de saúde, revelando-se como colegiados consultivos mais apropriados para elaboração de propostas de ações, intervenções e estratégias intra e intersetoriais referentes à questão da equidade étnico-racial, com o propósito de auxiliar a gestão na implementação e monitoramento das ações da PNSIPN.

Tal dimensão fundamentou-se nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) que recomendou a criação de “comissões técnicas para estudo e avaliação da população negra com a participação da sociedade civil, objetivando a formulação e a definição de protocolos básicos de ação, conforme o Estatuto da Igualdade Racial” (BRASIL, 2017; BRASIL, 2004, p. 29).

A segunda dimensão aposta nos processos socioeducativos e de formação permanente como uma dimensão ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, por meio da integração ensino e/ou formação. Ao incluir temas referentes à saúde da população negra nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, nas agendas dos serviços e unidades do sistema nacional de saúde, nos processos de formação profissional e nas ações de informações aos usuários do SUS, se aposta na possibilidade de mudanças no comportamento de todos: gestores, burocracia implementadora e usuários do sistema. Com mais conhecimentos, as possibilidades para desconstrução de estigmas, de discriminações e de preconceitos raciais ampliam-se, criando, assim, melhores condições para implementação de ações com vista à equidade étnico-racial no âmbito do SUS.

Essa dimensão é, também, coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil, expresso no Art. 3º, inc. IV, da CF/88: “Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor e quaisquer outras formas de discriminação” (CORREIA, 2015, p. 24; BRASIL, 2017; BRASIL, 1988).

A terceira dimensão parte do princípio que a questão racial extrapola os tradicionais conceitos de raça, definido em termos de diferenças genéticas entre grupos. Ela assenta-se no entendimento da raça como um construto social, tal qual apresentado por Chor; Lima (2005, p. 1.587):

raça é um construto social que determina identidades, acesso a recursos e a valorização da sociedade. Assim, interagindo com outros marcadores de posição social (a exemplo: gênero, educação, renda), a raça contribui para maior ou menor exposição a diferentes riscos à Saúde.

Tal construto social, aliado a outros determinantes socioeconômicos e culturais, é também condicionante das disparidades das condições de saúde entre os diferentes grupos populacionais, o que demanda maior atenção com a equidade na instituição dos planos assistenciais. Essa dimensão tem fulcro nas pontuações apresentadas pela OMS e destacadas por Werneck (2016, p. 540):

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito de determinantes sociais de saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde. Nele, o racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde.

Segundo a referida autora, “há resultados de investigações brasileiras<sup>9</sup> que fornecem evidências de iniquidades (porque injustas e evitáveis) raciais em saúde” e reforçam a hipótese que além das desigualdades socioeconômicas e de gênero, a desigualdade racial merece atenção no âmbito da saúde. Chor (2013, p. 1.273) acrescenta o seguinte:

Esses três eixos podem atuar juntos, criando grupos especialmente expostos a riscos. Em muitos casos, a adversidade econômica será a explicação mais importante. Em outro, esse eixo não será suficiente e a compreensão do papel da raça e do gênero será indispensável para explicar o desfecho e contribuir para a elaboração de políticas públicas.

Enfim, a última dimensão citada reconhece que a promoção da saúde deve ser orientada a partir das especificidades que produzem mais desvantagens a grupos específicos, como o racismo e a discriminação racial para a população negra, exigindo a adoção de medidas diferenciadas para que a justiça e a intencionalidade dos sistemas sociais de fato aconteçam, com vista ao reconhecimento e a reparação dos danos condicionados por esses determinantes sociais (RINEHART, 2013; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 221).

No âmbito do MS, a SGEP tornou-se a responsável pela disseminação da PNSIPN, a sensibilização dos profissionais, o monitoramento, a avaliação e pelo apoio técnico às Secretarias de Saúde de estados e municípios; aos departamentos, às diferentes áreas e aos órgãos desse ministério e demais instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) os quais cabem à responsabilidade da implementação da referida política (BRASIL, 2009).

Assim, a implementação da PNSIPN vem sendo desenvolvida concomitante a um constante movimento de mudanças instituídas por via das reformas incrementais no Plano Nacional de Saúde e balizadas por Planos Operativos aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

---

<sup>9</sup> A exemplo dos dados apresentados no primeiro capítulo dessa dissertação.

O primeiro Plano Operativo foi correspondente ao período 2008-2011, o segundo Plano Operativo abrangeu o período 2013-2015 e o terceiro iniciou-se em 2017, com previsão de conclusão, em 2019. Segundo a Resolução nº 16, de 30 de março de 2017, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o terceiro plano da PNSIPN é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da política e da promoção da equidade em saúde desta população: I – Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde; II – Promoção e Vigilância em Saúde; III – Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra; IV – Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e V – Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra.

As responsabilidades para efetivação dos Planos Operativos são distribuídas entre os entes federados, mas eles precisam desenvolver suas ações de forma convergentes e com direção única para o enfrentamento dos problemas da população negra, conforme a lógica que fundamenta o SUS e os acordos pactuados na CIT. Nos artigos 5º, 6º e 7º e 8º do III Plano Operativo da PNSIPN, tais responsabilidades são apresentadas da seguinte maneira:

- Compete ao MS: I – apoiar a implementação do III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN nos Estados, Distrito Federal e Municípios; II – estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPN; e III – publicar Relatório Anual Sistematizado acerca da situação de saúde da população negra no Brasil.

- Compete à gestão estadual do SUS: I – articular a implementação das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no âmbito estadual e conduzir a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); II – promover a inclusão das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no Plano Estadual de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades estaduais/regionais.

- Compete à gestão municipal do SUS: I – articular a implementação das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no âmbito municipal; e, II – promover a inclusão das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no Plano Municipal de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais.

- À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as obrigações reservadas às gestões estadual e municipal do SUS.

Seguindo a lógica do SUS, as ações de enfrentamento dos problemas de saúde da população negra devem se desenvolver de forma articulada e integrada entre todo o sistema de saúde e envolver toda a sociedade nacional. As metas sanitárias da PNSIPN, dentre as quais a abordagem de iniquidades referentes à mortalidade materna, mortalidade infantil, AIDS, tuberculose e doença falciforme, devem atingir:

todas as áreas de organização do processo de cuidado em saúde: da atenção básica à alta complexidade, da atenção neonatal, infantil ao idoso, do homem e da mulher. Esta lógica de redução das iniquidades deve ser transversal no trabalho de cada instituição de saúde (COSTA, 2010, p. 104).

Sendo assim, a integralidade da assistência preconizada pelo SUS e pela PNSIPN vai além do cuidado à doença, projetando-se na prevenção e na promoção da saúde. Ela incorpora todos os níveis de cuidado e reconhece que a atenção básica nem sempre será suficiente para responder as necessidades de cuidado e de atenção à saúde, demandando ações de serviços mais especializados, como àquelas desenvolvidas em ambientes hospitalares, a exemplo do hospital universitário, onde essa pesquisa se desenvolveu. Os casos de gestação de alto risco que demandam atenção especializada, por exemplo, são encaminhados para serviços de tal porte, onde é desenvolvida a atenção correspondente às necessidades que não puderam ser acolhidas no território. Daí o investimento e estímulo à implementação da PNSIPN ser em todos os níveis de atenção do SUS.

Em suma, a formulação da PNSIPN representou um marco para a saúde pública brasileira, ao simbolizar, no âmbito do MS, o início de um desafio que é a implementação de uma política de promoção à saúde focada nas diferenças e diversidades étnico-raciais (BRASIL, 2005; FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Diante do exposto, este estudo dedicou-se a construir conhecimentos acerca do atual estágio de desenvolvimento da PNSIPN no Centro Obstétrico de um serviço terciário do SUS vinculado à Rede de Assistência a Saúde (RAS) do Estado de Pernambuco visando compreender como tal serviço vem se comportando frente a uma determinação maior, no processo de implementação da referida política pública.

Para a realização de uma análise factual, da referida experiência de implementação, foram consideradas tanto a perspectiva de análise de implementação *Top-down*, quanto a *Bottom-up*, porém esta última foi a principal referência para o desenvolvimento deste estudo. Sendo assim, a legislação, os objetivos, as diretrizes e os planos operativos da PNSIPN foram tomados como norteadores da implementação, mas o principal foco de atenção e base para as análises foram as atuais atividades desenvolvidas pela burocracia implementadora, no que se

refere, ao enfrentamento do racismo e à promoção da equidade racial. Enfim, buscou-se compreender o que, de fato, vem acontecendo naquele serviço, segundo os membros de sua equipe técnica.

Ademais, cabe ressaltar que as reflexões desenvolvidas neste estudo de caso têm assento na literatura produzida no campo de conhecimento da Ciência Política, sobretudo, no que se refere a aspectos teóricos sobre políticas públicas, implementação de políticas públicas e burocracia de nível de rua, cujas sínteses desses temas serão apresentadas no próximo capítulo.

## **4 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA**

### **4.1 Políticas Públicas**

As Políticas Públicas são descritas em múltiplas conceituações, nem sempre convergentes, que coexistem e que buscam cada uma a seu modo, analisar e explicar a realidade das ações do Estado.

Ao longo do tempo, os estudiosos da ação estatal desenvolveram suas análises com base em diferentes perspectivas: “a filosófica, a da ciência política, a da sociologia, a jurídica, a das ciências administrativas. A visão antropológica e a psicológica são, também, alternativas metodológicas” (SARAIVA, 2006, p. 21).

Dentre as diferentes interpretações a respeito das Políticas Públicas, Roncaratti e Fontenelle (2008), destacaram aquelas relacionadas à Dye, Lasswell, Jenkins, Anderson e Saraiva, organizando-as simplificadamente, em dois blocos. Quais sejam:

- Política Pública como respostas técnicas desenvolvidas por especialistas visando responder às várias demandas da sociedade. É opção do governo em fazer ou não fazer algo diante de um problema que lhe é apresentado.
- Política Pública como processo político dinâmico e contínuo, tensionado por diversos grupos de atores políticos o que gera redefinições nas ações governamentais de forma continuada, através de revisão e retração de acordo com o contexto no qual se desenvolvem.

Em que pese tal diversidade, as definições de Políticas Públicas guardam, entre si, componentes comuns ao definirem as suas principais características, tais como: institucional; decisório; comportamental e casual. Isto é, as diferentes definições assumem que as políticas públicas são elaboradas por autoridade legalmente instituída no âmbito de sua atuação e são, coletivamente, vinculantes. Elas representam um conjunto de decisões direcionadas a fins específicos e como resposta a um problema, estando vinculada à ação estatal e visam atingir os sistemas político e social (SARAIVA, 2006).

Além de contribuírem para a conceituação de Políticas Públicas, os pesquisadores dedicados a tal tema também buscaram explorar e compreender os processos políticos que as modelam e/ou as determinam, com vista a maior racionalização da ação Estatal.

Segundo Baptista e Rezende (2015), tais pesquisas intensificaram-se após a Segunda

Guerra Mundial, especialmente nos EUA e na Inglaterra, sendo o principal foco a busca de estratégias para reduzir riscos e ampliar as certezas nas tomadas de decisões do governo. Nesse contexto, a política pública passou a ser abordada a partir dos diferentes momentos de formulação e de desenvolvimento.

Analistas como Lasswell e Simon contribuíram para consolidação teórica deste campo de análise e do enfoque das fases das Políticas Públicas. Porém, seus estudos foram duramente criticados porque apresentavam uma lógica simples e linear do processo de construção e de desenvolvimento das Políticas Públicas. Em contrapartida, Lindblom propôs um modelo de análise que considerasse o poder e a interação entre as fases, afirmando que o “*processo político e decisório é um processo interativo e complexo, sem início e fim*” (LINDBLOM (1959) *apud* BAPTISTA; REZENDE (2015); BAPTISTA; REZENDE 2015, p. 224, grifo meu).

Segundo Viana (1996, p. 5), na década de 70, a busca por melhor compreensão da relação dos sistemas políticos e das relações que se estabelecem entre políticas públicas e política, de um lado, e entre governo e sociedade, de outro, exigiu esforço para o entendimento do funcionamento da máquina estatal, sendo o ponto e partida para essa análise a atenção de estudos empíricos direcionados para as

agências públicas "fazedoras de política"; nos atores participantes desse processo de "fazer" políticas; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por "fazer" políticas; das inter-relações entre essas variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo.

As análises de situações reais fundamentaram críticas, ressaltaram a importância de se reconhecer diferenças entre formulações e implementações, e apontaram que o ciclo da política traduzia-se numa dinâmica de constantes reformulações, jamais de “um mecanismo operativo perfeito” (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Contudo, a ideia das fases ou de ciclo não foi descartada. Nos anos 90, Howlett e Ramesh, descreveram as fases do processo das políticas públicas em cinco etapas: Montagem de Agenda; Formulação de política; Tomada de decisão política; Implementação da política e Avaliação da política (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Resumidamente, os referidos autores descreveram cada um dos respectivos estágios da seguinte maneira: **Montagem de agenda**, primeiro estágio do ciclo político-administrativo das políticas públicas, é o momento em que os problemas passam do *status* privado para o *status* público, ocupando a atenção governamental. Isto é, esse seria o momento no qual um tema/ problema entra na agenda oficial e inicia-se o processo da política pública. **Formulação**

**de política** refere-se ao processo de definição de estratégias para enfrentamento e solução dos problemas identificados como públicos e que passaram a ocupar a atenção governamental. Observa-se, nessa etapa, preocupação na identificação de restrições técnicas e políticas à ação do Estado, destacando-se o que é, ou não, viável. **Tomada de decisão política** consiste no momento em que uma, mais de uma, ou nenhuma das estratégias de enfrentamento identificadas na etapa anterior são aprovadas oficialmente. Trata-se, pois, de uma etapa, evidentemente política, na qual se pode alterar ou não, o *status quo*. É o momento da construção dos “acordos” que definirão quem “ganhará” ou “perderá” com a ação estatal. **Implementação da política** refere-se ao momento em que as decisões políticas são colocadas em prática (considerando os objetivos deste estudo, essa etapa será apresentada de forma mais detalhada no próximo tópico). A **Avaliação da política** é último estágio do ciclo das políticas públicas e busca avaliar como uma política está funcionando de fato, e registrar seus impactos quanto ao enfrentamento dos problemas aos quais se destina (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; RONCARANTTI; FONTENELLE, 2008).

Em suma, a ideia de ciclo da política ainda é recorrente nos estudos de política, persistindo no debate acadêmico como referência para análise dos processos de desenvolvimento das políticas públicas, apesar das críticas a tal modelo.

Essas críticas repousam na possibilidade desse modelo não ser adequadamente utilizado, ocasionando maiores chances de produção de avaliações fragmentadas e parciais, uma vez que, as fronteiras entre os estágios do ciclo político são tênues e de complexa delimitação. Contudo, se manejado de forma adequada, sua contribuição e importância são reconhecidas, pois favorecem a atenção específica para cada um desses estágios quando se pretende maior aproximação e conhecimento mais aprofundo a respeito dos mesmos, assim como melhorar a intervenção sobre o processo político (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Como essa dissertação foca na Implementação, é conveniente um pouco mais de reflexão sobre tal estágio. Sendo assim, a seguir, serão apresentadas algumas considerações sobre a Implementação de Políticas Públicas.

## **4.2 Implementação de Políticas Públicas**

Segundo Howlett, Ramash e Perl (2013), a implementação sucede à tomada de decisão e precede a avaliação, no ciclo político-administrativo das Políticas Públicas. Caracteriza-se como o lapso temporal no qual as decisões políticas são expressas em ações.

Em outras palavras, a implementação é a etapa do ciclo político-administrativo das Políticas Públicas, na qual determinada proposta de solução para enfrentamento de um, ou mais de um problema público é desenvolvida. Trata-se de um processo dinâmico e não linear, no qual as políticas formuladas entram em ação e são executadas. Este processo envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública, constituída pelo planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos indispensáveis para a execução de uma política. Mobiliza, portanto, grandes quantidades de recursos públicos e múltiplos agentes implementadores. Por isso, ela é considerada uma das etapas mais críticas e difíceis do ciclo das Políticas Públicas para a administração pública, sobretudo, porque é também uma etapa política, haja vista o que nela se observa um *continuum* processo de disputas por poder, recursos e controle das atividades (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; LOTTA, 2010; BAPTISTA; REZENDE, 2015; WU et al., 2014; SARAIVA, 2006).

Wu et al. (2014) alerta para os desafios circunscritos à implementação de políticas públicas destacando que formuladores de políticas nem sempre conseguem garantir as condições para sua implementação, ocasionando situações de possíveis fracassos ou de baixas expectativas quanto aos resultados projetados. Para ele, quanto mais alto o grau de interdependência entre os *stakeholders* envolvidos na formulação da política, maior a complexidade e o desafio de implementação para os gestores públicos.

Sendo assim, ele cita algumas das principais condições que podem trazer dificuldades para o processo de implementação. A primeira diz respeito à missão: as metas adotadas podem ser vagas dificultando a tradução de forma significativa em programas operacionais e intervenções. A segunda envolve a falta de apoio burocrático e político adequado para implementação. E por fim, a capacidade operacional que inclui: recursos humanos e financeiros, os procedimentos e disposições institucionais, assim como capacidades sociais e a capacidade de coordenação de rede. As primeiras esclarecem como os grupos sociais respondem as iniciativas da implementação e a última refere-se à capacidade de se trabalhar em conjunto para o alcance de resultado comum (WU et al., 2014).

Diante de tanta complexidade, a implementação despertou o interesse de estudiosos preocupados em saber o modo como às políticas aprovadas eram executadas. Esses analistas buscavam verificar se o desenho das políticas, os recursos destinados a sua execução e sua teoria causal modelavam a política e seus resultados, o que possibilitou à ampliação desse campo de pesquisa. Assim, diferentes pontos de vista e variadas estratégias metodológicas

foram desenvolvidas e possibilitaram importantes contribuições à literatura específica (OLIVEIRA, 2012).

O ponto de partida da maior parte dos primeiros estudos sobre implementação pautava-se na perspectiva “*policy-centred*” que considerava essa etapa como um processo sem problemas, no qual os burocratas estavam subordinados aos tomadores de decisões. Tal perspectiva, fortemente influenciada pela visão weberiana de burocracia, tornava a “política pública como um processo de determinação de objetivos e de tomadas de decisão racionais a partir da separação entre administradores e políticos”. Porém, à medida que as exigências sobre a efetividade das políticas públicas passaram a ser valorizadas, tal visão foi sendo questionada e alguns fatores foram reconhecidos como condicionantes do processo de implementação (LOTTA, 2010, p. 28).

A preocupação relacionada com as barreiras e os possíveis fracassos presentes nas implementações de políticas públicas tornou-se o foco dos primeiros estudos e o livro *Implementation*, de Pressman e Wildavsky, publicado em 1973, inaugurou o cenário de pesquisas sobre implementação. Eles indagavam: “como as grandes expectativas de Washington são frustradas em Oakland ou porque é espantoso que os programas federais funcionem...”. Nesse estudo de caso, os autores destacaram a complexidade da ação conjunta como principal fator de insucesso da implementação. “Os problemas de implementação eram ampliados não só pelos muitos atores, como pelos diversos pontos de decisão e de veto que deveriam ser comumente aprovados durante o processo”. Eles também observaram que as políticas poderiam apresentar instrumentos inadequados a seus propósitos (WINTER, 2010, p. 210).

Outros pesquisadores também podem ser identificados como pertencentes à primeira geração de pesquisas sobre implementação, tais como Erwin Hargrove, com sua obra *The Missing Link*, de 1975 e Eugene Bardach, que escreveu *Implementation Games*, em 1977. Ambos buscavam, a partir de pesquisas exploratórias, desenvolverem teorias sobre a implementação (Idem, 2010).

No início da década de 80, mais estudiosos dedicaram-se a construção de modelos teóricos e estruturas de análises capazes de guiar as pesquisas empíricas. Eles trouxeram novas perspectivas analíticas para melhor compreensão da implementação, incitando a tradicional visão pautada nos processos hierárquicos e projetando perspectivas mais otimistas à medida que acreditavam que em longo prazo os problemas iniciais da implementação seriam amenizados de forma geral e, o seu resultado seria fruto da interação entre diferentes atores.

“Em vez de tratar a implementação como a transmissão da política em uma série de ações consecutivas, as relações entre ações políticas precisam ser observadas como um processo de interação e negociação” (LOTTA, 2010, p. 132; WINTER, 2010).

Nesse contexto, pesquisadores como Gunn, Mazmanian e Sabatier passaram a reconhecer a implementação como parte contínua e integrante do processo político, envolvendo barganhas e negociações. A “perspectiva de negociação” por eles defendida, enfatizava os seguintes fatores como possíveis modeladores dos resultados da implementação: “as estruturas de interesse de poder, as relações entre atores participantes e agências e a natureza das interações que ocorriam no processo” (LOTTA, 2010, p. 30; WINTER, 2010).

Desse modo, ampliaram-se os estudos focados na implementação como processos que afetam e são afetados por vários atores. Atores que desempenham diferentes papéis nas definições de problemas e soluções, em determinados domínios da política pública. Por conseguinte, a burocracia (representada pelos servidores públicos assalariados), os políticos (tomadores de decisão com autoridade política e/ou administrativa) e os grupos-alvo (grupos cujo comportamento se espera alterar pela ação do governo) passaram a ser reconhecidos como os principais atores na implantação das políticas públicas (HOWLETT; RAMASH; PERL, 2013; WU et al., 2014).

Ao integrar atores e relações às análises de implementação buscou-se maior atenção às “diversas agências, instituições e pessoas envolvidas na implementação, e, portanto, as diversas pressões, valores, princípios e objetivos que entram em jogo” (LOTTA, 2010, p. 47). Ou seja, passou-se a valorizar as estruturas de poder, as relações entre atores participantes e agências e a natureza das interações que ocorriam no processo como variáveis com poder de moldar os resultados da implementação (LOTTA, 2010).

Corroborando com tais perspectivas Arretche (2001, p. 6) afirma que:

A diversidade de contextos de implementação pode fazer com que uma mesma regulamentação produza resultados inteiramente diversos em realidades diferentes. Ou seja, as instituições impactam as práticas, mas as ações, valores, referências e contextos dos indivíduos também impactam as instituições.

Enfim, a implementação passou a ser compreendida como processos dinâmicos, suscetíveis a incertezas e mudanças que podem distanciar seu desenvolvimento dos propósitos para os quais foram formulados. Nesse sentido, ela é mais bem explicada como um jogo entre implementadores, cujos papéis são negociados, podendo haver diferentes formas e tipos de adesão a seus objetivos e diretrizes (ARRETCHÉ, 2001; LOTTA, 2010).

Para melhor acompanhar e compreender a implementação, várias modelos de análises

foram desenvolvidos ao longo das últimas décadas. Dois modelos básicos de análise de implementação tornaram-se hegemônicos na literatura sobre implementação: o *Top-down* e o *Bottom-up*.

O modelo *top-down* propõe examinar o quanto das decisões do governo estão sendo, de fato, executadas e quais são os fatores subjacentes à efetivação da implementação, enfatizando a separação entre política e administração, focando no controle e na hierarquia. Portanto, ele procura identificar as causas dos problemas na implementação e sugerir formas de obter acordo entre as ações de execução e os objetivos da política.

O modelo *bottom-up* considera como *continuum* o processo de desenvolvimento de uma política e a implementação como um processo interativo de formulação, implementação, reformulação. Ele tem como pressuposto a ideia de que as políticas públicas originais são flexíveis e podem se ajustar as contingências nas quais são implementadas. Busca-se, portanto, o entendimento do que acontece na prática. Ou seja, compreender e reconhecer o desempenho da política, e, assim, identificar o que é possível num ambiente particular de implementação. Tal análise centra-se nos atores dos níveis organizacionais responsáveis pela implementação. Nessa abordagem a burocracia responsável pela implementação é reconhecida como uma variável explicativa, em virtude de duas facetas inter-relacionadas: o alto grau de discricção e a relativa autonomia em relação à autoridade organizacional (LOTTA, 2010, p. 19; LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Em suma, o campo de pesquisa sobre implementação é relativamente jovem e visa compreender como as políticas públicas são transformadas durante sua execução. Os estudos vêm identificando barreiras e/ou fatores que podem diminuir, ou aumentar as chances de sucesso de uma política pública. No cerne desses debates, os burocratas de nível de rua chamam atenção dos estudiosos devido a sua importância no processo de implementação e do papel capital na distribuição e/ou modelagem dos serviços públicos.

### **4.3 Burocratas de Nível de Rua**

Os estudos de Max Weber tornaram-se uma das principais referências sobre a burocracia nas Ciências Humanas. Ele entendia a burocracia como um fenômeno inerente ao surgimento do Estado que atingiu o ponto máximo de racionalidade na Idade Moderna (ARAÚJO FILHO, 2014).

O tipo ideal de burocracia, caracterizado por Weber, deveria ser pautado por regras racionais-legais, guiado pela impessoalidade e imparcialidade para garantir a eficiência e o pleno funcionamento da máquina administrativa. Também devia observar a hierarquia, a disciplina e a especialização, pois, para ele, a burocracia só tinha sentido como instrumento técnico e jamais como um agente elaborador de política. Dessa forma, os burocratas não deveriam ter margens para o uso da discricionariedade no desenvolvimento de suas ações (WEBER, 1971, p. 59; LOTTA, 2010, p. 34; ARAÚJO FILHO, 2014).

Na medida em que deve fidelidade a quem manda, a relação entre os políticos e os burocratas baseia-se na obediência, renúncia de valores e vontades pessoais por parte dos burocratas. As paixões e os valores, para Weber, são papéis do político, a quem cabe à responsabilidade pelas ações da burocracia (Idem).

Tais pressupostos foram criticados por estudiosos que sucederam Weber no campo de pesquisa sobre burocracia, tais como Merton e Etzioni. O primeiro chamava a atenção para o fato das funções técnicas serem desenvolvidas por pessoas potencialmente imperfeitas e o segundo reconhecia as fragilidades na “ordem burocrática” garantida por normatividades com reconhecidas vulnerabilidades. Os estudos desses autores possibilitaram avaliações mais próximas da realidade das burocracias, nem sempre identificadas com o modelo normativo weberiano. Tais pressupostos foram ainda mais estimulados, no início da década de 80, depois da publicação do livro *Street Level Bureaucracy* de Michael Lipsky (ARAÚJO FILHO, 2014; OLIVEIRA, 2012).

Em seus estudos, Lipsky (1980) analisou a atuação de burocratas como policiais, juízes, professores, educadores sociais, profissionais da saúde, dentre outros que estão na ponta e atuam diretamente junto aos beneficiários de uma determinada política. Esses atores, implementadores, foram identificados por Lipsky como burocratas de nível de rua, e reconhecidos como o elo que sustenta a relação mais próxima entre o Estado e a sociedade. Segundo o referido autor, ao exercer a discricionariedade nas decisões cotidianas relacionadas aos beneficiários dos serviços públicos, as ações individuais dos burocratas de rua tornam-se o comportamento da agência que representam. Devido à estreita relação entre a atuação dos burocratas de nível de rua e a implementação de políticas, Lipsky destacou o quanto a implementação é dependente desses burocratas, já que eles desempenham papel capital na forma como as políticas públicas se materializam, distinguindo-os como os verdadeiros formuladores das políticas públicas, como *politymarkers*. Nesse sentido, a discricionariedade desses atores ganhou destaque nos estudos e processos de análises de implementação (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2010).

Segundo Lotta (2010, p. 38), a discricionariiedade pode ser compreendida nos seguintes termos:

A discricionariiedade desses agentes está em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios e das sanções fornecidas por sua agência. Assim, mesmo que dimensões políticas oficiais moldem alguns padrões de decisão, bem como as normas comunitárias e administrativas, os agentes ainda conseguem ter autonomia para decidir como aplicá-las e inseri-las nas práticas da implementação. É, em parte, o exercício da discricionariiedade dos agentes implementadores que as políticas públicas são alteradas e reconstruídas.

Segundo Meier e O'Toole (2006) *apud* Lotta (2010, p. 38), nos estudos sobre a burocracia de nível de rua, foi observado que “onde existe a discricionariiedade estão presentes valores e referências individuais, que se tornam tão importantes quanto os valores das instituições”.

Dessa forma, pode-se considerar que o uso da discricionariiedade é balizado por valores, normas e elementos culturais decorrentes dos pertencimentos dos burocratas de nível de rua. Esses atores ao atuarem, tendem a agir segundo suas pré-concepções a respeito da pertinência da política pública a ser implementada e dos cidadãos-clientes, situando-os como, mais ou menos, mercedores dos benefícios oferecidos pelo Estado. Algumas vezes, eles não estão alinhados com as perspectivas e compreensões dos formuladores das políticas e acabam deixando de executá-las, tais quais planejadas e assim, não implementam as “ordens vindas de cima”. Consequentemente, é possível que atuem em desacordo com os objetivos expostos nas normas e nos regulamentos das políticas públicas (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2010; GUIMARÃES, 2018).

Portanto, é razoável supor que o exercício da discricionariiedade dos burocratas de nível de rua também contribui para instituições de categorias de elegibilidades diferentes das planejadas e/ou para o desenvolvimento de ações não previstas no processo de formulação da política pública, ainda que os burocratas de nível de rua estejam sujeitos a regras, regulamentos e diretrizes superiores ou às normas práticas de seu grupo ocupacional. Isso pode levar, em última instância a não execução da política e/ou sua alteração e assim, a mudanças tanto nos objetivos traçados no processo de formulação das políticas quanto nos produtos que serão entregues ao público-alvo. A falta de afinidade com os propósitos da política e/ou limitações dos mecanismos de incentivos ou de sanções capazes de constranger a ações dos burocratas são apontados como variáveis que também favorecem o uso da discricionariiedade (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2010).

Em adição, cabe ressaltar que Lipsky (1980) também alertou para o risco de arbitrariedade de certos burocratas quanto ao uso do poder, tanto na imposição de tratamentos

negligentes, quanto no abuso de disciplinamento. Enquanto outros estudiosos, segundo Guimarães (2018) dedicaram-se ao estudo da discricionariedade como *accountability* ou controle das ações desempenhadas pelas burocracias de rua. Assim, segundo Guimarães (2018, p. 29),

Essas discussões têm como pressuposto a associação entre as burocracias e valores não democráticos. Isto é, ao mesmo tempo em que se observa a contribuição da burocracia à governança, não se consegue clarear o papel e o lugar da discricionariedade da burocracia em termos de governança democrática na medida em que a burocracia não foi eleita democraticamente para fazer uso do poder (ELMORE, 1979). Nesse sentido, alguns autores buscam avançar no equilíbrio entre controle e discricionariedade, construindo modelos de coordenação associados à autonomia desses atores como Elmore (1979), Meier e O'Toole (2006).

Enfim, à medida que foram identificados como os principais responsáveis pela distribuição de benefícios, de sanções e pelas definições de proposições sobre a forma de acesso do público aos direitos e aos benefícios governamentais, os burocratas de nível de rua passaram a ser legitimados como atores centrais nos debates sobre implementação de políticas públicas. Segundo Lipsky (1980) isso acontece por dois motivos: primeiro porque a discussão sobre os limites e as possibilidades das políticas públicas é, de fato, o debate sobre o alcance das funções desenvolvidas pela burocracia de nível de rua, e, o segundo motivo diz respeito às polêmicas relacionadas com o impacto dessas atuações nas vidas dos cidadãos. Tais perspectivas afastam-se do ideal clássico de impessoalidade e do desvinculamento de tomadas de decisões amplamente discutido nos clássicos modelos de análises sobre Estado Moderno (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2010; GUIMARÃES, 2018).

Nos seus estudos, Lipsky (1980) também se dedicou a analisar algumas questões referentes às condições de trabalho dos burocratas de nível de rua. Primeiro, ele destacou a crônica inadequação dos recursos públicos disponibilizados para o desenvolvimento dos serviços, reconhecendo discrepâncias entre o imenso volume de trabalho sob as responsabilidades dos burocratas de nível de rua e a quantidade limitada de recursos para dar conta delas. Dentre os limitados recursos, ele citou: o baixo número de profissionais para acolher e responder as demandas e o tempo envolvido no atendimento das mesmas. Essas diferenças contribuem, segundo o referido autor, para simplificações no exercício das tarefas e na dificuldade de revisão e/ou criação de novas rotinas que possam qualificá-las, o que acaba favorecendo o desenvolvimento de práticas medíocres. Situação que se agrava porque os cidadãos usuários dos serviços são “clientes não voluntários e, assim, não têm como recorrer à concorrência”. Muitas críticas recaem sobre as burocracias implementadoras, porém sem observar o cenário que imputa a prestação de serviços aquém da qualidade esperada, como

lembrou Lipsky (1980). A busca pelo equilíbrio entre um atendimento sensível as necessidades individuais, específicas de cada cidadão e um atendimento imparcial, fiel à aplicação das normas pactuadas revela-se como um desafio para os agentes implementadores de políticas públicas (LIPSKY, 1980).

A segunda questão discutida por Lipsky (1980) diz respeito à relação oferta *versus* demanda de políticas públicas. Segundo o autor, quanto mais serviços são disponibilizados pelas agências implementadoras, maior a demanda por eles. Situação que tende a agravar-se ao longo do tempo, tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo, o que leva, muitas vezes, a burocracia de nível de rua a ficar presa num ciclo de mediocridade: quanto melhor o programa, maior a procura pelo serviço, o que força a agência implementadora a impor custos de acessos e/ou limitar o alcance do serviço. A terceira questão está associada à forma como os objetivos das políticas foram pactuados. Ela reflete, pois, dificuldades que não foram superadas no momento da formulação da política, mas que são transferidas para sua implementação. A falta de clareza dos objetivos relaciona-se com a dificuldade de saber quais mecanismos, estratégias e/ou instrumentos, mais adequados, para o enfrentamento dos problemas que a política visa superar. A imprecisão dos objetivos dificulta a avaliação do desempenho da burocracia de nível de rua, o que leva as agências a incorrerem em definições de performances politizadas. Apesar dessas dificuldades, os burocratas exercem suas funções tendo como referência os incentivos e as sanções que incidem sobre eles. Diante dessas incertezas, os burocratas de nível de rua acabam criando padrões de práticas que limitem a demanda, maximizem o uso dos recursos disponíveis e assegurem a conformidade dos clientes, seja modificando os conceitos de seus trabalhos, seja transformando o conceito de matéria-prima. Sobre isso, Lotta (2010) destaca que os burocratas ensinam aos clientes o papel de ser cliente, repassando procedimentos e a forma como devem se comportar.

Os argumentos apresentados pelos autores citados não deixam dúvidas quanto à importância de se analisar processos de implementação de políticas públicas, segundo a atuação da burocracia implementadora. Aliás, Lotta e Pavez (2009) ressaltam que é preciso, principalmente, focar mais atenção na atuação dos burocratas de nível de rua, quando a população-alvo das políticas é composta por indivíduos que apresentam acúmulos de históricas desvantagens de desigualdades sociais, como as mulheres, os negros, pobres, imigrantes, moradores de periferia, etc.

Afinal, segundo Pires (2017), em concordância com Lotta e Pavez (2009), o avanço dos estudos sobre multidimensionalidade da pobreza têm revelado que melhores condições de

equidade, dificilmente serão atingidas, apenas pela melhoria da distribuição de renda. “Uma pluralidade de formas de desigualdades (e não somente econômica) impõem barreiras que dificultam a ascensão social e a melhoria da qualidade de vida de segmentos socialmente vulneráveis ou tradicionalmente excluídos” (PIRES, 2017, p. 8).

Ao restringir o foco de observação para as políticas sociais, Pires (2017) acrescenta outras reflexões sobre a possibilidade de riscos nas iniciativas que buscam mitigar os efeitos da exclusão socioeconômica e a equalização dos patamares de cidadania. O primeiro risco diz respeito ao fato das políticas sociais serem insuficientes, subfinanciadas ou desarticuladas (não institucionalizadas como sistema de proteção), o que favorece a diminuição da cobertura, da qualidade e da efetividade dessas políticas na promoção dos efeitos de inclusão socioeconômica almejados. O segundo risco, relativamente, menos abordado pelos gestores e pela academia, refere-se às operações ordinárias da implementação dessas políticas, nas quais se observam a possibilidade de reprodução das desigualdades já existentes na sociedade.

“Enxerga-se nas práticas dos burocratas das linhas de frente possibilidades de desatenção, exclusão e discriminação no tratamento dos seguimentos da população, muitas vezes já submetidos a diferentes tipos de vulnerabilidades”. Assim, “para além de uma questão de insuficiência relativa (abrangência, financiamento, etc.)”, o segundo tipo de risco reforça um paradoxo: as próprias iniciativas formalmente desenhadas para reduzir desigualdades podem contribuir para a reprodução destas (PIRES, 2017, p. 7).

Todas essas questões exigem cuidados e estimulam reflexões avaliativas a respeito da forma como os serviços públicos organizam suas rotinas, como se dá a atuação dos agentes executores e as interações entre estes e os usuários das políticas públicas.

Com base nesses fundamentos teóricos, o presente estudo de caso dedicou-se a construir conhecimentos acerca do atual estágio de desenvolvimento da PNSIPN no Centro Obstétrico de um serviço terciário do SUS vinculado a RAS do Estado de Pernambuco visando compreender como esse serviço vem se comportando frente a uma determinação maior no processo de implementação da referida política pública, cujo propósito é a promoção da equidade racial no âmbito do SUS.

Para a realização de uma análise factual da referida experiência de implementação foram consideradas tanto a perspectiva de análise de implementação *Top-down* quanto a *Bottom-up*, porém esta última foi a principal referência para o desenvolvimento dessa pesquisa empírica. Sendo assim, a legislação, os objetivos, as diretrizes, e os planos operativos da PNSIPN foram tomados como norteadores da implementação, mas o principal foco de atenção e base das análises foram às atuações desenvolvidas pelos burocratas de nível de rua.

Trata-se de estudo pioneiro que visa maior aproximação com o processo de implementação da referida política a partir das perspectivas da burocracia implementadora e de oferecer subsídios para o aperfeiçoamento da ação institucional, no que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção da equidade racial em saúde. Os procedimentos metodológicos para realização deste estudo serão apresentados no capítulo seguinte.

## 5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 5.1 Uma análise de implementação

O presente estudo é fruto da realização de um estudo do caso que, segundo Yin (2001), é uma estratégia de pesquisa abrangente, e uma das muitas maneiras de se fazer pesquisa em Ciências Sociais, incluindo as disciplinas tradicionais (psicologia, sociologia, ciência política, antropologia, história e economia) e as áreas voltadas à prática, como planejamento urbano, administração pública, política pública, ciência da administração, trabalho social e educação.

O estudo de caso pode incluir tanto o estudo de um caso único, quanto de casos múltiplos e tem um lugar de destaque na pesquisa de avaliação, sobretudo, porque pode explicar os vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para as estratégias experimentais ou àquelas utilizadas em levantamentos (YIN, 2001).

A opção pela abordagem de estudo de caso foi abraçada porque ela se revelou como uma estratégia de pesquisa exploratória adequada tanto para o principal tipo de análise de implementação adotado nesse estudo, o *bottom-up*; quanto, e principalmente, para pergunta norteadora dessa pesquisa: **Como os burocratas de nível de rua, lotados no Centro Obstétrico de um hospital universitário, atuam na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?** Além de outras questões, de natureza mais específica, como o escopo desse exercício acadêmico.

Cabe salientar que a adoção de abordagens qualitativas completou as estratégias selecionadas para o referido esforço analítico, que se caracterizou como estudo de caso de caráter exploratório-descritivo, pautado em abordagens qualitativas. Segundo Richardson (1989) esses tipos de estudos são apropriados para analisar fenômenos que estão relacionados a diferentes variáveis, assim como para melhor compreensão de processos dinâmicos e a atuação dos atores neles envolvidos.

É importante destacar também, que, segundo Godoy (1995, p. 58), as abordagens qualitativas vêm se afirmando como uma frutífera possibilidade de investigação e possibilitando estratégias para pesquisas que visem à descoberta de novas informações e para a verificação e ampliação do conhecimento existente. Ela destaca também que a abordagem qualitativa “envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos

interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo”.

Elas apresentaram, portanto, perspectivas úteis e apropriadas aos propósitos desse estudo, que foi analisar a implementação da PNSIPN em um hospital universitário, segundo os burocratas de nível de rua. Assim como:

- Construir o perfil dos burocratas de nível de rua participantes da pesquisa; descrever como os burocratas de nível de rua avaliam a pertinência da formulação de políticas afirmativas para enfrentamento das desigualdades raciais no âmbito do SUS.
- Evidenciar os conhecimentos dos burocratas de nível de rua entrevistados a respeito da PNSIPN e mapear os canais que eles tiveram acesso a tal conhecimento.
- Elencar as atividades desenvolvidas pelos burocratas de nível de rua relacionadas aos objetivos da PNSIPN.
- Identificar, segundo a compreensão dos burocratas de nível de rua, os fatores que dificultam e/ou facilitam a implementação da PNSIPN.

Para materialização desse estudo, foi valorizado o contato direto com os burocratas de nível de rua, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas que se projetaram como principal fonte de coleta de dados dessa pesquisa de empírica. Tais entrevistas foram desenvolvidas no local de atuação dos burocratas de nível de rua participantes da pesquisa, o que possibilitou melhor aproximação com o contexto, no qual o fenômeno pesquisado se desenvolve e se manifesta nas interações cotidianas, nas atividades, procedimentos e serviços disponibilizados.

Como forma de validação do instrumental desenvolvido e para melhor organização das condições operacionais indispensáveis a realização das entrevistas, um pré-teste foi realizado. Isto é, inicialmente, foram realizadas duas entrevistas com burocratas de nível de rua escolhidos, aleatoriamente, entre os membros da equipe técnica do Centro Obstétrico para avaliar aspectos com relação à clareza, à pertinência e à organização das questões selecionadas, assim como, o manejo dos recursos de multimídia utilizados para gravação das entrevistas e a identificação de local apropriado para o desenvolvimento das entrevistas, de modo a garantir privacidade ao processo.

Os informantes-chave dessa pesquisa foram os profissionais de diferentes categorias que compõem a equipe multidisciplinar do centro obstétrico do hospital universitário, no qual esta pesquisa foi desenvolvida. Nos marcos deste estudo, eles são reconhecidos como

burocratas do nível de rua, nos termos defendidos por Lipsky (2010) porque produzem a assistência desenvolvida no setor, materializando (ou não) as ações previstas na formulação das políticas públicas.

Adotou-se como critérios de inclusão, o fato dos possíveis entrevistados serem membros da equipe multidisciplinar do referido centro, e apresentar vínculo institucional como servidor público e/ou empregado público e, portanto, guardarem a memória institucional. Por isso, outros profissionais e/ou estudantes (residentes, acadêmicos, estagiários, pesquisadores que apresentavam vínculo especial e/ou temporário com o serviço), no momento da pesquisa, não participaram da mesma.

Assim, a população deste estudo compreendeu os burocratas de nível de rua vinculados à instituição pesquisada que se disponibilizaram a participar da pesquisa após a apresentação dos seus objetivos, pela pesquisadora. O número de participantes da pesquisa foi definido por meio da saturação teórica, quando se constatou que elementos novos para subsidiar a teorização almejada, não seriam mais apreendidos porque as narrativas colhidas por meio das entrevistas denunciavam certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados. Dessa forma, o tamanho final da amostra foi de 8 (oito) entrevistas semiestruturadas com burocratas de nível de rua.

Participaram da pesquisa: um médico, dois técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dois assistentes sociais e um psicólogo. As entrevistas foram realizadas no período de 13/06 a 20/07 do corrente ano e apresentaram tempo de duração que variaram entre 06min7seg e 18min46seg. Todas as entrevistas foram transcritas e armazenadas para consultas.

Todos os entrevistados se reconhecem do sexo feminino. Três deles se autodeclararam brancos, quatro pardos e um preto. Todos são vinculados à instituição como empregados públicos e têm em média 2,4 anos de atuação no serviço pesquisado. Eles têm ao menos uma especialização, além do curso básico para o cargo que ocupam, sendo 11,8 anos o tempo médio de formação técnica e/ou graduação desses profissionais. Três deles fizeram especialização em uma das modalidades de residência (uniprofissional ou multiprofissional) oferecidas pelo mesmo hospital universitário, onde atuam no momento.

Por envolver seres humanos na realização da pesquisa, todas as recomendações da Resolução nº. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram adotadas. Assim, em março de 2018, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado, em maio de 2018, e registrado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE):

86378618.1.0000.5208.

Os Termos de Compromisso e Confidencialidade (TCC) foram igualmente observados, motivo pelo qual a pesquisa de campo só foi iniciada em junho de 2018 do corrente ano, e as entrevistas realizadas até julho de 2018, quando os dados coletados revelaram-se suficientes para conclusão do estudo. Nesse processo, a pesquisadora e sua orientadora cumpriram todas as diretrizes de direitos de seres humanos participantes de pesquisas, relativas ao sigilo de identificação; asseguraram a desistência do participante em qualquer etapa da abordagem; colocaram-se disponíveis para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento da pesquisa, e providenciaram local seguro para armazenamento dos dados pelo período de cinco anos após o término da pesquisa.

A escolha do Serviço de Emergência Obstétrica (COB) do hospital universitário como unidade de análise e lócus para desenvolvimento da pesquisa se deu pelos seguintes motivos:

- O COB é o único serviço do hospital universitário em questão que está articulado 24h por dia, nos sete dias da semana, com a Central Estadual de Leitos. Ele vem se consolidando como um dos principais serviços de referência para Gestação de Alto Risco e está vinculado a Secretaria de Saúde do Estado de PE, compondo a Rede Cegonha, uma estratégia do MS, articulada e pactuada na CIT.
- O COB desenvolve ações direcionadas, prioritariamente, para atenção à gestante de alto risco, reconhecida por Caldeyro- Barcia *apud* Brasil (2012, p. 11) como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe, e/ou do feto, e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. Aborda, portanto, um dos problemas de saúde pública que mais incide sobre a população negra: a mortalidade materna e uma das preocupações que motivaram a proposição da PNSIPN.
- O COB é um importante espaço de assistência e de formação profissional vinculado à Rede de Atenção à Saúde do SUS. Isto é, além de se inserir na rede de cuidados, é espaço para formação profissional, desenvolvimento e divulgação de tecnologias no campo da saúde. Sendo assim, é um serviço público estratégico para a implantação de políticas públicas inseridas na dinâmica do SUS, como a PNSIPN.

## **5.2 Métodos e técnicas de análise dos dados produzidos pela pesquisa empírica**

A Análise de Conteúdo foi utilizada para tratamento das informações do banco de dados primário construído a partir das entrevistas semiestruturadas com os burocratas de nível de rua. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que se desenvolvem por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, por isso reconhecida como adequada aos propósitos deste estudo.

Para a referida autora, a análise de conteúdo busca ultrapassar as incertezas de interpretações não generalizáveis e ir além das aparências, ela possibilita o estabelecimento de correspondências entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (condutas, atitudes e ideologias) dos enunciados. Enfim, ela visa à descoberta das relações entre o conteúdo das mensagens e os aspectos exteriores (BARDIN, 1977). Assim, procurou-se estabelecer correspondências entre as estruturas semânticas das respostas e as condutas, compreensões, atitudes e o uso da discricionariedade expressos pelo conjunto dos participantes da pesquisa.

Dentre as várias técnicas da análise de conteúdo, este estudo fez a opção pela Análise por Categorias. Segundo Bardin, “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero de critérios previamente definidos” (Idem, p. 119).

Seguindo tais recomendações, inicialmente foram desenvolvidas várias leituras dos dados coletados e na sequência foram realizadas operações para o desmembramento do conteúdo em unidades categóricas, por meio de processos de fragmentação e classificação dos conteúdos com base no referencial teórico e nos elementos trazidos pelos próprios entrevistados. Assim, foi possível reconhecer quatro subcategorias e uma categoria final. As subcategorias foram frutos das primeiras aproximações com os conteúdos latentes das entrevistas e deram sustentação para a categoria final que está diretamente vinculada aos objetivos da pesquisa em questão.

A seguir, quadro 1 com as categorias para análise dos conteúdos das entrevistas.

**Quadro 1** – Categorias para análise dos conteúdos das entrevistas

SUBCATEGORIAS	CATEGORIA FINAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão predominante dos Burocratas de nível de rua sobre a implementação de Políticas de Promoção de Igualdade Racial no Brasil.</li> <li>• Compreensão dos burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN.</li> <li>• Atividades desenvolvidas para enfrentamento do racismo e para promoção da equidade racial.</li> <li>• Dificuldades para implementação da PNSIPN no COB, segundo os burocratas de nível de rua.</li> </ul>	Perspectivas dos Burocratas de nível de rua acerca da implementação da PNSIPN no COB de um serviço terciário do SUS

**Fonte:** Elaboração própria.

O quadro 2, abaixo, identifica e relaciona as subcategorias de acordo com os conteúdos das mensagens dos entrevistados. A codificação foi feita da seguinte forma: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8 correspondentes as 8 entrevistas desenvolvidas com os burocratas de nível de rua.

**Quadro 2** – Codificação das Entrevistas

SUBCATEGORIAS	FONTES
Visão predominante dos burocratas de nível de rua sobre a implementação de Políticas de Promoção de Igualdade Racial no Brasil.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8
Compreensão dos burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN.	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8
Atividades desenvolvidas para enfrentamento do racismo e para promoção da equidade	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8

racial no COB.	
Dificuldades para implementação da PNSIPN no COB.	E1, E2, E4, E5, E6, E7

**Fonte:** Elaboração própria.

Os conteúdos expostos pelos burocratas de nível de rua durante as entrevistas, organizados pelas quatro categorias acima citadas, e o resultado analítico da junção dessas subcategorias possibilitaram o desenvolvimento de uma análise mais específica, que no diz respeito à atuação dos burocratas de nível de rua na implementação da PNSIPN, no COB de um serviço terciário do SUS. As observações e análises desenvolvidas a tal respeito serão apresentadas no próximo capítulo.

### **5.3 Limitações do Método**

Trata-se em um esforço analítico que busca contribuir com o debate acerca da implementação de políticas com recorte racial na instituição pesquisada, sem jamais esgotar todas as dimensões reflexivas que o tema exige. Para tanto, é necessário à continuidade de estudos de outras ordens e diferentes dimensões teórico-metodológicas, que possam, inclusive, envolver mais atores e outras instâncias e perspectivas da burocracia pública.

## **6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

As análises qualitativas apresentadas a seguir foram desenvolvidas a partir da escuta dos áudios e de várias leituras das transcrições das entrevistas semiestruturadas, por meio das quais foi possível a livre manifestação e o uso da palavra pelos burocratas de nível de rua participantes da pesquisa para exposição de suas ideias e compreensões acerca dos temas selecionados.

Após leitura geral do material eleito para a análise, foram organizados agrupamentos dos conteúdos das respostas segundo critérios definidos pela técnica de categorização proposta por Bardin (1977) e, finalmente, realizada inferências e interpretações dos achados na pesquisa empírica a partir do referencial teórico apresentado neste estudo e dos acúmulos teórico-práticos desenvolvidos pela pesquisadora quando de sua atuação, há quase 15 anos, como servidora pública vinculada ao SUS.

### **6.1 Análise da implementação da PNSIPN em um serviço terciário do SUS segundo os Burocratas de Nível de Rua**

Nesta primeira parte, serão sistematizadas as reflexões desenvolvidas a partir das considerações apresentadas pelos burocratas de nível de rua entrevistados e organizadas nas seguintes subcategorias de análise de conteúdo: visão predominante dos burocratas de nível de rua sobre implementação das Políticas de Promoção de Igualdade Racial; conhecimentos acumulados pelos burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN; atividades desenvolvidas para enfrentamento do racismo e para promoção da equidade racial no COB; dificuldades para implementação da PNSIPN no COB.

#### **6.1.1 Visão dos burocratas de nível de rua sobre a implementação de Políticas de Promoção de Igualdade Racial no Brasil**

Tal subcategoria fundamenta-se nos argumentos apresentados por Lipsky (1980) ao destacar que, muitas vezes, os burocratas de nível de rua não compartilham as mesmas perspectivas e preferências dos formuladores das políticas, de modo a exercer possíveis resistências as “ordens vindas de cima” e agirem de forma discricionária, remodelando, ajustando ou, não executando as ações previstas nos planos operativos das políticas públicas.

Sendo assim, é possível que atuem em discordância com os objetivos declarados nas normas pactuadas e regulamentadas de uma determinada política. Enfim, é provável que sejam reconhecidas diferentes práticas e/ou variados entendimentos entre os burocratas de nível de rua lotados num mesmo serviço a respeito da implementação de uma dada política a que poderá contribuir para resultados diferentes dos almejados.

Quanto aos achados identificados nesse EC, observou-se que não há unanimidade de entendimentos entre os burocratas de nível de rua acerca da implementação de políticas de promoção da igualdade racial no Brasil. Dos oito entrevistados, dois discordaram da sua implementação, três revelaram desconhecimentos a tal respeito e três concordam com sua implementação.

Abaixo são apresentadas narrativas que expressam posicionamentos desfavoráveis à implementação de políticas de afirmativas que visam à promoção da igualdade racial.

Assim, eu até concordo com as políticas, porém a minha visão é meio por que... Se há essa política é porque há o racismo, mas eu acho, na minha concepção, que nem deveria existir. Porque desde que foi criada, eu achei essas políticas voltadas para, por exemplo, cotas para negros, eu acho que aí já entra o racismo na mente de muitas pessoas. Por que o negro, ele tem que ser. Assim, eu não tenho nenhum tipo de racismo, então eu acho que isso não deveria nem existir, porque a partir do momento que existe, aí já cria isso na cabeça de algumas pessoas de ver de forma diferente. Assim, no meu entendimento, então eu acho que não deveria nem existir porque, eu acho assim, a cota deveria ser para todos. Eu acho que deveria ser diferente, usar essas cotas para outras coisas e não para racismo de negro. Acho que isso aí eu não concordo. Mas assim, entendo que deve haver as políticas por questões de algumas cabeças de algumas cabeças pensantes diferentes, né?...“Eu penso assim, se o que vem de lá de cima das leis já vem com esse pensamento, os pequeninhos que só estão recebendo, talvez não tenha a mesma mente aberta para aceitar, tá entendendo?” (E2, 2018 [sic]).

Primeiro que... Assim, eu já acho que quando você volta uma coisa para um determinado público, você já está isolando ele dos demais. Porque, na verdade, acho que deveriam ser todos tivessem a mesma participação, o mesmo direito, né? Então quando você diz "cota para isso, cota para branco, cota para preto" você já está separando. Então não é uma coisa igualitária. [...] Não, eu não concordo, justamente por conta disso, né? Porque você está isolando aquilo ali. Quando você faz cota para o negro entrar na faculdade, ou cota para negro ter uma quantidade de vaga de trabalho em concurso público, ele não tem capacidade de entrar como os outros? (E4, 2018 [sic]).

Tais expressões desconsideram as dimensões históricas, políticas, econômicas, sociais e culturais que determinam a questão racial e restringem as diferenças observadas entre brancos e negros às variáveis socioeconômicas, apenas. Quando eles admitiram a existência de práticas racistas e a discriminação racial, associam-nas a problemas circunscritos à esfera privada, não sendo reconhecida a urgência da adoção de medidas de natureza pública e coletiva, diferentemente dos formuladores das políticas de promoção da igualdade racial.

Já outros burocratas entrevistados alegaram desconhecer total, ou parcialmente as políticas de promoção da igualdade racial. Eles revelaram expressões que sugerem pouco investimento na clivagem racial da saúde, no seu processo de formação, e denotam dúvidas quanto à pertinência do destaque dado a variável raça/cor nas políticas afirmativas, como pode ser observado nas transcrições dos seguintes depoimentos:

Olha, eu confesso que eu tenho desconhecimento sobre a política de igualdade racial. Por conta própria eu procurei fazer um curso no UNA-SUS para conhecer um pouquinho mais, consegui fazer a inscrição, mas pela questão da demanda de trabalho, ainda não consegui iniciar. Então, ainda, para mim, é um tema desconhecido, infelizmente. Apesar de ter o interesse, por me identificar como uma pessoa negra tenho o interesse de conhecer um pouquinho mais. Mas para mim ainda é desconhecido (E3, 2018 [sic]).

Assim, já quando você estava lendo pra mim a questão do termo de consentimento, já comecei a me questionar e ter identificado algumas questões que, talvez, eu não pudesse contribuir, mas enfim, acho que isso também faz parte da questão do estudo. Eu, assim, na verdade eu nunca tive uma aproximação mais, digamos assim, mais fidedigna, em relação às políticas voltadas para a questão racial (E7, 2018 [sic]).

Acho que, inicialmente, é uma boa opção, até porque a gente sabe que a população negra ela é, em grande parte, de baixa renda e tem menos acesso à educação e vem até mudando o perfil da universidade. Eu vejo que antigamente, na minha época — eu fui aqui da Federal — e eu vejo nos alunos de hoje em dia, eu vejo muita gente misturado, que antigamente eu não via. Realmente mudou. Não sei se isso em longo prazo vai ser... Poderia se pensar em mudar. Tentar prezar mais pelas pessoas de baixa renda e não só a questão racial. Mas confesso que eu não sou uma pessoa muito politicamente engajada, não tenho muito o que falar sobre isso não (E9, 2018 [sic]).

Os demais burocratas entrevistados concordam com a implementação de políticas de promoção da igualdade racial e se expressaram revelando convergências com as mesmas perspectivas e preferências dos seus formuladores:

Acredito que são necessárias por conta de um legado negativo que a gente tem historicamente com a população negra e não tem como promover igualdade dentro de um sistema desigual sem a gente ser obrigado a fazer isso. É uma das formas legais que o Estado tem de obrigar a gente a tratar as pessoas como iguais e minimamente tentar render anos e anos de desigualdades é através das políticas sociais. A implementação das políticas é o desafio (E1, 2018 [sic]).

Eu acho de grande importância devido à gente perceber uma dificuldade de inserção da população negra, inclusive no mercado de trabalho, na sociedade de um modo geral, ainda existe um grande preconceito, uma dificuldade de aceitação. Então eu acho que não seria necessário que isso existisse, mas devido a esse preconceito e devido, também, a essa dificuldade deles conseguirem essa inserção, essa aceitação e não sofressem esses preconceitos, a política é necessária (E5, 2018 [sic]).

Bem, o meu conhecimento, ele é um conhecimento pequeno. Eu tenho uma aproximação sobre alguns aspectos da política de promoção racial. Entendo que é algo importante dentro de um contexto de um país onde a gente tem essa memória, essa história de escravidão muito marcante e tem essa realidade da população negra, a gente consegue ver através dos dados, de ser uma população que está num lugar de

subalternidade, um lugar, então, de prejuízos da questão da educação, da renda, do trabalho, da saúde também. Então é uma política que é muito importante, que ela vem, de fato, para dar conta de uma compensação, por conta desse lugar que ainda hoje o negro vem ocupando (E6, 2018 [sic]).

### 6.1.2 Compreensão dos burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN

Esta subcategoria de análise trata dos conhecimentos acumulados pelos burocratas a respeito dos objetivos, princípios, diretrizes e perspectivas apresentadas nos planos operativos da PNSIPN. Investigá-los pareceu importante porque a apropriação de conhecimentos acerca da política em que se atua é condição indispensável para uma participação bem-sucedida da burocracia de nível de rua no processo de implementação de qualquer política pública.

Quando estimulado a compartilhar os conhecimentos a cerca dos objetivos, princípios, diretrizes e perspectivas apresentadas nos planos operativos da PNSIPN, E9 apresentou uma condição de total desconhecimento, como pode ser registrado a abaixo:

Eu não conheço. Sinceramente eu não posso ajudar nesse. Eu não conheço qual é o desenho, qual é o objetivo, qual é... Para a população negra, especificamente, eu não sei. Não. Não tem. Realmente, aqui eu faço pré-natal, trabalho no plantão e, realmente, a maioria das minhas pacientes são negras. Agora, dizer que tem uma política diferente, eu não conheço. Sinceramente, eu não conheço. Por isso que eu disse que eu não vou poder lhe ajudar (risos) (E9, 2018 [sic]).

Outros burocratas de nível de rua também revelaram desconhecimentos, ainda que tenham afirmado ter experimentado situações que estimularam aproximação com a referida política, como no de E1, E3e E5:

Eu nunca acessei a política em si, de parar para ler a política. Nunca fiz isso. Em outro serviço que trabalhei, a gente tem um ativista do movimento negro, e ele sempre trazia essas discussões. Em um dado momento, lá, ele propôs e a gente parou para discutir a questão do acesso da população negra aos serviços de saúde de alta complexidade. Essa foi a minha primeira aproximação, mas eu nunca parei além desse momento para discutir, especificamente, sobre essa política (E1, 2018 [sic]).

Eu nunca ouvi no meu ambiente de trabalho, nem aqui, nem em outras instituições. Nunca tinha ouvido falar da política, conheci a política a partir, ouvi falar, na realidade, tomei conhecimento da existência da política a partir de leituras, ainda não conheço completamente a política, não tenho um conhecimento mais amplo da política (E3, 2018 [sic]).

Eu, assim, tenho um breve conhecimento pelo fato de eu ser uma concurseira assumida, então a gente precisa estudar para conhecer as políticas SUS, mas confesso que não tenho um protocolo operacional, não conheço um protocolo operacional na instituição e, de fato, eu não sei te dizer quais são as ações que constam nessa política não sou clara a dizer que não conheço (E5, 2018 [sic]).

Tais depoimentos somam-se aos de outros burocratas entrevistados e sugerem que, apesar de ter sido instituída pelo MS há nove anos, a PNSIPN ainda não foi amplamente divulgada nos serviços de saúde e nem incorporada aos processos de formação dos agentes

implementadores investigados, como pode ser verificado nos depoimentos de E3 e E6, descritos abaixo:

Não. Na minha formação, não. Eu me formei em 2002 e na minha graduação, não. Nem na minha formação, nem na minha especialização em saúde coletiva, que fiz em 2007, também não me lembro de ter ouvido falar sobre esse recorte não. No mestrado, que eu fiz mestrado em Saúde Materno-infantil, então, no mestrado eu ouvi falar um pouco quando eu estudei violência. Na linha de pesquisa de violência, foi que eu ouvi falar um pouco mais durante a minha formação [...], em relação à questão do SUS, acredito que seria bem importante que a gente pudesse ter, realmente, capacitação, que a gente pudesse ter, de certa forma, uma informação maior sobre a política, para que a gente possa ajudar na implementação. O grande objetivo, eu acho. É melhorar a assistência, né? Diminuir a desigualdade que a gente percebe que tem... (E3, 2018 [sic]).

Eu fiz uma residência em saúde da mulher. E no momento dessa experiência, a gente se reportou à Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, dentro dela, tem um eixo que fala sobre a mulher negra. E eu tive uma aproximação em relação a algumas das estratégias, das ações que em prol das mulheres com anemia falciforme, sobre a questão da condição de vida dessas mulheres, de alguns agravos que se dão, de uma forma ou mais intensa, ou específica dessa população, então, acho que a minha aproximação, ela se deu nesse período de residência em que eu fiz uma leitura, não propriamente da política em si, mas da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que contempla alguns aspectos dessa população (E6, 2018 [sic]).

As revelações das entrevistas, como a narrativa de E4 citada abaixo, dão conta que as aproximações que esses burocratas estabelecem com alguns dos focos de atenção da PNSIPN, ainda estão circunscritas aos agravos da saúde relacionados às patologias de recortes genéticos, tais como hipertensão e anemia falciforme, em detrimento daqueles decorrentes das desigualdades históricas relacionadas com a pobreza e imputadas pelo racismo.

Não, não conheço. Eu desconheço essa política. Não. Para a saúde do negro, não. Voltada para esse caráter de público, não. Essa questão que está falando, em relação a políticas públicas relacionadas, voltadas para determinada raça. Se você volta isso, e volta para problemas relacionados à cor, por exemplo. A raça negra tem mais predisposição de desenvolver problemas cardíacos, problemas de diabetes, aí tudo bem. Mas quando você separa a saúde por categoria de cor, eu acho uma coisa meio estranha (E4, 2018 [sic]).

### 6.1.3 Atividades desenvolvidas para enfrentamento do racismo e para promoção da equidade racial

Esta subcategoria fundamenta-se na ideia de que a implementação também é constituída e influenciada pelas práticas desenvolvidas pelos agentes implementadores e pelas interações que se fortalecem nesse estágio do ciclo político-administrativo da política pública. Sendo assim, os burocratas de nível de rua tornam-se mediadores que materializam e apresentam as políticas públicas aos seus beneficiários (LOTTA, 2010; ARRETCHE, 2001; LIPSKY, 1980).

O objetivo dessa subcategoria é apresentar como os burocratas de nível de rua participantes dessa pesquisa atuam no enfrentamento do racismo, da discriminação racial e da promoção da equidade racial, e assim, analisar como eles traduzem seus valores em ações e como eles interagem com as regras e procedimentos institucionais na implementação da política pública em questão.

Segundo a análise de conteúdo das entrevistas, a maioria dos burocratas de nível de rua entrevistados não identificam em suas práticas nem o desenvolvimento de ações focalizadas para as necessidades de cuidado e atenção específica a população negra e nem para o enfrentamento do racismo, da discriminação racial e da promoção da equidade racial, tal qual expresso por E2, E5 e E7:

Não. Aqui eu nunca ouvi. Talvez seja até por eu não ouvir, por eu não fazer tanta discriminação em relação a isso, talvez não tenha prestado atenção, mas eu n... Assim, com relação a conteúdo direto, eu nunca vi. Também eu nunca vi nenhuma prática de racismo, nunca vi. Talvez seja por isso que eu já nem levo isso tanto por esse lado (E2, 2018 [sic]).

Está lá no papel... Está na teoria, mas na prática, de fato, eu enquanto profissional, não tenho visto nada específico. Pode ser que a gente esteja fazendo de uma maneira que ela acontece, mas não com esse olhar de uma população diferenciada. [...] É como a gente trabalha já num setor diferenciado, com uma população específica, a gente tem o tratamento mais individual, mas acredito que não seja somente com o olhar para a população negra realmente. [...] Então, é que eu não sei quais são as ações da política. Realmente eu não sei te dizer quais são as ações específicas (E5, 2018 [sic]).

Não. Não consigo enxergar a nível hospitalar, que é o que eu estou inserida no momento, alguma prática diferenciada. Realmente, se a gente for observar a maioria da nossa população que procura o nosso serviço é de raça parda, negra, e que, realmente, isso deveria ser mais, ter melhor cuidado, ser tratado com mais atenção. Mas, na prática mesmo, eu não consigo enxergar nenhum tipo de ação diferenciada, digamos assim, para essa população (E7, 2018 [sic]).

Apesar dos burocratas assumirem que não realizam ações previstas nos planos operativos da PNSIPN, eles se disponibilizam a desenvolvê-las desde que a política ganhe espaço na agenda institucional, e, sejam estabelecidos protocolos institucionais facilitadores de sua implementação e, que aos burocratas sejam oportunizadas capacitações e treinamentos específicos, conforme verificado nos depoimentos de E1, E5 e E6 apresentados abaixo:

Eu não me recordo quais são as ações específicas, mas, de fato, eu acho que se a gente tiver conhecimento dessa política, houver um protocolo claro, eu não vejo dificuldade de implantação. Agora, eu acho que a dificuldade, realmente, acontece na realização dos protocolos para oficializar a implantação da política. Isso eu acho que é uma dificuldade (E5, 2018 [sic]).

Eu não vou fugir do clichê de dizer que eu acho que é importante, porque eu acho que é importante mesmo, porque se a gente traz no discurso o reconhecimento de que é importante, tem esse hiato muito grande de dizer "olhe é muito importante à gente trazer a discussão da população negra" e tem um buraco de não fazeres até a concretização da prática da gente. Tem uma música de Chico Buarque que diz assim

que é "a distância entre intenção e gesto", eu reconheço que é importante, mas na minha prática eu pouco falo sobre isso ou eu não levo isso em consideração. Ou levo em consideração de uma forma marginal, eu acho, ou naturalizo a situação. Então eu acho que quando a gente conversa sobre isso, tipo, já aponte aqui diversas falhas na minha prática e aí você me faz pensar sobre a minha prática. O trabalho me faz pensar e me instiga a fazer uma prática diferente. "Pensar junto com a pessoa" (E1, 2018 [sic]).

Eu acredito que nós, enquanto profissionais, ainda estamos... Assim, temos a questão do conteúdo, de não trabalhar a questão racial, do racismo propriamente, que eu acho que enquanto equipe, enquanto pessoa a gente ainda não conseguiu desconstruir ou mesmo reconhecer que a gente traz isso de alguma forma para o espaço de trabalho, naturalizando ou não querendo perceber e às vezes discutir, pautar, como de não existir, propriamente, ações regulares... De não existirem ações que possam formar, a dar possibilidade de a gente profissional, lidar com essas questões, aprofundar o saber nesse campo, com esse recorte. Então, eu acho que para a gente, de fato, ter uma atuação direcionada em consonância com o que essa política preconiza, primeiramente, a gente precisa de formação. Então eu acho que os trabalhadores, a instituição primeiro, legitimar essa pauta de que é uma prioridade, de que a nossa população, SUS, hoje, de mulheres, a gente tem essa assistência, ela se dá, principalmente para essa população (E6, 2018 [sic]).

#### 6.1.4 Dificuldades para implementação da PNSIPN no COB segundo os burocratas de nível de rua

Esta categoria se debruça sobre as dificuldades que travam, limitam e /ou vêm adiando a implementação da PNSIPN no serviço analisado, segundo os burocratas de nível de rua entrevistados.

Ela fundamenta-se em estudos de Howlett, Ramesh; Perl (2013); Lotta (2010); Batista e Rezende (2015); Wu (2014), Saraiva (2006) e Lipsky (1980) que, em síntese, reconhecem a implementação como processos dinâmicos, não lineares, nos quais as políticas formuladas podem ser materializadas ou não, posto que são submetidas a influência de diversos atores e a um amplo conjunto de variáveis que podem contribuir tanto para o seu sucesso quanto o seu fracasso, ou limite do alcance dos objetivos almejados.

Sendo assim, os burocratas foram estimulados a refletirem e opinarem sobre as dificuldades para implementação da PNSIPN no COB. Eles apresentaram várias explicações convergentes, complementares e interdependentes que serão dispostas a seguir. Quais sejam:

Alguns burocratas salientaram dificuldades referentes à natureza do serviço, cuja especificidade é prestar assistência à queixa clínica imediata que não pode ser resolvida nos outros níveis de assistência, conforme observado no seguinte depoimento de E1:

É um setor de emergência, naturalmente nos setores de emergência, infelizmente, as demandas são para ontem. A gente pouco pensa. A maioria das pessoas pouco pensa a prática. A demanda clínica emergencial chega e precisa ser imediatamente sanada. [...] Eu acho que no serviço de emergência, eu penso que a equipe fica muito

centrada na questão da queixa-conduta e tem uma dificuldade de lançar um olhar ampliado naquela mulher (E1, 2018 [sic]).

A superlotação das maternidades também foi apresentada como impedimento para o desenvolvimento de ações previstas na PNSIPN no serviço analisado. E4, E2 e E7 expuseram suas impressões sobre tais dificuldades da seguinte maneira: “Aqui superlota, fica paciente em cadeira, em maca, no chão. Tem uma acomodação inapropriada. [...] A gente não tem muito tempo de pensar no que é que vai fazer. A gente tem que fazer” (E4, 2018 [sic]). “Porque é o setor mais crítico, como você vê, é o setor da superlotação” (E2 2018 [sic]).

É a superlotação e eu acho que a falta de consciência de uma forma geral dos profissionais que trabalham, de entender, de ser sensíveis a essa causa e de entender todo um contexto, porque às vezes a paciente chega aqui para gente e que você vai diretamente à queixa clínica dela. Vem, trata o problema dela e... O máximo que a gente consegue avançar e que a gente tem tido um trabalho bem legal, por exemplo, é com a questão do Serviço Social, que é quando as meninas chegam, vai ver a paciente, consegue ver e consegue dar aquela ampliada na visão de conseguir entender todo o contexto que ela vive, quais são as necessidades e as prioridades de necessidade, enfim (E7, 2018 [sic]).

O “sucateamento do SUS”, como expressou E6, tem condicionado a precarização das condições de trabalho e a redução da oferta e da qualidade dos serviços de saúde na rede pública. As narrativas sugerem que essas dificuldades atravessam todos os níveis de atenção, da atenção básica, aos serviços de média e alta complexidade, como verificado nos depoimentos de E1e E6, o que acabam impedindo a implementação do SUS tal como formulado e, conseqüentemente, as demais políticas que o compõem, como a PNSIPN.

A maioria das mulheres negras são as que acessam o SUS por uma questão de classe, por uma questão de renda e são as mulheres negras que, também, na maioria das vezes, antes de chegar para parir no serviço de alta complexidade tem dificuldade de chegar à Unidade Básica de Saúde, então isso começa desde lá de antes... Então eu estou grávida, preciso fazer meu pré-natal no meu território, sendo que eu tenho dificuldade de acessar a Unidade Básica de Saúde... É na Unidade Básica de Saúde que começa, por exemplo, prevenção quaternária para violência obstétrica, é na unidade de saúde que eu vou conhecer o que é violência obstétrica, quais são os meus direitos enquanto mulher que vai ter um bebê, enquanto mulher que vai parir. O que é normal e o que não é normal em nível de conduta médica. Se eu tenho acesso a Unidade Básica de Saúde e dentro do meu pré-natal eu fico empoderada acerca de como meu corpo funciona, quais são os meus direitos enquanto parturiente, quando eu chego à alta complexidade, eu vou ser uma criatura mais questionadora, vou ser uma mulher que entende mais do meu processo, que eu estou mais empoderada com relação ao meu corpo e com relação aos meus direitos... Se eu não tive acesso à Unidade Básica de Saúde, conseqüentemente eu não tenho o mesmo nível de informação das outras mulheres, conseqüentemente eu estou mais vulnerável a esse tipo de situação, esse tipo de violência (E1, 2018 [sic]).

O nosso fazer dentro de uma emergência obstétrica, num contexto de sucateamento desse SUS, de fechamento de leitos de maternidades, leitos obstétricos sendo fechados, sendo, eu acredito que, a quarta nós temos, no estado de Pernambuco, hoje, quatro maternidades de referência para gestantes de alto risco, que na verdade nem é só para obstetrícia, também é emergência ginecológica. Então a implementação dessa política ela vai se dá com desafios, de fato, porque a gente está

dentro de um setor com uma sobrecarga, então a gente tem uma capacidade de 7 (sete) mulheres, 7 (sete) leitos obstétricos, e com frequência a gente tem 30 (trinta) a 40 (quarenta) mulheres internadas nesse mesmo setor. Então a gente tem uma equipe organizada para dar esse suporte nessa perspectiva de capacidade e a gente tem, sempre, esse triplo. Então a classificação desses riscos e a atuação da equipe, ela vem se dando muito mais com um foco, por conta dessa questão da superlotação também, por um viés muito clínico, de dar resposta imediata. Então esses espaços de discussão de equipe, de aprofundamento, eles têm sido um desafio haja vista o volume e a intensidade com que se chega de mulheres em situações de risco aqui (E6, 2018 [sic]).

As dificuldades do desenvolvimento de práticas multidisciplinares e articuladas em rede também foram apontadas como obstáculos a implementação da PNSIPN no setor analisado, segundo E1 e E6.

E outro desafio a gente tenta fazer uma ponte ainda, fazer essas articulações em rede, para que essa mulher, ela tenha uma continuidade, tenha o resguardo desse direito dela à saúde, à assistência, para que ela tenha continuidade para quando ela voltar para o território, mas que a gente tem feito de forma pontual, por essa questão da superlotação. Então eu acho que o contexto de hoje da assistência ao parto, em Pernambuco, ele tem tido esses prejuízos por conta desse quantitativo de leitos insuficientes para uma demanda que a gente tem crescente (E6, 2018 [sic]).

A desinformação quanto ao perfil dos usuários do serviço também foi citada como dificuldade a ser vencida, e isto foi expresso na fala de E1.

Daí a importância da gente conhecer, da gente se apropriar da política, da gente saber quem é o usuário que está acessando o serviço da gente. Eu acho que é uma grande fragilidade que a gente tem é a gente não conhecer quem são os usuários do nosso serviço. É uma falha minha enquanto profissional. Se você me perguntar hoje... Quantas mulheres negras acessaram o COB dentro de um determinado recorte de tempo? Eu não sei te dizer. Acho que conhecer a população usuária é um grande meio de garantia de direitos. A primeira coisa que a gente tem que fazer a gente entender quem a gente está atendendo, conhecer quem a gente está atendendo para dar uma devolutiva para o serviço. E a partir daí a gente ter dados mais concretos para contribuir com a efetivação da política (E1, 2018 [sic]).

A inexistência de protocolo institucional facilitador da implementação PNSIPN no serviço e, em adição, a falta de treinamentos e capacitações também foram citados com uns inibidores da implementação da PNSIPN no COB, tal qual percebido nas entrevistas de E5, E6 e E7.

“Agora, eu acho que a dificuldade, realmente, acontece na realização dos protocolos para oficializar a implantação da política. Isso eu acho que é uma dificuldade” (E5, 2018 [sic]).

De não existirem ações que possam formar, a dar possibilidade de a gente profissional, lidar com essas questões, aprofundar o saber nesse campo, com esse recorte. Pelas condições de vida dessa população, mas que eu acredito que precisam dar mais visibilidade, para que os profissionais tenham acesso a essa informação, as ações, as estratégias que a política preconiza, e poder executar isso na sua prática profissional. Então eu acho que chegar para os trabalhadores que estão na ponta, o conhecimento sobre a política, como é que essa política foi pensada, quais são os eixos que ela tem e como é que a gente pode estar trabalhando em conformidade com o que foi preconizado. Então, eu acho que para a gente, de fato, ter uma atuação

direcionada em consonância com o que essa política preconiza, primeiramente, a gente precisa de formação (E6, 2018 [sic]).

“A superlotação também influencia, mas eu acho que até uma questão de uma aproximação, um sentimento, uma sensibilização maior dos profissionais e de uma aproximação mesmo com essa política” (E7, 2018 [sic]).

## **6.2 Perspectivas sobre o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da População Negra no Centro Obstétrico de um serviço terciário do SUS: uma análise global**

Ao estabelecer as subcategorias de análises, cujas sínteses dos resultados foram apresentadas no Quadro 3, e agrupá-las por meio de núcleos de sentido, buscou-se a construção da categoria final: perspectivas dos burocratas de nível de rua acerca da implementação da PNSIPN no Centro Obstétrico de um serviço terciário do SUS.

A síntese dos resultados encontrados a partir das subcategorias selecionadas para análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os burocratas de nível de rua lotados no COB está organizada no Quadro 3 abaixo.

**Quadro 3** – Síntese dos resultados encontrados a partir das subcategorias

SUBCATEGORIAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS
Visão predominante dos burocratas de nível de rua sobre a da implementação de Políticas de Promoção de Igualdade Racial no Brasil.	Predominantemente, os burocratas de nível de rua entrevistados não reconhecem a importância social da implementação das políticas de promoção da igualdade racial, seja por discordância de seus princípios e propósitos ou por falta de informações a tal respeito.
Compreensão dos burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN.	Os burocratas de nível de rua entrevistados revelaram compreensões parciais a respeito da política e, até, inciência de sua importância para consolidação de um sistema de saúde que prima pela integralidade e pela

	equidade na produção da atenção e no cuidado à saúde.
Atividades desenvolvidas para enfrentamento do racismo e para promoção da equidade racial no COB.	O desenvolvimento de ações para o enfrentamento do racismo e para a promoção da equidade racial previstas na PNSIPN não vem sendo implementadas no serviço analisado.
Dificuldades para implementação da PNSIPN no COB.	As dificuldades citadas nas narrativas produzidas pelos burocratas de nível rua podem ser agrupadas em duas dimensões interdependentes e complementares: as referentes aos processos de implementação das políticas, ações e serviços que constituem o SUS e aquelas ligadas a gestão institucional.

**Fonte:** Elaboração própria.

De forma global, este estudo registrou que ainda não se observam a compreensão da questão racial como um problema social que pode ser enfrentado por meio de uma política pública focalizada para a população negra entre a maioria dos burocratas de nível de rua entrevistados. Ou seja, eles ainda não reconhecem a importância social da implementação das políticas específicas de promoção da igualdade racial, seja por discordância de seus princípios e propósitos ou por falta de informações a tal respeito.

Considerando que “os burocratas também são influenciados pelos treinamentos que recebem das instituições as quais estão vinculados”, conforme destacou Lotta (2010), observou-se a necessidade de ampliação dos conhecimentos dos burocratas de nível de rua entrevistados sobre a saúde da população negra, de modo a melhor capacitá-los para o desenvolvimento de práticas e ações sintonizadas com os princípios e diretrizes da PNSIPN. Pelos relatos descritos, foram observados desconhecimentos e/ou compreensões parciais a respeito da referida política e, até, inciência de sua importância para consolidação de um sistema de saúde que prima pela integralidade e equidade na produção da atenção e no cuidado à saúde.

A análise dos conteúdos das entrevistas sugere que pauta da saúde integral da

população negra ainda não foi integrada à agenda institucional e que a implementação de ações para a efetivação da equidade racial e para o enfrentamento das várias expressões de racismo previstas na PNSIPN ainda não foi desenvolvida no serviço analisado.

Por um lado foram observados entraves para implementação da PNSIPN decorrentes do funcionamento e organização do SUS local. Isto é, limitações na cobertura, no acesso e cuidado na atenção básica, assim como a diminuição da oferta de serviços especializados em gestação de alto risco. Por outro, os mesmos entrevistados também revelaram os rebitamentos dessas dificuldades na forma como eles atuam e produzem os serviços públicos, e se relacionam entre si e com a população usuária do COB. Segundo os depoimentos colhidos as precárias condições de trabalho as quais são submetidos os levam a realizarem ações circunscritas à queixa clínica imediata e, portanto, a agirem nos marcos tradicional do cuidado em saúde, priorizando o cuidado biomédico em detrimento da atenção biopsicossocial preconizada pelo SUS e pela PNSIPN.

Ademais, cabe ressaltar as pontuações que Lipsky (1980) desenvolveu ao analisar situações análogas. Ele chamou atenção para os riscos que as incertezas decorrentes das condições inadequadas de trabalho impõem a burocracia implementadora. Premidos entre volume excessivos de demandas e limitados recursos, os burocratas acabam “simplificando” suas ações e criando rotinas adequadas às limitações experimentadas, o que, em geral, culmina numa prestação de serviços medíocres (LIPSKY, 1980).

Por fim, é importante destacar que os burocratas de nível de rua não atuam em um vácuo institucional e programático. Pelo contrário, eles registraram o quanto as precárias condições de trabalho e a falta de incentivos institucionais impactam em suas práticas, o que infere e modela suas discricionariedades e a interação dos mesmos com os diversos fatores e atores inerentes à implementação da PNSIPN naquele serviço. Sendo assim, é possível constatar que a estrutura na qual eles desempenham suas funções constrange suas possibilidades e eventualmente acarretam o ciclo de mediocridade proposto por Lipsky (1980).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste EC dedicou atenção nas práticas desenvolvidas pelos burocratas de nível de rua lotados no Centro Obstétrico de um serviço terciário do SUS visando analisar o processo de implementação da PNSIPN, considerando os potenciais analíticos que incorporam atores e suas relações às análises de implementação.

Utilizando-se de abordagens qualitativas, desenvolvida através de entrevistas semiestruturadas e critérios da análise de conteúdo propostos por Bardin (1977) foi possível perceber que os entrevistados desconhecem a PNSIPN e não desenvolvem as ações previstas nos seus planos operativos e que a pauta da saúde integral da população negra ainda não foi integrada à agenda institucional.

As análises de conteúdo das falas desenvolvidas com base no referencial teórico adotado sugerem que nenhuma das três dimensões que compõem a base da teoria causal PNSIPN estão sendo implementadas. Isto é, não foi observado referências sobre a institucionalização de colegiados consultivos apropriados para elaboração de propostas de intervenções visando auxiliar a gestão na implementação e monitoramento do plano operativo da referida política. Tampouco registrado investimentos em processos socioeducativos e de formação permanente visando capacitar a burocracia implementadora e instrumentalizar os usuários do serviço acerca dos efeitos negativos do racismo para a saúde e nem identificado práticas voltadas para promoção da equidade racial nos planos assistenciais.

De forma mais ampla, foi verificado a prevalência de desatenção institucional em oferecer serviços focalizados para as necessidades de cuidados específicos da população negra, o que sugere a identificação de um vazio institucional entre o trajeto da formação da PNSIPN e sua implementação a nível local. Em contraposição à promoção da equidade racial almejada, foram reconhecidas situações semelhantes às aquelas apontadas pelo PCRI como racismo institucional, o que pode contribuir para o fracasso do poder público em superar os patamares de desigualdades raciais, amplamente confirmados por diversos indicadores sociais.

Com base nas reflexões oportunizadas por este estudo, é possível supor que enquanto a questão racial não for incluída nas agendas institucionais, se apresentar invisível aos burocratas de nível de rua e/ou for compreendida como desnecessária, suplementar ou acessória por estes e pelos demais atores envolvidos nos processos de implementação, as

políticas de promoção de igualdade racial, como a PNSIPN, permanecerão como um desafio a ser vencido, um devir restrito ao campo das intencionalidades políticas, tal qual observado por esta pesquisa empírica.

Conseqüentemente, pode-se aferir que tal política ainda não foi implantada no serviço analisado, confirmando os pressupostos apresentados por Lipsky (1980) que asseguram estreita relação entre as práticas dos burocratas de nível de rua e a forma como as agências desenvolvem as políticas públicas. Ademais, constatou-se também que a implementação é um processo dinâmico, influenciado por diferentes variáveis e pelas ações e interações desenvolvidas pelos diversos atores, cujas discricionariedades influenciam as formas de implementação e resultados alcançados pelas políticas públicas.

Este estudo também constatou que isoladamente, nenhuma política de promoção de igualdade racial, como a PNSIPN, é suficiente para a superação das situações de desvantagens apresentadas pela população negra. O sucesso da implementação da PNSIPN está diretamente vinculado aos limites da implementação do SUS. Isto é, para que a PNSIPN seja satisfatoriamente implementada e atinja seus objetivos, é preciso igual sucesso na implementação do SUS. Mais do que disso, é preciso salientar que as políticas de caráter específico devem ser desenvolvidas de forma simultânea e estreitamente vinculadas às políticas de caráter universal como as de saúde, de educação, da previdência social e da assistência social e de outras, baseadas nos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana, que detêm forte poder no que se refere à diminuição das desigualdades raciais no Brasil e visam a uma ressocialização coletiva da sociedade brasileira. Afinal, a mitigação de fenômenos específicos como racismo, preconceito racial e discriminação racial exige a integração de diversas políticas públicas, e até mesmo das privadas, umas dando suporte às outras.

Ademais, no atual cenário, a adoção de políticas de austeridade econômica vem repercutindo no corte de verbas públicas e no contingenciamento do orçamento nas áreas sociais, registrando, assim, grande sacrifício no financiamento público das políticas sociais para bem-estar cotidiano das pessoas, como o SUS. Na prática, a redução de investimentos públicos significa a ampliação de barreiras para a consecução dos objetivos e princípios do SUS tal qual foi formulado, impossibilitando a garantia da saúde na perspectiva de direito social e universal. Desse modo, são previstas repercussões na forma de organização e funcionamento do SUS com grandes chances de impactos negativos para sua implementação e, conseqüentemente, para a materialização da PNSIPN que foi instituída como um dos

instrumentos de consolidação da unicidade do sistema nacional de saúde e da consecução dos seus princípios de integralidade e equidade na promoção e na atenção à saúde, com base constitucional dos direitos de cidadania.

Em um país marcado por tão expressiva hierarquia racial, sem investimento público no combate ao racismo em todos os campos da vida pública e privada, dentre os quais o campo da saúde, as desigualdades raciais correm risco de serem cada vez mais naturalizadas e /ou avançarem; além de inviabilizar, ou até proscrever as iniciativas previstas de políticas promoção de igualdade racial. A não inclusão da questão racial na pauta nos órgãos e serviços públicos e a redução de investimentos públicos, portanto, revelam-se como obstáculos a implementação das ações afirmativas e podem adiar a materialização dos propósitos republicanos da nossa CF, em última instância.

## RECOMENDAÇÕES

As reflexões que emergiram no processo de elaboração dessa pesquisa e no trato dos seus resultados reconhecem a implementação de políticas de promoção da igualdade racial como “uma longa caminhada a ser desenvolvida”. Cenário que motiva à busca de inspirações em outras experiências que igualmente visavam à democracia multirracial, como as reflexões desenvolvidas por Mandela (1994) líder do movimento contra o *Apartheid*, na África do Sul. Entre tantas e importantes reflexões desenvolvidas pelo referido líder político e Nobel da Paz de 1993, cabe bem nesse espaço de reflexão, o seguinte: “descobri o segredo que depois de escalarmos uma grande colina, descobrimos apenas que há muitas outras colinas para escalar” (MANDELA, 1994, p. 294).

A promulgação de políticas direcionadas para população negra foi apenas o começo da mudança, sua implementação apresenta-se como “outra colina para ser escalada”. Dessa forma, algumas sugestões para a continuidade dos esforços públicos voltados a disseminação e materialização dos pactos estabelecidos na formulação da PNSIPN serão apresentados a seguir. Essas recomendações devem ser entendidas como forma de colaboração para gestão institucional do serviço onde a pesquisa foi realizada, visando acelerar o processo de implantação e implementação da PNSIPN. Quais sejam:

1. Maior aproximação com a Coordenadoria Estadual de Saúde da População Negra visando a pactuação de uma agenda positiva para implantação e implementação da PNSIPN na instituição pesquisada. Assim, será possível identificar, com a assessoria de técnicos da

Coordenação Estadual de Saúde da População Negra e em consonância com a capacidade operacional da referida instituição, as melhores estratégias e o apoio necessário para a busca de soluções com vista ao enfrentamento das situações sugestivas de racismo institucional.

2. Criação de um grupo de trabalho que coordene um plano de ação para implantação e implementação da PNSIPN na instituição.

3. Divulgar, estimular e garantir condições para a participação de gestores e burocratas de nível de rua nos encontros, seminários e fóruns sobre saúde da população negra promovidos pela Coordenadoria Estadual de Saúde da População Negra ou outras instituições de pesquisa.

4. Realizar ações de educação em saúde como: oficinas, seminários e rodas de diálogos visando ampliar os conhecimentos dos gestores e dos burocratas de nível de rua sobre a PNSIPN.

5. Promover o treinamento dos burocratas de nível de rua para coleta de informações e preenchimento adequado do quesito raça/cor nos formulários do SUS.

6. Sistematizar e divulgar periodicamente a qualidade da coleta dos dados e informações do acesso a serviços de saúde e do acesso e uso dos serviços desagregados por raça/cor.

7. Fortalecer as articulações entre as diversas linhas de cuidado interna e estimular a convergência de ações voltada para a ampliação de formas de discussão sobre a questão racial e suas iniquidades para saúde da população negra.

8. Estimular a denúncia de práticas de racismo e ou discriminação racial, utilizando-se da ouvidoria institucional como local de registros dessas situações e/ou os canais Disque Direitos Humanos (100) e Disque Saúde (136).

9. Intensificar a campanha contra racismo instituído pelo MS para hospitais públicos cuja campanha se expressa da seguinte forma: “Racismo faz mal à Saúde. Denuncie!”.

10. Estimular a participação popular e controle social viabilizando a inclusão de representantes do movimento negro no conselho consultivo da instituição.

11. Incluir a temática Saúde da População Negra nas jornadas científicas das residências promovidas pela instituição.

12. Incluir tema Saúde da População Negra nos cursos de Residência Médica e Programas de Aprimoramento Profissional.

13. Estimular pesquisas com o objetivo de conhecimentos acerca da Saúde da População Negra.

14. Estimular maior atenção as pacientes portadoras de Anemia Falciforme e outras

hemoglobinopatias acolhidas no COB.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. V. B.; SOUZA, M. F. Análise da política nacional de saúde integral a população negra, 2006-2011. In: *Revista Eletrônica Tempus- Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 4, UNB – 2011.
- ARAÚJO FILHO, T. P. Burocratas de Nível de Rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado. In: *Áskesis*, v. 3, n. 1, p. 45-57, jan./jun. 2014.
- ARRETCHE, M. T. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
- BAPTISTA, T. F.; RESENDE, M. A Ideia de Ciclo na Análise de Políticas Públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde).
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 06/11/2017.
- \_\_\_\_\_. SEPPPIR. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf).
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 21/11/2017.
- \_\_\_\_\_. *Racismo como determinante social de saúde*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-aco-es-afirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>. Acesso em: 06/11/2017.
- \_\_\_\_\_. *Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde*. Brasília: 12ª

Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES\\_consolidado.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf). Acesso em: 22/11/2018.

\_\_\_\_\_. Departamento de Apoio a Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 22/11/2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 82 p. : il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10)

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

CORREIA, M. S. *Análise da implantação da Política de Saúde da População Negra no Estado de Sergipe*. 2015. Disponível em: [https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/6343/1/MIRACI\\_SANTOS\\_CORREIA.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/6343/1/MIRACI_SANTOS_CORREIA.pdf).

CÔRTEZ, S. M. V. O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação. In: *Avaliação de políticas públicas*. Porto Alegre: UFRGS, 2014. p. 179-194. Disponível em: <HTTP://lume.ufrgs.br/handle/10183/108189>.

COSTA, A. M. *Promoção da equidade em saúde para a população negra*. 2010. Disponível em [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122011000200002&lng=pt&nrm=iss](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200002&lng=pt&nrm=iss). Acesso em 03/07/2018

CRI. *Articulação para o Combate ao Racismo Institucional*. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00283.pdf>. Acesso em: 7/12/2017.

DAFLON, V. T.; FERES JÚNIOR, J.; CAMPOS, L. A. Ações afirmativas raciais no ensino superior público brasileiro: um panorama analítico. In: *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, n. 148, p. 302-327, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v43n148/15.pdf>.

DIAZ, R. E. L. A “Questão Racial” negra como agenda estatal no Brasil. In: *Revista de Políticas Públicas*, São Luiz, v. 14, n. 1, p.77-84, jan./jun. 2010.

FERNANDES, F. *Significado do Protesto Negro*. São Paulo: Expressão Popular co-edição. Editora Perseu Abramo, 2017.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELA, L. et al. (Orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: [HTTP://books.scielo.org](http://books.scielo.org).

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa - tipos fundamentais. In: *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. Disponível em [file:///C:/Users/User/Downloads/Godoy\\_1995\\_Pesquisa-qualitativa---tipos-f\\_12736.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Godoy_1995_Pesquisa-qualitativa---tipos-f_12736.pdf). Acesso em 02/07/2018.

GOMES, J. B. B. *Instrumentos e Métodos de Mitigação da Desigualdade em Direito Constitucional e Internacional*, 2000. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31989-37507-1-PB.pdf>.

GUIMARÃES, A. S. A. A Questão Social na política brasileira (os últimos quinze anos). In: *Tempo Social*, v. 13, n. 2, p. 121-142, 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/12365-15248-1-PB.pdf>. Acesso em: 05/11/2017.

GUIMARÃES, N. C. *Profissionais no olho do furacão: o papel das educadoras sociais na implementação da Política de Abrigamento para Mulheres Ameaçadas de Morte em Pernambuco*. [Dissertação Mestrado] Recife: UFPE, 2018.

HOWLETT, M.; RAMESH, A. PERL, A. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2013.

IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acessado em 24/07/2017.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Síntese dos Indicadores 2013*. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>. Acesso em: 21/11/2017.

IPEA. *Comunicado do IPEA 2011 - maio - nº 91*: Dinâmica demográfica da população negra brasileira. Disponível em:  
[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8391](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8391).  
 Acesso em: 08/11/2017.

JACCOUD, L. B.; BEGHIN, N. *Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental*. Brasília: Ipea, 2002.

JACCOUD, L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (org.). *As Políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008. p. 49-68.

\_\_\_\_\_. (Org.). *A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos*. Brasília: IPEA, 2009.

KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G.; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? In: *Saude soc.* [online], v. 16, n. 2, pp.146-155, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200014&script=sci_abstract&tlng=pt).

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. In: *Ver. Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100-7, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/13.pdf> Acesso em 19/11/2017.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. In: *Novos estud. – CEBRAP*, São Paulo, n. 87, jul. 2010. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002010000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000200005). Acesso em: 20/11/2017.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. In: *Revista de Sociologia e Política*, v. 12, n. 48, p. 101 -110, dez. 2013.

LIPSKY, M. *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation, New York, 1980.

LÓPEZ, L. C. O Conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. In: *Revista Interface comunicação, saúde e educação*. v. 16, n. 40, p. 121- 134, 2012.

LOTTA, G. *Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e*

organizacionais sobre os Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

LOTTA, Gabriela; PAVEZ, Thais. Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. In: *Anais do Congresso da Associação de Estudos Latino-americanos*, Rio de Janeiro, 28, p. 1-25, 2009.

MANDELA, N.- O Longo Caminho para a Liberdade, 1994. Ed. Nossa Cultura

MOEHLECKE, S. Ação afirmativa: história e debates no Brasil. In: *Cadernos de Pesquisa*, n. 117, p. 197-217, nov. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15559.pdf>.

MOYA, T. S.; SILVERIO, V. R. Ação afirmativa e raça no Brasil contemporâneo: um debate sobre a redefinição simbólica da nação. In: *Soc. e Cult.*, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 235-250, jul./dez. 2009.

NEVES, P. S. C. Ações Afirmativas no Brasil Contemporâneo: uma Perspectiva Comparada. In: *26. Reunião Brasileira de Antropologia*, Porto Seguro, 1º a 04 de junho de 2008. Disponível em: [http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD\\_Virtual\\_26\\_RBA/grupos\\_de\\_trabalho/trabalhos/GT%2007/paulo%20s%20c%20neves.pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2007/paulo%20s%20c%20neves.pdf).

OLIVEIRA, A. Burocratas de linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. In: *Revista de Administração Pública*, v. 46, n. 6, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7136>. Acesso em 12/04/2018

ONU. *Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Questão De Equidade*. 2001. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/formacao/pt-no-parlamento/textos-e-publicacoes/politica-nacional-de-saude-da-populacao-negra>.

PIRES, R. R. Implementando Desigualdades? Introdução a uma agenda de pesquisa sobre agentes estatais, representações sociais e (re)produção de desigualdades. In: *Boletim de Análise Político-Institucional*. Brasília: IPEA, 2017.

PNS. *Percepções do Estado de Saúde, Estilo de vida e Doenças crônicas*. 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

RACISMO como determinante social de saúde. SPAA/SEPPIR, 2011. Disponível em:

<http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-aco-es-afirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>. Acesso em: 25/11/2017.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

RONCARATTI, L. S.; FONTENELLE, A. *Políticas Públicas e Gestão Governamental*. Distrito Federal: Vestcon, 2008. Disponível em: <https://www.vestcon.com.br/ft/2771.pdf>.

SAMPAIO E. O. Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. In: *Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, v. 4, n. 6, p.77-83, 2003. Disponível em <http://www.interacoes.ucdb.br/article/view/561>. Acesso em: 27/06/2018

SANTOS, C. J. O Estatuto da Igualdade Racial – Avanços, Limites e Potencialidades. In: *Cadernos de Educação*, Brasília, n. 23, p. 147-163, jul/dez. 2010. Disponível em: [www.CNTE.org.br](http://www.CNTE.org.br).

SARAIVA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. *Políticas Públicas: Coletâneas*. Brasília: ENAP, 2006, p. 21-42. Disponível em: [http://www.academia.edu/3605704/Introdu%C3%A7%C3%A3o\\_%C3%A0\\_Teoria\\_da\\_Pol%C3%ADtica\\_P%C3%BAblica\\_Portugu%C3%AAs\\_](http://www.academia.edu/3605704/Introdu%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_Teoria_da_Pol%C3%ADtica_P%C3%BAblica_Portugu%C3%AAs_). Acesso em: 11/05/2018.

SILVA, A. C. R. *Compartilhando genes e identidades : orientação genética, raça e políticas de saúde para pessoas com doença e traço falciforme em Pernambuco*. Recife: O autor, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11898/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Ana%20Cl%C3%A1udia%20Rodrigues%20da%20Silva.pdf>.

SILVA, M. D. O. *Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra*. Rio de Janeiro: Criola, 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/participacao-e-controle-social-para-equidade-em-saude-da-populacao-negra-crioula-\[16-200810-SES-MT\]%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/participacao-e-controle-social-para-equidade-em-saude-da-populacao-negra-crioula-[16-200810-SES-MT]%20(2).pdf). Acesso em: 10/11/2017.

SILVA, T. D. *Políticas de Igualdade Racial no Brasil: avanços e limites 2014*. Disponível em: <https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/1212/11%20-%20Politica%20igualdade%20racial%20-%20tatiana%20dias%20silva.pdf?sequence=1>. Acesso em 09/07/2018.

SILVA L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise de conceitos. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, suppl. 2, p. 217-226, 2009. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 9/12/2017.

SILVA, F. M. R; SANTOS, S. S. B. S. *Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um estudo de avaliabilidade*. 2017. Disponível em <https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/2663>. Acesso em: 02/12/2017.

THEODORO, M. Relações Raciais, Racismo e Políticas Públicas no Brasil Contemporâneo. In: *Revista Estudos & Pesquisas sobre Américas*, v. 8, n. 1, p. 205- 219, 2014. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/11461> Acessado em 08/07/2018

WEBER, M. In: GERTH, H. H.; WRIGHT M. C. (Org.). *Ensaio de sociologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. In: *Saúde Soc.* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 09/11/2017.

WINTER, S. C. Perspectivas de Implementação: status e reconsideração. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Org.). *Administração pública: coletânea*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 2010.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. *Guia de políticas públicas: gerenciando processos*. Brasília: ENAP, 2014. Disponível em: <HTTP://www.ena.gov.br/documents/586010/604366/Guia+de+Pol%C3%ADticas+P%C3%BAblicas+Gerenciando+Processos.pdf/afcf588e-d510-41eb-bfb7-049fcda6f549>. Acesso em 24/11/2017.

VIANA, A. L. A. Abordagens metodológicas em políticas públicas. In: *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, p. 1-43, 1996. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8095/6917>.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: <http://www.fkb.br/biblioteca/livrosadm/Estudo%20de%20Caso%20Planejamento%20e%20M%20-%20Robert%20K.%20Yin.pdf>. Acesso em: 15/11/2017.

## APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA (BNR)

### Identificação da entrevista

Autorização nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ ID áudio: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_

### Perfil do Entrevistado:

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) NS/NR

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de Formação Acadêmica: \_\_\_\_\_

Tipo de Vinculação Institucional: \_\_\_\_\_

Tempo de Vínculo Institucional: \_\_\_\_\_

### Questões: aproximadamente 15 min

1. Qual sua opinião sobre a implementação de políticas de promoção da igualdade racial?
2. O que você entende a respeito da PNSIPN?
3. Você desenvolve ações visando o enfrentamento do racismo e/ou das diferentes formas de preconceito e discriminação racial? Quais? Como são desenvolvidas?
4. Há facilidades ou dificuldades para a incorporação da temática étnico-racial nos processos assistenciais e de formação? Quais? Por quê?
5. A discussão em torno da questão racial deve ser estimulada no âmbito da saúde?