



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

**GILMARA BITTENCOURT SANTOS SILVA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:  
QUAL O LUGAR OCUPADO PELAS MULHERES NEGRAS?**

**Salvador  
2020**

**GILMARA BITTENCOURT SANTOS SILVA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:  
QUAL O LUGAR OCUPADO PELAS MULHERES NEGRAS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Julie Sarah Lourau Alves da Silva

**Salvador  
2020**

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

S586 Silva, Gilmara Bittencourt Santos

Políticas públicas de saúde: qual o lugar ocupado pelas mulheres negras?/Gilmara Bittencourt Santos Silva. – Salvador, 2020.  
126 f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Julie Sarah Lourau Alves da Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Políticas Sociais e Cidadania.

1. Políticas Públicas de Saúde 2. Mulheres Negras 3. Racismo Institucional  
4. Determinantes Sociais da Saúde I. Silva, Julie Sarah Lourau Alves da – Orientadora  
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
III. Título.

CDU 364.444:323.118(=414)

## TERMO DE APROVAÇÃO

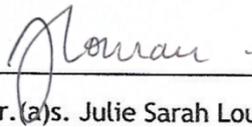
Gilmara Bittencourt Santos Silva

“POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: QUAL O LUGAR OCUPADO PELAS MULHERES  
NEGRAS?”.

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

Salvador, 29 de maio de 2020.

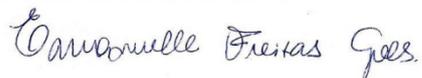
Banca Examinadora:



Prof.(a)s. Dr.(a)s. Julie Sarah Lourau Alves da Silva - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandez Pitta - UCSal



Prof.(a) Dr.(a) Emanuelle Freitas Góes - UFBA

*Dedico este trabalho às mulheres negras, a quem as políticas públicas ainda não alcançaram.*

*Às minhas saudosas e eternas avós, Gerosina e Melânia (in memoriam).*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de humildade, por esse motivo, minha gratidão é imensa, pois muitas pessoas contribuíram para que eu aqui chegasse. Então, vamos aos agradecimentos...

Agradeço a Deus por motivos que ultrapassam a minha razão!

Aos meus pais, Gildete e Maurício, sou grata pelo apoio e incentivo incondicionais, por despertar em mim, desde muito cedo, o desejo pela busca do conhecimento, e, sobretudo, por compreender as minhas ausências em família durante a trajetória acadêmica. Sinto-me eternamente em falta!

A minha tia Geresa, pelo companheirismo e por contribuir de uma maneira tão singular para a realização desse projeto. Essa conquista é nossa!

Aos familiares, em especial, tios, irmãos e sobrinhos pelo encorajamento, como também, pela confiança em mim creditada.

As afilhadas, Gabriela e Vitória, pela presença constante em minha vida.

À professora Julie, pelas orientações na medida exata do tempo e da compreensão dessa mestranda.

A todos os professores e funcionários da instituição pela oportunidade de aprendizado e convívio ao longo desses anos.

Aos colegas do Grupo AFEC, por todos os momentos compartilhados e pelos vínculos que estabelecemos.

Às novas amigas que o mestrado pôde presentear-me.

Aos membros da Banca de Qualificação, Prof.<sup>a</sup> Ana Pitta e Emanuelle Góes, pelas colaborações valiosas ao texto de qualificação e as sugestões que enriqueceram esse estudo.

Ao professor e eterno amigo Romualdo, pelas correções ortográficas realizadas no texto e por comentar dois capítulos que compõem este trabalho. Sua leitura me deixou mais confiante para prosseguir com minhas escritas.

Ao meu caro e prestativo Adilson, por sua generosidade em me auxiliar na operacionalização desse trabalho na reta final. Seu apoio foi fundamental. Meu muito obrigada!

A todas as mulheres negras, escritoras e pesquisadoras negras, pela oportunidade do aprendizado sobre o verdadeiro significado político e social de ser mulher negra: resistência.

De diferentes maneiras, muitas pessoas colaboraram no decorrer do desenvolvimento da pesquisa. Amanda, Valéria Dantas, Juliana, Beatriz, Larissa, Alan, Leide, Erivaldo, Solange, Mayana, Antônio da Purificação, Neide, Luciana, Marcos, Romina. A vocês, obrigada por tudo!

A todos(as) aqueles(as) que, por falha da minha memória humana, possa ter esquecido, mas que de alguma maneira tenha contribuído no decorrer deste trabalho, minha eterna gratidão.

A Fapesb por viabilizar a bolsa de estudo para a realização desta pesquisa.

*“O passado eu não posso mudar, mas o presente é nossa responsabilidade, o que deixaremos de herança...” (Maria Inês Barbosa)*

*“Nosso exercício, nesse caso, é o mesmo do pássaro Sankofa: ter os pés voltados para a frente e o olhar para o passado. O que quer que tenha sido perdido, esquecido, renunciado ou privado pode ser reclamado, reavivado, preservado ou perpetuado. Faz parte do conhecimento dos povos africanos a busca de sabedoria em aprender com o passado para entender o presente e moldar o futuro” (Denize Ribeiro)*

*“Podemos ainda, buscar ajuda no conceito de justiça universal, Ubuntu, termo utilizado na África do Sul no pós-apartheid para representar um outro olhar sobre os direitos humanos. **Ubuntu** significa justiça restaurativa que não traz como objetivo simplesmente a identificação do outro, nem mesmo perceber o outro como semelhante, mas dar-lhe o respeito na diferença, admitir que a minha vida é igual a sua e que eu preciso que você vivencie a sua diferença como um direito” (Denize Ribeiro).*

SILVA, Gilmara Bittencourt Santos. **Políticas Públicas de Saúde: qual o lugar ocupado pelas mulheres negras?** 126 f. 2020. Programa de Pós-Graduação de Políticas Sociais e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador.

## RESUMO

O mito da democracia racial tende a diminuir o problema racial para as questões de direitos humanos, da justiça social e da consolidação da democracia, dificultando a erradicação das desigualdades raciais nas Políticas Públicas. Assim, por sustentar toda a estrutura ideológica, política e econômica da sociedade, o racismo e seus desdobramentos podem ser considerados pilares mestres da história política brasileira. Como resultado, o silêncio diante das questões raciais deixa claro o quanto a naturalização de fatos que não são naturais acaba por inferiorizar e desumanizar as minorias étnicas, cuja condição de existência se torna indiscutivelmente vulnerável. O reconhecimento da sociedade sobre essa temática é importante para a criação de Políticas Públicas que venham de alguma forma ajudar no enfrentamento ao racismo e sexismo no Brasil, a fim de que negras e negros tenham acesso aos bens e serviços e superem as desigualdades raciais. A identificação das diferenças permite distinguir às necessidades, orientando quanto à formulação de políticas públicas mais sensíveis às especificidades desse segmento social. Dessa maneira, o estudo ora proposto partiu da seguinte pergunta de pesquisa: Em que medida as políticas públicas de saúde adotadas pelo Poder Público de Lauro de Freitas-BA correspondem as necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde das mulheres negras? Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo geral analisar a dimensão das políticas públicas de saúde adotadas no município de Lauro de Freitas, destinadas às mulheres negras. A presente pesquisa é de cunho analítico descritivo com abordagem qualitativa. Metodologicamente, as informações necessárias foram obtidas em bibliografias e documentos oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde, com enfoque de gênero e raça, inserindo as especificidades das mulheres negras em suas ações; e os documentos estratégicos da gestão municipal a fim de verificar se há nesses impressos a presença da temática racial com vistas à pactuação de metas para a redução das iniquidades raciais em saúde. Após a análise, constatou-se, a invisibilidade reservada ao tema saúde da mulher negra em documentos estratégicos da gestão, assim, as políticas e programas implantados não atendem às especificidades desse segmento social. Conclui-se que as legislações existentes não têm sido suficientes para que as mulheres negras tenham suas peculiaridades reconhecidas quando na elaboração das políticas públicas em Lauro de Freitas, BA, fato este que contribui para a manutenção da posição histórica de subordinação desse grupo, além de ratificar a existência do Racismo Institucional nas Políticas Públicas de Saúde municipal.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde. Mulheres Negras. Racismo Institucional. Determinantes Sociais da Saúde.

SILVA, Gilmar Bittencourt Santos. Public Health Policies: what place do black women occupy? 126 f. 2020. Graduate Program in Social Policies and Citizenship, Catholic University of Salvador.

## ABSTRACT

The myth of racial democracy tends to diminish the racial problem for the human rights issues, the social justice and the consolidation of democracy, making it hard to eradicate from racial inequalities in public policies. Thus, to sustain the entire ideological, political and economic structure of society, racism and its ramifications can be considered as master pillars of the Brazilian political history. As a result, the silence in front of racial issues makes clear how the naturalizations of non natural facts ends up undermining and dehumanizing ethnic minorities, whose existence becomes indisputably vulnerable. The recognition of this topic from society is important in order to make public policies that can in some way help in the battle against racism and sexism in Brazil, so that black men and black women can have an access to goods, services and necessities, by orienting the formulation of public policies more sensitive to the specificities of this social segment. In this way, the study proposed here started from the following research question: in what way public health policies adopted by Lauro de Freitas (BA) public administration correspond to the needs expressed in the social and health indicators for black women? In view of the foregoing, this work had the general objective to analyse the dimension of public health policies adopted in the municipality of Lauro de Freitas, addressed to black women. The following research is of a descriptive and analytical nature with a qualitative approach. Methodologically, the required information have been obtained from bibliographic research and official documents elaborated by the Health Ministry, with a focus on gender and race, including the specificities of black women in their actions; and the strategic documents of municipal administration in order to verify if there exists in these documents the racial topic with a look at the inclusion of objectives of reduction of racial inequalities in the health-care system. After the analysis, it was observed an invisibility reserved to the health of black women topic in strategical documents of the governance, thus, the policies and programs implanted do not attend the specificities of this social segment. As a conclusion the existing legislations have not been sufficient for black women to have their peculiarities recognized when public policies are elaborated in Lauro de Freitas, BA, fact that contributes to the maintenance of an historical position of subordination of this group, a part from ratifying the existence of Institutional racism in municipal public health policies.

**Key words:** Public Health Policies. Black women, Institutional Racism, Healthcare social determinants.

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1:** Grau de Instrução da população acima de 10 anos, segundo raça/cor. Lauro de Freitas/BA, 2010.

**Gráfico 2:** Taxa de desemprego total das populações negra e não negra, segundo sexo, na Região Metropolitana de Salvador, 2015 e 2016.

**Gráfico 3:** Rendimento médio mensal em reais da população ocupada, por raça/cor e sexo, na Região Metropolitana de Salvador, 2015 e 2016.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS - Atenção Primária em Saúde

BEMFAM - Sociedade Civil de Bem- Estar Familiar

CECF - Conselho Estadual da Condição Feminina

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Políticas Econômicas Aplicadas

MMN – Movimento de Mulheres Negras

MRSB - Movimento da Reforma Sanitário Brasileiro

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAS - Programação Anual de Saúde

PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPA - Plano Plurianual

RAG – Relatório Anual de Gestão

RI - Racismo Institucional

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SF - Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SEPPIR - Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial

SUS - Sistema Único de Saúde

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

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA E SEUS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>22</b>
1.1 Sobre o Método .....	22
1.2 Limitações na coleta de dados .....	24
1.3 Local do estudo.....	25
<b>CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>28</b>
2.1 Desigualdades Raciais no Brasil: considerações .....	28
2.2 Teoria das Relações Raciais no Brasil.....	36
2.2.1 <i>Democracia Racial: a matriz discursiva brasileira</i> .....	36
2.2.2 <i>Projeto Unesco no Brasil: peculiaridades e importância</i> .....	39
2.3 A Concepção de Determinantes Sociais da Saúde .....	42
2.4 O Racismo Institucional como limitador de acesso a direitos e serviços.....	49
<b>CAPÍTULO III – MOVIMENTOS SOCIAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>55</b>
3.1 Diálogos na construção do Sistema Único de Saúde: breve contextualização.....	55
3.2 Mulheres Negras, Movimentos Feministas e as Políticas Públicas: aspectos de uma luta social .....	58
3.3 PAISM e PNAISM: a saúde da mulher como direito, políticas como caminho .....	68
3.4 Movimento de Mulheres Negras e a construção da Política de Saúde da População Negra.....	73
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>83</b>
4.1 Situação da Saúde em Lauro de Freitas/BA .....	83
4.1.1 <i>Aspecto Demográfico</i> .....	83
4.1.2 <i>Aspecto Socioeconômico</i> .....	84
4.2 Atenção à Saúde das Mulheres Negras.....	88
4.2.1 – <i>Política nacional</i> .....	89
4.2.2 - <i>Legislação Municipal</i> .....	96
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>110</b>

## INTRODUÇÃO

No Brasil, dificilmente há discordância de que um dos maiores problemas enfrentados pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é a dificuldade de acesso aos serviços. A partir dessa premissa, o que facilmente nos parece explícito, pelo menos, em uma primeira leitura é que, a oferta insuficiente ou inadequada de serviços por parte das instituições de saúde atinge e impacta de maneira semelhante negras, negros, mulheres e homens. Ao analisar essa questão, as autoras Góes e Nascimento (2012) ressaltam que, apesar de o acesso aos serviços de saúde ser um direito garantido pela Carta Magna, quando em um país como o Brasil, com profundas desigualdades sociais e raciais, esse acesso não ocorre de forma igualitária.

Estudos apontam que a desigualdade social no Brasil tem raça e gênero. Assim, não se pode pensar em elaborar Políticas Públicas sem considerar as desigualdades raciais e de gênero existentes. Por isso, a importância de se analisar os indicadores disponíveis que confirmam essa hipótese. Dados referentes à renda, ao emprego, a saúde e escolaridade demonstram que a realidade social de negras e negros no Brasil, ainda é precária. Pesquisas estatísticas evidenciam que os brasileiros pretos vivem em condições piores do que aqueles considerados brancos (BRASIL, 2013).

O Estado, ao longo dos anos, tem implementado uma política de negação da humanidade ao povo negro. Para além disso, disseminou no imaginário coletivo, o mito de que existe uma democracia racial no Brasil, isto é, há uma convivência harmônica entre as três raças, reforçando a crença de que tivemos um processo de miscigenação harmonioso. Na avaliação de Munanga (2006), o mito da democracia racial tem permitido às elites dominantes dissimular as desigualdades, além de impedir “os membros das comunidades não-brancas de terem consciência dos sutis mecanismos de exclusão da qual são vítimas na sociedade” (MUNANGA, 2006, p.89). Tal ideologia tem dificultado, tanto na consolidação da democracia, quanto na erradicação das desigualdades raciais nas políticas públicas.

Por esse motivo, pode-se afirmar que, no Brasil, pessoas negras têm sido alijadas de uma condição integral, digna e coletiva de existência, tornando-as mais vulneráveis a vários tipos de agravos. De acordo com Malomalo (2010), o campo dos estudos raciais no Brasil é um campo político, um campo de dominação, de poder. Desta forma, suas categorias de análise também o são. Ainda de acordo com o autor, a cor da pele opera como princípio da conservação, do aumento ou diminuição dos privilégios, da honra, portanto do poder simbólico, de uma classe racial em relação à outra.

Nesse ínterim, é importante destacar que a associação do racismo com outras formas de relações desiguais, tais como, as relações de gênero, deve ser particularmente considerada. A violência contra a mulher é algo antigo, no entanto, a preocupação em combater esse problema é fato novo. A herança cultural do patriarcado oprime, tanto mulheres brancas, como negras; umas são vistas como frágeis e as outras por não serem consideradas humanas. No entanto, devido à história de segregação das mulheres negras, essas possuem demandas específicas, e necessita de um olhar diferenciado às suas particularidades. Na avaliação de Carneiro (2011), o racismo e o sexismo produzem sobre as mulheres negras muitos danos, ocasionando uma baixa autoestima, uma expectativa de vida cinco anos menor que a da mulher branca, menor índice de casamentos<sup>1</sup>, ocupando cargos de menor prestígio e salários.

O reconhecimento da sociedade sobre essa temática é importante para a criação de políticas públicas que venham de alguma forma ajudar no enfrentamento ao racismo e sexismo no Brasil, a fim de que negras e negros tenham acesso aos bens e serviços e superem as desigualdades raciais. Assim, desmistificar a democracia racial é essencial para a construção de um país que promove a igualdade de gênero e raça, uma vez que, as barreiras decorrentes dessas relações desiguais são determinantes para o processo de saúde e doença. (GÓES; NASCIMENTO, 2012).

Ao longo dos anos, muitos foram os conceitos de saúde estabelecidos, desde a perspectiva da ausência de doença, até avançarmos para um ponto de vista que preconiza um bem-estar pleno. Na atualidade, a saúde pode ser entendida como uma construção social, ou seja, é o resultado da forma como as pessoas têm acesso à educação, lazer, trabalho, renda, habitação, bens de consumo, dentre outros. Esse conjunto é denominado “Determinantes Sociais da Saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Nesse contexto, os estudos sobre desigualdades em saúde evidenciam o racismo como determinante social da saúde e que deve ser considerado como uma das categorias centrais para análise dessas iniquidades (WERNECK, 2005; CARNEIRO, 2016). Portanto, o conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde é relevante, na medida em que deve ser integrado na formulação de políticas públicas.

---

<sup>1</sup> Trabalhos estatísticos como o de Silva (2003), apontam que os casamentos no Brasil são orientados por diversas variáveis entre elas o quesito raça/cor. Moreira e Sobrinho (1994), enfatizam a situação da mulher negra (pretas e pardas) como as mais rejeitadas dentro do mercado matrimonial. Os estudos de Berquó (1987,1991) evidenciam a condição da mulher negra em relação aos relacionamentos no Brasil. Estatisticamente, 30% dessas mulheres com 30 anos se encontram sozinhas, 41% delas na faixa etária dos 50 anos não possuem parceiros e aos 60 anos essa porcentagem alcança os 71%. Segundo Pereira; Rodrigues (2010), as mulheres apresentam uma situação que pouco tem se modificado nas últimas décadas, reafirmando a desvantagem da mulher negra no mercado matrimonial. Ela se encontra na menor porcentagem entre as casadas, o que fortalece a suspeita no tocante a essa exclusão.

A inclusão de uma política pública de saúde destinada à população negra na agenda estatal brasileira constitui um processo relativamente recente, marcado pela larga trajetória de luta e reivindicação de lideranças dos movimentos negros. As políticas que priorizam esse segmento social são apontadas como dispositivos de reparação e reconhecimento pelos danos causados aos negros e negras brasileiros em decorrência dos quase quatro séculos de escravidão. Para Barbosa (2011), políticas públicas compensatórias têm por objetivo corrigir situações históricas de desigualdades racial e social, direcionadas aos grupos étnicos que se encontram em posição de desvantagem.

As ações públicas de saúde, tomando a dimensão da problemática das iniquidades raciais, tem início no Brasil na década de 1980. Nesse sentido, as características assumidas pelos movimentos sociais negros, especialmente, o movimento de mulheres negras, tiveram notória participação na luta contra as desigualdades raciais, na busca pelo reconhecimento, por parte do poder público, de pertencas sociais específicas em oposição às políticas universalistas genéricas. Diante disso, a militância negra há tempo reivindicava a inclusão do quesito raça/cor nas estatísticas oficiais do Brasil, especialmente no campo da saúde (SOARES FILHO, 2012).

Assim posto, na busca pela construção de uma política pública de saúde em benefício das pessoas negras, uma das medidas adotadas pelos movimentos sociais ligados à causa negra consistiu em elaborar, divulgar e conscientizar a sociedade civil sobre a importância de contar com informações sistemáticas, confiáveis e de análises científicas que deixassem evidentes a existência das desigualdades raciais, ao passo que, persistiram na construção da identidade racial, bem como, na busca pela incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde, fato este que se tornou uma realidade na década de 1990 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Esses estudos permitiram ampliar, tanto o panorama histórico quanto o cenário atual referente às condições desfavoráveis de viver, adoecer e morrer de negras e negros. A sua relevância impactou em dar visibilidade a esse fenômeno social, contribuindo para legitimar o discurso político, dando fundamento às reivindicações e ao atuar dos movimentos sociais (WERNECK, 2016). Na continuidade, diversas ações foram promovidas e serviram de base para a criação da política focal de saúde. Merecem destaque: a produção do conhecimento científico sobre a temática, realização de seminários (nacional e internacional), oficinas, campanhas, criação de legislação sobre a Saúde da População Negra (BRASIL, 2005). Tais ações, destinadas a valorização de negras e negros, pleiteavam a inclusão e o debate das questões étnico-raciais no campo da saúde.

Nessa direção, o processo de construção da equidade racial em saúde foi legalmente reconhecido enquanto compromisso institucional com a publicação da Portaria nº 992/2009, que criou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cuja a marca é o reconhecimento oficial, pelo Estado brasileiro, do racismo institucional nas instâncias do SUS, das desigualdades étnico-raciais na política de saúde do país e do racismo como determinantes sociais das condições de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013). Tal política tem por finalidade, garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde de negras e negros.

Para Munanga (2006), as ações afirmativas possibilitam aos grupos discriminados e excluídos um tratamento diferenciado a fim de compensar as desvantagens decorrentes das situações de racismo e de outras formas de discriminação. É importante ressaltar que o SUS já estabelece entre seus princípios a equidade, que nada mais é, senão ofertar mais a quem mais precisa, ou seja, prestar um cuidado igualitário, mas respeitando as desigualdades existentes (PAIM, 2009). Portanto, é de fundamental importância que as demandas de cunho específico sejam reconhecidas e abordadas nos programas de governo e incluídas nos projetos elaborados pelas instituições.

Assim, dentro de um contexto maior, os avanços foram reconhecidos e contabilizados com a institucionalização da PNSIPN. No entanto, apesar das inúmeras evidências sobre as iniquidades raciais em saúde e as consequentes necessidades diferenciadas em saúde para a população negra, ainda são poucos os programas que preveem ações e metas específicas para a redução dessas desigualdades. A invisibilidade reservada ao tema Saúde da População Negra na agenda do setor saúde configura-se como um grande obstáculo a ser superado para se avançar na consolidação do SUS e na implementação da PNSIPN (BARBOSA, 2014).

A omissão das instituições públicas em atender essas especificidades caracteriza o que se chama de racismo institucional (CARNEIRO, 2003; RIBEIRO, 1995; WERNECK, 2013). Na avaliação de Camara Jones (2002), o Racismo Institucional é a dimensão mais negligenciada do racismo, pois desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, atuando como importante alavanca de exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesse grupo.

Nessa articulação, é importante ressaltar que, ao considerar a questão étnico-racial, aliada as questões de gênero, as relações desiguais se reproduzem de maneira contundente, com efeito devastador na saúde das mulheres negras, estas, por sua vez, guardam especificidades em que o Estado deve considerar ao planejar as políticas públicas para esse segmento social. De acordo com estudo realizado por Barbosa (2001), as mulheres negras morrem mais cedo, ainda que as estatísticas brasileiras comprovem que, as mulheres em geral têm maior longevidade que os

homens. Ainda segundo a autora, as mulheres negras morrem antes das mulheres brancas e dos homens brancos, tendo longevidade menor do que ambos.

Nesse contexto, há críticas sobre como e se é realizado o enfoque de gênero e raça na elaboração das políticas públicas, uma vez que, para dar conta das questões citadas, é necessário que haja um olhar direcionado para as especificidades das mulheres negras, ou seja, para a interseccionalidade, no caso entre gênero e raça. A identificação das diferenças permite distinguir às necessidades, orientando quanto à formulação de políticas públicas mais sensíveis as especificidades desse segmento social.

Dessa maneira, o estudo ora proposto parte da seguinte pergunta de pesquisa: em que medida as políticas públicas adotadas pelo poder público municipal de Lauro de Freitas-BA correspondem as necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde das mulheres negras? A hipótese central desse estudo consiste na compreensão de que, ainda que o desenho institucional estatal tenha incorporado, na última década, as demandas construídas pelos movimentos sociais ligados à causa negra (negros e negras), no que tange a implementação da política de saúde focal, isso não significou necessariamente a aderência da política pública a questão étnico racial, uma vez que, embora haja ações que dirijam módulos de programas mais gerais a um determinado segmento social, esses acabam por reiterar as desigualdades, reafirmando uma posição tutelada e histórica de subordinação das mulheres negras<sup>2</sup>.

Do mesmo modo, ao analisar as políticas públicas implantadas com enfoque em gênero, uma questão a ser considerada, do ponto de vista social, é a função desempenhada pela mulher na estrutura familiar. Os programas da área da saúde que adotam o modelo de atenção integral à saúde da mulher têm como foco o segmento materno-infantil, devido ao efeito multiplicador que tal ação pode ter sobre a família e a sociedade. A esse contexto, Sueli Carneiro (2002) nos mostra uma interessante perspectiva de entendimento sobre a categoria mulheres negras, a partir do olhar de gênero, com a reflexão: “a condição biológica de mulheres negras e brancas, especificamente, aquelas ligadas a sua capacidade reprodutiva não estabelece, nem mesmo é condição para instaurar uma dada igualdade de tratamento, do ponto de vista do poder relacional”. Logo, as subjetividades negras se deparam com realidades bastante adversas para o conjunto de mulheres.

A partir dessa concepção, e mais uma vez nos apoiando nas proposições de Carneiro (2003), a autora argumenta que, o grupo de mulheres indígenas e o grupo de mulheres negras, por exemplo, possuem demandas específicas que essencialmente, não podem ser tratadas,

---

<sup>2</sup> Nesse estudo foram consideradas mulheres negras o somatório dos valores referentes à pretas e pardas, conforme classificação do IBGE

exclusivamente, sob a rubrica da questão de gênero se esta não levar em conta as especificidades que definem o ser mulher neste e naquele caso. Assim, apostar no argumento da igualdade, com base na questão biológica, como pressuposto de uma mesma condição feminina, naturaliza diferenças historicamente construídas.

A motivação pela escolha desse tema para o presente estudo se iniciou com minha inserção no Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), pois isso aproximou meu interesse acadêmico em aprofundar alguns conhecimentos acerca das questões referentes às relações raciais. Pensar sobre quem é e o que significa ser negro(a) no Brasil, qual a sua realidade social, se existe ou não existe o racismo. Ao longo da infância, sabe-se muito pouco, ou melhor dizendo, pouco se entende a respeito da condição de ser menina e negra dentro dessa sociedade, sendo assim, vários questionamentos ficaram sem resposta. Na atualidade, na condição de enfermeira e servidora da saúde pública, ainda é custoso entender sobre a verdadeira engrenagem social brasileira, em que negros e negras estão predestinados, desde o nascimento, a ocupar posições subalternas na sociedade.

O estado brasileiro ainda não reconhece suas práticas racistas e, pior, está bem longe disso. Para minha surpresa, muitos de nós também não as reconhecemos. Esse entendimento, via de regra, é adquirido a partir da participação ativa em movimentos sociais e/ou por meio dos estudos. Percebe-se que uma parcela significativa da população ainda se espanta, e porque não dizer, se incomoda ao encontrar negros em funções consideradas de prestígio social ou em cargos de chefia. Tamanha perplexidade evidencia uma situação real: a ausência de pessoas negras em atividades que não sejam submissas. O que deve ser indagado, sobretudo, é o porquê dessa inexistência.

No imaginário coletivo, a função de comando obrigatoriamente deve ser ocupada por pessoas brancas, enquanto as atividades subalternas são designadas à negros e negras. Essa expectativa corresponde a um ordenamento construído na sociedade. É notório o quanto a hierarquia étnico-racial está organizada e cristalizada no entendimento da população. Não obstante, pessoas negras, em sua grande maioria, continuam enfrentando graves problemas de sobrevivência, e esse cotidiano é tão forte e presente, que de certa maneira, acaba fragilizando a interrupção desse ciclo de desigualdades, além de incubar o preconceito. Essa compreensão é uma constatação diária.

Certamente, ser uma mulher negra e profissional de saúde ampliou o meu interesse em pesquisar e dar visibilidade sobre as condições de acesso, de mulheres negras, aos serviços de saúde, pensando em termos da relação existente entre oferta de serviços públicos e observância

às especificidades desse segmento social. Acredito que a minha trajetória profissional tenha sido a mola propulsora dessa escolha. Entretanto, o que despertou meu interesse acadêmico e especial motivação pelo estudo foi que, ao realizar o levantamento bibliográfico, constatei que a produção nacional é bastante limitada sobre o tema.

Nesse panorama, há poucos trabalhos científicos abordando a temática referente à saúde das mulheres negras. Explicando melhor, a produção do conhecimento nessa área é insuficiente, o que demonstra o quanto o assunto é pouco explorado por pesquisadores da área da saúde. Diante dessa realidade, esse trabalho pretende apresentar algumas informações acerca do processo de formulação desse campo conceitual, que tem interesse prático para as instituições de ensino, tanto de graduação quanto da pós-graduação, na busca da inclusão da temática às suas bases curriculares, e assim, contribuir para a ampliação do interesse de estudantes e pesquisadores para preenchimento dessa lacuna.

Vale frisar ainda que, o estudo apresentado tem por finalidade subsidiar e contribuir para a formulação de políticas públicas adequadas às necessidades expressas em documentos que versam sobre os indicadores sociais e de saúde das mulheres negras brasileiras, como também, das demandas oriundas dos movimentos sociais organizados e de formulações realizadas em estudos prévios por especialistas. Em um cenário mais amplo, a relevância e a oportunidade da pesquisa ganham destaque diante da necessidade eminente de reivindicar que a gestão pública considere a questão racial e de gênero como conceito norteador para elaborar e implementar políticas públicas que contribuam com a desnaturalização da inferiorização de negras e negros, além de garantir o princípio da equidade, preconizado pelo SUS.

Diante do quadro aqui exposto, esse trabalho teve como objetivo geral: Analisar a dimensão das políticas públicas de saúde adotadas no município de Lauro de Freitas, voltadas para as mulheres negras e quais as suas vicissitudes ante as demandas específicas desse grupo social. Como objetivos específicos, o estudo procurou: 1) Narrar a participação do Movimento de Mulheres Negras do Brasil na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); 2). Revisar a bibliografia sobre o conceito de Racismo Institucional construído pelo feminismo negro; 3) Identificar e analisar as políticas, programas e ações destinadas à atenção às mulheres negras em Lauro de Freitas/BA.

Para desenvolver esse estudo, o trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro descreve os pormenores dos procedimentos metodológicos da pesquisa e as categorias analíticas trabalhadas. Explica-se o método utilizado, as limitações na coleta de dados, bem como, os aspectos relacionados ao local do estudo é apresentado.

O segundo capítulo diz respeito à fundamentação teórica da pesquisa. Aborda temas relacionado às desigualdades raciais no Brasil, teoria das relações raciais e a importância do Projeto Unesco no Brasil na desconstrução do mito da democracia racial. São apresentados os conceitos sobre Determinantes Sociais da Saúde e Racismo Institucional à luz do feminismo negro. Buscou-se com esse capítulo, elucidar o contexto histórico dos grupos étnicos posicionados em posição de desvantagem, particularmente, as mulheres negras, e a dificuldade de acesso a bens e serviços públicos por esse segmento social.

O capítulo três adentra na temática dos Movimentos Sociais e a luta pela construção do Sistema Único e de Saúde e das Políticas Públicas. Aborda ainda de maneira detalhada, o processo de organização política do Movimento de Mulheres Negras brasileiro e o protagonismo desse movimento na busca pela construção de Políticas Públicas, entre elas, a PAISM e PNAISM, destinadas à saúde da mulher, como também, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O quarto e último capítulo, destinado a apresentação e discussão dos resultados, inicia-se com a abordagem da situação de saúde de Lauro de Freitas/BA, destacando seus aspectos demográficos e econômicos. Na sequência é realizada a descrição de algumas políticas de saúde da mulher, editadas pelo Ministério da Saúde, com enfoque de gênero e raça. A seção prossegue com a análise dos documentos estratégicos da gestão municipal de saúde e a discussão acerca das Políticas Públicas de Saúde implementadas em Lauro de Freitas/Ba, destinadas a redução das iniquidades raciais das mulheres negras.

O trabalho encerra-se com algumas considerações finais, delineando o apanhado geral do estudo, articulado com os referenciais teóricos; as conclusões da pesquisa de modo a responder os objetivos construídos para o estudo, além da confirmação da hipótese; sugestões para a implementação de políticas destinadas à redução da equidade raciais, e por fim, breves reflexões acerca da luta das mulheres negras ao longo dos séculos.

## **CAPÍTULO I – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA E SEUS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **1.1 Sobre o Método**

A presente pesquisa é de cunho analítico descritivo com abordagem qualitativa. As informações necessárias para o desenvolvimento desse estudo, em termos metodológicos, são de caráter documental e bibliográfico. A pesquisadora, ao utilizar o estudo documental, objetiva extrair dele informações que o faz por meio de métodos e técnicas apropriadas para o seu manuseio, organização, análise e elaboração da síntese, contribuindo para uma melhor apreensão e compreensão de documentos dos mais diversos tipos.

Segundo Fonseca (2002, p.32), a pesquisa documental corresponde a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, entre outros. Assim, para esse estudo, foram eleitos alguns documentos oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde (que possuem o enfoque de gênero e raça, inserindo as especificidades das mulheres negras em suas ações), e os documentos estratégicos da saúde, elaborados pela gestão municipal (que reportaram a um período, datado em suas publicações, a partir do ano de 2010, ou seja, um ano após a implantação da PNSIPN) a fim de verificar se há nesses impressos, a presença da temática racial com vistas à pactuação de metas diferenciadas para a redução das iniquidades raciais em saúde.

Entre os documentos oficiais, elaborados pelo Ministério da Saúde apreciados encontram-se: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: A Saúde das Mulheres Negras”, o “Programa Nacional de DST/AIDS/Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil AfroAtitude); “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS” Plano Operativo (2008-2012/2013-2015/2017-2019). Dentre os documentos elaborados pela gestão municipal foram avaliados: Plano Municipal de Saúde/PMS (2010-2013/2014-2017/2018-2021), Plano Plurianual/PPA (2014-2017/2018-2021); Programação Anual de Saúde/PAS (2014, 2015, 2016, 2017, 2018) e Relatório Anual de Gestão/RAG (2014/2015/2016/2017).

A análise de dados foi realizada com base em leitura desses documentos. Considerando o Racismo Institucional e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como categorias analíticas dessa pesquisa, essas foram discutidas baseadas nos paradigmas que sustentam as práticas

sociais e institucionais. O estudo possibilitou o acesso ao registro oficial, assumido pelo poder público municipal, diante das questões étnico-raciais em saúde e as possíveis sinergias com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essas análises não tiveram como objetivo a neutralidade, mas, sim a produção como forma de intervir no cotidiano social e político das populações que estão em desvantagens devido às relações desiguais. Busca contribuir para que se qualifiquem e se repensem as práticas de cuidado das mulheres negras.

Também foram utilizados os dados referentes à população estratificados por raça/cor, oriundos das estimativas intercensitárias e censos demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como, os dados elaborados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A Síntese de Indicadores Sociais apresenta uma compilação de indicadores sobre a realidade social brasileira, abrangendo informações sobre os aspectos demográficos, educacionais, trabalho e rendimento, saúde, domicílios, famílias e grupos populacionais específicos, a exemplo, crianças, adolescentes e jovens, mulheres, negros, idosos, entre outros (IBGE, 2010). Tais informações permitem consolidar as análises sobre as desigualdades raciais na saúde e tem por finalidade, orientar formas de intervenção para superação dessas desigualdades.

Para o alcance dos objetivos da pesquisa, foi realizada ainda, a construção da narrativa sobre a participação do Movimento de Mulheres Negras frente à elaboração da PNSIPN. Para Prado; Soligo (2005), “a narrativa supõe uma sequência de acontecimentos, é um tipo de discurso que nos presenteia com a possibilidade de dar à luz o nosso desejo de revelar. [...] Todo o narrado é algo que se constrói a partir das partes escolhidas” (p.50). Assim, são diversas as definições que versam sobre os significados de narrativa, entre elas: uma história; algo contado ou recontado; um relato de um evento real ou fictício; um relato de uma série de eventos conectados em sequência; um relato de acontecimentos; uma sequência de eventos passados; uma série de eventos lógicos e cronológicos, etc.

O estudo narrativo parte do pressuposto de que a realidade é socialmente construída por meio das interações sociais entre as pessoas. Desse modo, para o desenvolvimento dessa investigação, a narrativa foi desenvolvida com a utilização de fontes bibliográficas (artigos e livros), de vários/as autores/as, e pesquisadoras que discutem sobre a atuação política do Movimento de Mulheres Negras brasileiro no contexto da formulação da PNSIPN.

## 1.2 Limitações na coleta de dados

Quando se pretende analisar e problematizar um determinado aspecto da realidade, tal como a política pública de saúde destinada aos grupos étnicos reconhecidos como menos favorecidos da população (negras e negros), tendo como referência para essas análises dados estatísticos, há que se considerar todos os limites e lacunas presentes na metodologia da coleta de dados e nos resultados obtidos em tais pesquisas. Paixão (2005), por exemplo, relata que uma das maiores dificuldades para o tratamento da realidade da população negra e indígena diz respeito à sistemática lacuna de informações nos censos demográficos, uma vez que, nos três últimos recenseamentos (1980, 1991 e 2000) realizado pelo IBGE, a variável raça/cor não foi inserida no universo da pesquisa, tendo sido incluída somente na amostra (cerca de 10%) do questionário.

Dito isso, é importante ressaltar que esse estudo possui limitações a serem consideradas. Destaca-se a inexistência de alguns indicadores, especialmente, os socioeconômicos, individualizados por município, ou seja, as informações quando disponíveis, estavam agrupadas no grupo “Região Metropolitana de Salvador”. Assim, algumas análises foram realizadas tendo como referência a totalidade do grupo.

Um outro ponto relevante é, mesmo havendo a necessidade de trabalhar as categorias separadamente (negro(a), branco(a), homem, mulher), no entanto, esse tratamento conceitual nem sempre é passível de operacionalização. Por essa razão, em alguns momentos tivemos que empregar as categorias da variável raça/cor agrupando-as: população branca e negra (esta última como somatório de pardos e pretos). Os ajustes foram efetuados, o que assegurou a manutenção da confiabilidade da pesquisa, bem como, dos dados apresentados.

Embora tais limitações estejam presentes no estudo, estas não inviabilizaram a discussão sobre as desigualdades que podem estar relacionadas à diversos aspectos, bem como não impediu de desvelar mecanismos que operam o processo de discriminação racial, os quais estão ocultos nos dados e em muitas práticas sociais. Decerto não cabe ignorar o fato de que a inclusão da variável raça/cor em pesquisas oficiais representa uma árdua conquista do movimento negro no Brasil, processo este que, embora lento, ganhou maior ênfase na segunda metade da década de 1990.

### 1.3 Local do estudo

A base territorial do estudo foi o município de Lauro de Freitas, BA. A cidade está incluída na Região Metropolitana de Salvador (RMS), onde ocupa uma extensão geográfica com 60 km<sup>2</sup>. Conta com um litoral de seis quilômetros banhados pelo Oceano Atlântico, divididos em três praias. Apresenta clima tropical quente úmido e temperaturas médias anuais equivalentes a 24 graus centígrados. A unidade de conservação do município que se destaca como apta à prática do ecoturismo é a Área de Proteção Ambiental Joanes/Ipitanga, com cerca de 22.000 hectares de mata atlântica (LAURO DE FREITAS, 2017).

É apontado como um dos municípios mais industrializados da Bahia, ocupando o 3º lugar entre eles. Apresenta uma planta industrial baseada em inúmeras "indústrias limpas". Nesse cenário, cabe destacar que em 2017, de acordo com dados do IBGE (2020), a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 58,6%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, havia 35,5% da população nessas condições (IBGE, 2020).

Talvez, por todos esses fatores, aliado à sua proximidade geográfica com a capital baiana, o que favorece o fluxo diário e contínuo de trabalhadores e estudantes entre as regiões, a população residente de Lauro de Freitas vem demonstrando, ao longo dos anos, uma forte tendência ao crescimento populacional. Entre 2010 e 2016 esse aumento foi de 3,2% ao ano. Merece destaque o ano de 2013, cujo crescimento atingiu o patamar de 7,2%, em comparação a 2012, o que significou um crescimento de 13.341 habitantes (LAURO DE FREITAS, 2017). Tal fenômeno representa um impacto na atenção à saúde, que precisa ser considerado no planejamento da oferta e organização dos serviços.

Dito isso, no campo da saúde pública, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Lauro de Freitas é composta pela rede própria e rede complementar contratada do SUS Municipal. Predominam dois modelos de atenção com abordagens diferenciadas e complementares. O modelo médico-assistencial, vinculado à Rede de Média e Alta Complexidade, responsável pela oferta de serviços especializados, sendo composta pelos serviços ambulatoriais e de Urgência/Emergência, incluindo a rede hospitalar, cujo predomínio das ações é destinado ao apoio diagnóstico e às práticas terapêuticas. Integrada a Rede da Atenção Básica, a Saúde da Família (SF) surge como modelo prioritário na reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS) que, além da atenção curativa, tem suas ações voltadas para a prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde. Assim, busca a resolutividade da atenção à saúde.

O município de Lauro de Freitas dispõe de 41 Equipes de Saúde da Família (ESF)<sup>3</sup> distribuídas em 16 Unidades Básicas de Saúde e 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para o ano de 2017, a cobertura<sup>4</sup> estimada pelas equipes de Atenção Básica foi de 66,6% (LAURO DE FREITAS, 2017). Possui também, em seu território, 02 (dois) hospitais públicos, um pertencente à rede municipal e o outro à rede estadual, sendo esse, referência para a urgência e emergência, ambos, no entanto, funcionam com acolhimento à demanda espontânea. O serviço conta com 145 leitos, distribuídos entre: cirúrgicos gerais, cirúrgico de diagnóstico e terapêutico, pediatria clínica e cirúrgica, ortopedia, traumatologia, cirurgia geral, neonatologia, clínica geral, obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica e UTI adulto (LAURO DE FREITAS, 2017).

A saúde de Lauro de Freitas está referenciada ainda por: 02 Ambulatórios de Média Complexidade (destinados a atenção à saúde da criança, mulher, homem e idosos, incluindo as atividades de reabilitação); 01 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - UPA (Adulto e Pediatria), 02 Pronto Atendimento, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD- Álcool e Drogas, CAPS IA - Infantil e Adolescente, CAPS II Adulto), 01 Laboratório Central de Análises Clínicas, Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica – 01 Rede de Frio, Vigilância Sanitária, Ambiental, Controle de Controle de Zoonoses - CCZ e Saúde do Trabalhador, Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atenção Especializada em IST/AIDS – CTA/SAE) e Unidades Móveis (LAURO DE FREITAS, 2017).

Diante do exposto, o recorte territorial da pesquisa justifica-se por diversos fatores que se entrelaçam ao estudo ora proposto. O primeiro, corresponde ao expressivo contingente populacional de negros e negras, residentes no município de Lauro de Freitas. Em 2010, esse número foi equivalente a 75,4% (IBGE, 2010). Segundo, o evidente desenvolvimento local, impulsionado, sobretudo, a partir da instalação das indústrias, da expansão do setor imobiliário, do comércio e da prestação de serviço de forma geral, o que resultou em impactos positivos na geração de emprego e renda para a população, bem como, na crescente demanda pela oferta de serviços públicos, e, em especial, nas áreas de saúde e educação. Terceiro, por se tratar de uma cidade litorânea, suas características naturais e ambientais tornam-se propícias às atividades

---

<sup>3</sup> De acordo com a Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017, a ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. Cada ESF é responsável pelo atendimento de até 4.000 mil pessoas, em sua área de abrangência.

<sup>4</sup> Termo utilizado na Atenção Básica, em referência a áreas geográficas definidas/cadastradas, com populações adscritas, com até 4.000 pessoas, e em acompanhamento pelas equipes de saúde da família.

destinadas ao lazer. O conjunto de todos esses fatores, correspondem aos Determinantes Sociais da Saúde.

Considerando que a desigualdade racial tem sido um fator de influência e/ou determinação do lugar do indivíduo na sociedade, definindo seu maior ou menor acesso à riqueza, escolaridade, moradia, bens públicos, serviço de saúde, entre outros, almeja-se avaliar, por meio da pesquisa documental, o grau de alcance e impacto das políticas públicas de saúde implementadas em Lauro de Freitas, na realidade de 75,4% da população de Lauro de Freitas que é negra.

## CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Desigualdades Raciais no Brasil: considerações

Nos últimos anos, houve um maior reconhecimento do perfil étnico-racial<sup>5</sup>, por parte da população brasileira, o que resultou no crescimento do número de pessoas que se autodeclararam negras. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população negra é formada pelos que se reconhecem pretos e pardos. O Brasil é o segundo país do mundo com maior número de pessoas negras, ficando atrás apenas da Nigéria. A Bahia é o estado com a maior proporção de habitantes negros, assim como a Região Metropolitana de Salvador (RMS), onde está incluída a cidade de Lauro de Freitas (GOMES, 2016).

Estudos apontam que a desigualdade social<sup>6</sup> no Brasil é decorrente da distribuição desigual das riquezas do país e atingem brancos e negros. No entanto, os indicadores sociais<sup>7</sup> contradizem tal premissa e revelam a existência de uma relação diretamente proporcional entre pobreza e negritude na sociedade brasileira. Dados elaborados pelo IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) vêm demonstrando a não uniformidade dos indicadores socioeconômicos entre brancos e negros. Melhor dizendo, as estatísticas evidenciam que pessoas pretas vivem em condições piores do que aquelas consideradas brancas (BRASIL, 2013).

A literatura aponta diversas reflexões para esse fenômeno, sendo uma delas de caráter histórico. Considera a exclusão decorrente da escravidão e as limitações de inserção social após a abolição que gerou mecanismos de desigualdade entre a população negra e não negra no Brasil. Por outro lado, do ponto de vista sociológico, observam-se argumentos de cunho econômico e social favorecendo a reprodução da pobreza na população negra. Talvez por isso, ou por causa disso, Guimarães (2002), considere pouco provável haver a possibilidade de construir um consenso nacional sobre as desigualdades raciais no país. Para Denize Ribeiro (2012), devemos nos voltar para nosso passado histórico a fim de reconhecer os caminhos pelos quais se perpetuaram essas relações desiguais.

---

<sup>5</sup> Esse maior reconhecimento étnico racial, ocorreu, sobretudo, a partir do atuar do Movimento Negro que, tornou-se um movimento de vanguarda, com discursos mais contundentes, na busca pela valorização dos aspectos relacionados à cultura negra e resgate da identidade étnica do povo negro (GUIMARÃES, 2002; RIBEIRO, 2012).

<sup>6</sup> Para medir as desigualdades sociais, são utilizados os indicadores relacionados à distribuição das riquezas sociais como renda, escolaridade e ocupação, sendo os mais representados para descrever as desigualdades de uma população (GOÉS; NASCIMENTO, 2013).

<sup>7</sup> Segundo Ribeiro (2004), em qualquer indicador social existe uma desvantagem sistêmica das mulheres em relação aos homens, de igual modo, da população negra em comparação com a branca, sendo que essa desvantagem é particularmente majorada para as mulheres negras.

Os dados de saúde disponíveis, desagregados por cor, indicam que no Brasil negras e negros experimentam as maiores taxas de analfabetismo, os maiores índices de pobreza, as mais altas taxas de morbidade e mortalidade geral, mortalidade infantil e materna, mortalidade por diabetes, hipertensão e por violência. As doenças mais prevalentes na população negra são: anemia falciforme, doença hipertensiva da gravidez, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. Nesse sentido, negros e negras, ao longo das gerações, têm acumulado todas as desvantagens sociais e na saúde, em combinação com as desigualdades de gênero, entre outras (BRASIL, 2001; ARAUJO, 2007; BRASIL, 2010a; PAIXÃO et al., 2010; BRASIL, 2013; GÓES; NASCIMENTO, 2013).

Apesar da ampla divulgação dos dados estatísticos, as relações raciais no campo da saúde são, via de regra, marcadas por uma invisibilidade por parte da maioria dos profissionais e das instituições como um todo. Para compreender o contexto em que ocorrem essas relações, a princípio, consideradas homogêneas, em termos de raça, gênero e classe, é necessário permear por algumas abordagens que envolvem a temática, articulando a questão racial com as teorias sociais e o campo da saúde pública. No pano de fundo desse debate, as contribuições de Guimarães (2002), Denize Ribeiro (2012), Oliveira Junior (2013), Carone e Bento (2014) são importantes ferramentas analíticas, haja vista que nos permitem compreender tanto a estrutura política quanto as contradições históricas que marcaram a trajetória dos grupos étnicos minoritários.

Em linhas gerais, a invisibilidade institucional pode ser entendida como o não acesso dos negros e negras à assistência em saúde, e isso acarreta aos sujeitos implicações subjetivas intensas. Desse modo, Oliveira Junior (2013) ao considerar a invisibilidade como sendo uma estratégia do Estado e que tem por finalidade ocultar a diversidade étnica do povo negro, o autor traz um olhar crítico e fundamental para se pensar de que forma demandas específicas, relativas a uma dada esfera da sociedade, poderia em definitivo entrar na agenda pública, ou seja, como transformar em reconhecimento o que antes era invisibilidade. Ao analisar a questão, Denize Ribeiro dialoga com Oliveira, e utiliza o raciocínio:

[...] parte desse enfrentamento consiste em um processo de autorreconhecimento das diversidades do ser negro no Brasil por parte dos próprios negros, de desenvolver formas de respeito às diferenças internas e de tornar tais diferenças algo que fortaleça a população negra (RIBEIRO, 2012, p.123-124).

Dito isso, a autora argumenta que esta vertente, isto é, da existência da ‘cidadania cultural’, tem sido amplamente utilizada pelos diversos movimentos sociais (negros e negras)

espalhados pelo Brasil, ao longo do processo de luta política pela garantia de direitos historicamente negados a esta parcela da população. Sob a perspectiva desse olhar, a pensadora evidencia que os caminhos percorridos através da criação das mais variadas formas de organização em prol de uma luta pacífica, demonstrou-se coerente e significativa em termos de resultados, apesar de ainda contar com poucos aliados (RIBEIRO, 2012).

Guimarães (2002) coaduna com Ribeiro no que diz respeito à organização da agenda política dos movimentos negros e acrescenta:

O movimento negro recente trouxe para a cena brasileira uma agenda que alia política de reconhecimento (de diferenças raciais e culturais), política de identidade (racialismo e voto étnico), política de cidadania (combate à discriminação racial e afirmação dos direitos civis dos negros) e política redistributiva (ações afirmativas ou compensatórias) (GUIMARÃES, 2002, p. 105).

A ação do movimento negro foi fundamental para conscientizar a sociedade brasileira a respeito das suas contradições raciais, aprimorar as formas de organização e os métodos de luta em prol de conquista dos direitos civis, bem como, a busca pela construção da efetiva igualdade de oportunidades raciais no país. Desse modo, segundo o autor, o protesto negro tem se destacado e obtido êxito em suas reivindicações por empreender uma linha de abordagem mais propositiva, melhor dizendo, ao abdicar as reivindicações gerais e focar nas reivindicações mais específicas tem garantido a inserção de negros e negras ao sistema vigente (GUIMARÃES, 2002). Carone e Bento (2014), por sua vez, ao refletir sobre a questão da invisibilidade em relação aos grupos étnicos minoritários, coloca desta forma:

Este silêncio e a cegueira correspondem a um jogo de interesses econômicos, visto que, permitem não prestar contas, não compensar e não indenizar os negros pela apropriação do seu trabalho ao longo dos anos. Por essa razão políticas compensatórias ou de ação afirmativa são taxadas de protecionistas, cuja meta é premiar a incompetência negra (CARONE; BENTO, 2014, p.27)

Essa explicação de Carone e Bento é pertinente porque nos ajuda a refletir sobre as lacunas provocadas por quase 4 (quatro) séculos de um sistema escravocrata e os problemas estruturais da sociedade, após a abolição oficial da exploração do povo negro em território nacional. A partir de uma discussão à luz da literatura, observa-se que ao longo da história brasileira, condições desiguais foram geradas para os segmentos populacionais com características étnicas e culturais específicas. Em outras palavras, pessoas negras. O que resultou num quadro de iniquidades enfrentado por esse segmento social.

Para Guimarães (2006), o argumento de que as desigualdades sociais no Brasil estão amarradas à mecanismos invisíveis de discriminação racial favorecem a sua reprodução, ou seja, passou a ser consensual, atingindo, na última década, não só os espaços públicos, como também, os próprios organismos de planejamento governamental.

O Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (PAIXÃO et al., 2010) demonstra a redução da qualidade e da expectativa de vida de pessoas negras, e revela maiores chances de morte materna e infantil, além do menor acesso a serviços de saúde por esse grupo, quando comparado ao restante da população. Segundo o diagnóstico de Carone Bento (2014, p.26), o que parece interferir nesse processo é o que ela denomina de pacto, ou seja, “um acordo tácito entre os brancos de não se reconhecerem como parte absolutamente essencial na permanência das desigualdades raciais no Brasil”. Dessa forma, o acesso diferenciado a bens e serviços públicos, bem como, os limites para a utilização desses serviços pelos negros e negras, especialmente nas áreas de saúde e na educação, revela-se como um dos reflexos da exclusão social.

Um estudo realizado entre os anos de 1997 e 2007, com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde demonstrou por meio do Mapa da Violência que o risco de um jovem negro ser vítima de homicídio no país é 130% maior que de um jovem branco. Os estudos concluíram que não é a pobreza absoluta, mas as grandes diferenças de renda que forçam para cima os índices de homicídio no Brasil. Ainda nessa linha, os sociólogos Hasenbalg e Silva (1992), com base na análise dos dados censitários, demonstrou estatisticamente que, a cor dos indivíduos tinha grande peso na explicação da pobreza e na sua reprodução, o que os autores definiram como “ciclo cumulativo de desvantagens” dos negros. Guimarães faz síntese interessante que baliza a discussão:

A explicação normalmente aceita, tanto pelos governos, quanto pelo povo, é de que a discrepância entre brancos e negros deve-se ao passado escravista...[...]. Há, portanto, no Brasil, seja na mentalidade popular, seja no pensamento erudito, seja na demografia ou na sociologia, na economia ou na antropologia, seja entre governantes e governados, o consenso de que os pobres são pretos e que os ricos são brancos (GUIMARAES, 2002, p.64).

Em que pese, nesse ponto, essa é uma questão espinhosa, pois, segundo o diagnóstico de Guimarães, muito embora tal explicação tenha um fundamento de verdade, ela empeça alguns problemas graves, a saber:

Primeiro, isenta as gerações presentes pela desigualdade atual; segundo, oferece uma desculpa fácil para a permanência das desigualdades; terceiro, deixa sugerido que os

diversos governos têm buscado corrigir, gradualmente, tais disparidades (GUIMARÃES, 2002, p.65).

Para Guimarães (2002), o argumento comumente utilizado e disseminado pelos economistas e por representantes do poder público é que a resolução natural dos problemas sociais está diretamente atrelada ao crescimento econômico do país. No entanto, fazendo um balanço crítico, constata-se por meio de indicadores sociais e dos estudos realizados e amplamente divulgados pelos movimentos negros, que as causas da pobreza negra são decorrentes da falta de oportunidades, do preconceito e da discriminação racial. Portanto, no Brasil, como afirmam Hasenbalg e Silva (1990), a pobreza teria as cores preta e parda.

De acordo com Guimarães (2002), no Brasil, estatisticamente está bem estabelecido e demonstrado o fato de que a pobreza atinge mais pessoas negra em comparação com as brancas. Nesse contexto, é preciso, por um lado, ter um olhar para o passado histórico a fim de identificar os caminhos pelos quais se perpetuaram essa relação desigual e, por outro lado, não perder de vista a realidade atual. Em sucessivas aproximações Telles (2003), introduz outro elemento no debate ao afirmar que:

Frequentemente, presume-se que a desigualdade racial decorre da discriminação racial, mas na verdade, não há relação automática de causa e efeito. No Brasil, as desigualdades raciais são tidas, às vezes, como simples resultado de questões históricas, tais como geradas pela escravidão e, portanto, sua superação dependeria de tempo... [...]. A desigualdade racial também tem sido explicada como sendo resultado de características geográficas desfavoráveis e de um menor capital humano de pardos e pretos, que podem não estar relacionados com a discriminação racial. Alguns argumentam que os negros possuem rendas inferiores aos brancos, porque esses são mais propensos a residir em regiões com poucos recursos, como o Nordeste. Outra explicação seria que muitos negros de classe média são classificados como brancos (TELLES, 2003, p.221).

Diante dessa realidade, a questão está longe de ser pacificada. A abordagem em pesquisas dessa dimensão continua enfrentando diversas resistências. Estudos realizados com grupos étnicos nos Estados Unidos demonstraram que os negros norte-americanos, em comparação aos brancos, estão em desvantagem, tanto devido à discriminação, especialmente no mercado de trabalho, quanto em termos de recurso. Para Telles (2003, p.221), a desvantagem de recursos é decorrente de diversos fatores como “condições históricas, educação, riqueza, acesso a certos círculos sociais, capital social e autoestima”.

Dito isso, o autor problematiza, ao considerar que existe uma forte inter-relação entre desvantagem de recursos e discriminação. No entanto, reconhece não ser tarefa fácil mensurá-la, uma vez que a discriminação racial apresenta-se por meio de múltiplas manifestações

difusas. Por essa perspectiva, Guimarães (2002) entende que, assim como no caso americano, a questão racial no Brasil provavelmente passe a ser objeto de dois discursos competitivos, ambos em sintonia com o reconhecimento pleno da cidadania negra.

É importante destacar que a discriminação racial com outras formas de relações desiguais, tais como, as relações de gênero, deve ser particularmente considerada. Trazer à luz a história das mulheres negras no Brasil que, apesar de contribuírem de forma incessante para construção da identidade nacional e para o desenvolvimento do país, não têm sua participação reconhecida devido às representações desumanizadoras que foram construídas historicamente, e sofrem com a discriminação e a violência. Os números que cercam as condições de vida da mulher negra estampam essa realidade.

Para elucidar esse argumento, Ribeiro (2008) a partir dos dados do IPEA do ano de 2000 afirma que as mulheres negras estão em sua maioria nas ocupações subalternizadas, a exemplo, o serviço doméstico, onde compõem 71% do efetivo total de mulheres que trabalham na área. As mulheres negras, ainda de acordo com a análise, aparecem como responsáveis financeiras de suas famílias, em um percentual maior que as brancas. As mulheres negras têm menor escolaridade em relação às brancas, sendo também menor a renda das primeiras. Dados da PNAD 1989 e 1999 mostram que, considerando raça e gênero, homens brancos possuem os salários mais altos; em seguida, homens negros e as mulheres brancas; e, por último, as mulheres negras têm salários significativamente inferiores.

Ao analisar essa questão, a feminista negra Ângela Davis (2016) oferece uma visão interessante sobre o assunto. A autora nos instiga a pensar que o ponto de partida para uma investigação a respeito da vida das negras seria uma avaliação de seus papéis como trabalhadoras sob a égide da escravidão, uma vez que o trabalho compulsório ocultaria os demais aspectos da existência das mulheres. A pensadora dá sinais de que, muito embora tenha havido mudanças na estrutura ocupacional ao longo dos anos, necessariamente, não resultou em ganhos significativos nessa esfera para a mulher negra, ou seja, a barreira social não foi rompida, perpetuam-se as desigualdades raciais e de gênero.

As mulheres negras, escreve Carneiro (2003), sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas às múltiplas formas de discriminação social em consequência da conjugação perversa do racismo e sexismo, resultando em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos em todas as dimensões da vida. Diante dessa dupla subvalorização, é válido afirmar que para as mulheres negras atingirem os mesmos níveis de desigualdades existentes entre homens e mulheres brancos seria necessária uma significativa mobilidade social (CARNEIRO, 2003, RIBEIRO, 2008).

A perpetuação dessa situação pode ser constatada nos dias atuais nas estatísticas e na vida cotidiana. Dados oficiais de 2015, do mapa da violência, mostram um aumento de 54%, em 10 anos, o número de homicídios de mulheres negras, passando de 1.864, em 2003, para 2.875, em 2013. No mesmo período, a quantidade anual de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%, saindo de 1.747 em 2003, para 1.576 em 2013. Segundo os dados de 2013 do Ministério da Saúde, a violência contra a mulher negra ocorre 55,3% em ambiente doméstico; e em 33,2% dos casos, esses crimes são cometidos por parceiros ou ex-parceiros das vítimas. O país tem a quinta maior taxa de homicídios de mulheres do mundo, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (WAISELFISZ, 2015).

Esses resultados são indícios indiretos dos diferenciais raciais no acesso aos serviços públicos. Explicando melhor, estudos apontam que os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves. As mortes por causas violentas em mulheres, especialmente, as mulheres negras, evidenciam a fragilidade da rede de atenção e proteção a aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, é necessário que haja um olhar direcionado para as especificidades das mulheres negras, ou seja, para a interseccionalidade, no caso, gênero e raça.

Do ponto de vista teórico, o conceito político do termo interseccionalidade, tal como foi batizado, na década de 1990, pela feminista negra americana Kimberlé Crenshaw tem sido amplamente utilizado para analisar a relação entre as diferentes maneiras de opressão. Assim, a afro-americana define interseccionalidade como sendo: “formas de capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação” (CRENSHAW, 2002, p.177). Ou seja, é o resultado das interações entre as diversas estruturas de poder e suas implicações na vida das minorias. É a consequência das diferentes maneiras de dominação. A partir de então, a autora argumenta ser necessário entender e analisar de forma conjunta todos os fatores e elementos implicados no processo de discriminação e opressão. Dito de outra forma, é preciso estudar não apenas isoladamente o fato de ser mulher, é primordial correlacionar com outros elementos, tais como, o ser negra, lésbica, entre outras.

A articulação entre os conceitos de gênero, raça e **saúde**<sup>8</sup> é uma das maneiras de se desnaturalizar e desestruturar as desigualdades que formam a sociedade capitalista (FIGUEIREDO, 2008). Diferentes estudos vêm sinalizando diferenças concretas no campo da saúde pública e adquire especial importância quando se discute a interseccionalidade de gênero e raça. Pesquisa publicada por Souza (1995), no campo da saúde reprodutiva, verificou, ao

---

<sup>8</sup> Grifo nosso

analisar mulheres negras e brancas, usuárias de um posto de saúde em São Paulo, maior prevalência de miomas entre mulheres negras: 41,6% contra 22,9% entre mulheres brancas e reincidência de 21,9% contra 6%, respectivamente.

Ao aprofundar sua análise, verificou que, nos casos de miomas em mulheres negras investigadas, essas chegaram à maior proporção que as mulheres brancas a uma histerectomia<sup>9</sup> (BRASIL, 2005a). A princípio, vê-se com clareza que existem condições de acesso e tratamento diferenciado entre mulheres negras e brancas. Essas diferenças podem estar relacionadas aos processos históricos no contexto do racismo presente em nosso cotidiano.

Colocando sob o foco, mais uma vez, as mulheres negras, a pesquisa de Leal, Gama e Cunha (2005), foi capaz de demonstrar as desigualdades raciais, sociodemográficas na assistência pré-natal e ao parto, no município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001. As autoras apresentam uma clara desvantagem, nesse setor, para as mulheres negras, o que é ratificado por Góes (2016) no artigo “Racismo Científico, definindo humanidade de negras e negros”, onde a autora afirma:

[...] as mulheres negras são menos tocadas pelos profissionais de saúde para a realização de procedimentos preconizados na consulta de pré-natal, levam menos tempo esperando para serem atendidas e ficam menos tempo em atendimento com o profissional (GÓES, 2016, p.1).

O trabalho de Martins (2006; 2007), ao analisar dados sobre mortalidade materna com perspectiva racial, verificou que o risco de mortalidade provocada por eclâmpsia<sup>10</sup> é maior entre as mulheres negras, configurando importante expressão de desigualdade. Segundo López (2012), diante desses resultados da pesquisa de Martins, pode-se observar que ao entrelaçar as categorias gênero e raça, evidencia-se que as mulheres negras apresentam desvantagens sociais relevantes na saúde.

É inegável que as questões raciais afetam a saúde e a qualidade de vida das mulheres negras, passando não apenas pelas situações de discriminação, mas também pelas próprias leis. Entre as várias causas de morte de mulheres negras, a ilegalidade do aborto pode ser considerada uma das mais devastadoras. Para Góes, em entrevista à Arraes (2014), assim como o aborto clandestino, é possível afirmar que todos os problemas de saúde pública acarretam consequências mais graves e trágicas às mulheres negras, que protagonizam os piores índices e estatísticas nas pesquisas institucionais. A negligência sofrida pelas mulheres negras denuncia

---

<sup>9</sup> Consiste na remoção cirúrgica do útero. Pode ser total ou parcial (BRASIL, 2004).

<sup>10</sup> Eclâmpsia é uma complicação grave na gravidez, caracterizada por episódios repetidos de convulsões, seguidos de coma, e que pode levar a parturiente a morte (BRASIL, 2004).

a potencialização do racismo com os valores machistas dominantes sobretudo porque esses fatos expõem as bases da discriminação vivida atualmente, construída sobre os alicerces escravistas e etnocêntricos de uma cultura que inferioriza sobretudo o negro e a mulher.

Os dados apresentados e as situações descritas revelam quanto as desigualdades sociais têm raça e gênero e, quando somadas, são elevadas pelas desigualdades raciais. Como resultado, o silêncio diante das questões raciais deixa claro o quanto a naturalização de fatos que não são naturais acaba por inferiorizar e desumanizar negras e negros, cuja condição de existência se torna indiscutivelmente vulnerável. Desse modo, por sustentar toda a estrutura ideológica, política e econômica da sociedade, o racismo e seus desdobramentos podem ser considerados pilares mestres de nossa história (BARBOSA, 2014; RIBEIRO, 2012; WERNECK, 2016).

## **2.2 Teoria das Relações Raciais no Brasil**

### **2.2.1 Democracia Racial: a matriz discursiva brasileira**

Tradicionalmente, no Brasil, as diferenças raciais serviram como cortinas de fumaça para legitimar o processo histórico de discriminação racial destinado aos grupos étnicos minoritariamente representados. O discurso de que o problema não é racial, mas simplesmente social, contribuiu para a disseminação, no imaginário coletivo, e no mundo acadêmico, do pensamento ideológico intitulado por “Democracia Racial”. Tal ideologia, encontrou respaldo, dentre outros intelectuais do século 20, na concepção sociológica defendida por Gilberto Freyre (1975) e Sérgio Buarque de Holanda (1995).

Muito embora, a autoria da expressão democracia racial não possa ser cunhada a nenhum deles, seus estudos tornaram-se relevantes, sendo considerados pontos de ancoragem para o entendimento dessa ideologia, bastante difundida, principalmente a partir da década de 1950. O culto à mestiçagem como processo principal da formação da identidade nacional foi a base de um discurso que se tornaria desde então hegemônico no país (BRASIL, 2012). Inicialmente, prevaleceu a compreensão de que se tratava realmente de um ideal fundador da nacionalidade brasileira.

Nesse sentido, os teóricos ressaltam que no Brasil se vive uma “democracia racial”, melhor dizendo, há uma convivência pacífica entre as etnias, logo, todos teriam, individualmente, chances iguais de sucesso. Acredita-se que a ênfase a esse recorte analítico estaria fomentando um racismo inexistente. O intelectual brasileiro deu a sentença final a

respeito da distinção entre os impactos do biológico e do cultural na influência das relações raciais. Suas teorias de mestiçagem e da democracia racial têm sido utilizadas como armas de dominação da elite branca contra a população negra (MALOMALO, 2014).

A visão do paraíso discutida por Holanda (1995) ao apresentar as releituras acerca do mito do paraíso terrestre em solos brasileiros demonstra, assim como Freyre (1975) também o fez, a ideia de que este mito estaria na matriz da formação do povo brasileiro, constituindo, dessa forma, o seu mito fundador. Tal discurso ideológico tem contribuído para a manutenção e perpetuação das práticas de desrespeito e inferiorização contra os grupos étnicos subalternizados (SCHWARCZ, 1994).

As bases democráticas estavam consolidadas neste projeto nacionalista, construído a partir de distintos elementos culturais. Assim, a mistura cultural unificaria a nação em torno de uma identidade única e miscigenada, ou seja, a identidade nacional brasileira. Portanto, o ideal da harmonia racial, baseada na ausência do antagonismo e violência entre brancos, negros e índios, serviria como um importante dispositivo de definição da identidade nacional (BRASIL, 2012).

Assim posto, disseminou-se no imaginário social a crença de que tivemos um processo de miscigenação pacífico e moralmente consentido, desde o período colonial, onde os mestiços, desde que bem-educados, seriam regularmente incorporados às elites. Esse mito, aliado ao ideal de embranquecimento da população, tem permitido esconder e negar a presença da ideologia racista, isto é, da superioridade branca e inferioridade negra, em nossa sociedade, o que reforça as teses eugenistas de inferioridade biológica dos negros e negras (CARONE; BENTO, 2014; SCHWARCZ, 1994).

Percebe-se que o sistema racial americano foi tomado como referência às avaliações locais. Desse modo, o racismo era interpretado como sinônimo de segregação institucionalizada, logo, qualquer outra forma de exclusão, inclusive a não institucionalizada, característica do sistema racial brasileiro, seria entendida como ausência de racismo. Daí a construção da imagem positiva referente às relações raciais no país. É importante ressaltar que, muito embora a mestiçagem não seja uma exclusividade brasileira, todavia, no Brasil, a convivência racial ganhou sofisticação e destaque, ganhando espaço como modelo a ser exportado, como por exemplo, pelo Projeto Unesco.

Nesse cenário, a dificuldade de obter e agrupar informações, com recorte étnico racial, acerca das condições de saúde de negras e negros, pode, em parte, ser justificada pela perpetuação dessa ideologia, tanto no imaginário social, quanto nas instituições, nos dias atuais. O mito tende a diminuir o problema racial para as questões de direitos humanos, da justiça

social e da consolidação democrática, dificultando a erradicação das desigualdades raciais nas Políticas Públicas.

Mesmo reconhecendo a existência do preconceito, no Brasil, a ideia de harmonia racial se impõe as estatísticas e à própria consciência da discriminação. Para Schwarcz (1994), o mito, antes de ser uma falsa consciência, é um conjunto de valores que tem efeitos concretos nas práticas dos indivíduos. Dessa forma, os recorrentes dados de desigualdade segundo raça/cor e a realidade social brasileira, alicerçada nas bases da mestiçagem racial e da igualdade entre os povos fundantes da nação, constituem um entrave para a solução dos dilemas sociorraciais do país. Dito de outro modo, mesmo reconhecendo a existência do preconceito, o que fica evidente por meio das estatísticas e dos diagnósticos disponíveis é que houve um descaso histórico por parte dos governos brasileiros com relação a pobreza, que atinge, sobretudo, os grupos étnicos minoritários (GUIMARÃES, 2002; MUNANGA; GOMES, 2006).

A democracia racial constantemente é vinculada a ideia de “desigualdade de direitos”, como também, associada à noção de “igualdade”, ou seja, independente da cor. Tal formulação ocasiona um engano proposital e tem como resultado uma nociva maquiagem da tessitura social. De acordo com Carone e Bento (2014), o ideal social do branqueamento, realizado por meio da imigração europeia, enquanto solução para o problema racial brasileiro, foi a alternativa local encontrada com o intuito de clarear a população do país, uma vez que, a mesma encontrava-se excessivamente negra e mestiça, segundo a avaliação das elites dominantes da época.

Desse modo, tão importante quanto demonstrar as falácias do mito, talvez seja refletir sobre sua eficácia e permanência, resistentes ao descrédito teórico, ao longo dos anos. Para alguns, a democracia racial representa preconceito de classe, mas não de raça; outros a considera uma relação genuína de tratamento entre brancos e negros, cuja intimidade e convivência harmoniosa, por se só, seriam admiráveis. Alguns estudiosos consideram ser possível dissociá-la da noção de uma falsa ideologia e compreendê-la como um simples mascaramento intencional da realidade.

Para o estudioso das relações raciais no Brasil, Florestan Fernandes (2008), a democracia racial seria o padrão ideal de comportamento a ser alcançado, muito embora, em seus escritos, reconheça a sua não existência no país, tendo em vista que, não atinge a todos de forma igualitária, por essa razão, o autor considere que, a expressão tenha sido utilizada como estratégia das elites para mascarar as desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira.

O discurso ideológico não é mais oficial, entretanto, permanece presente. Perde o aspecto científico e ganha o senso comum. Nesse ínterim, não devemos perder de vista que em diversos

pontos aconteceram mudanças significativas, pois, devido à extensa quantidade de dados gerados e amplamente divulgados, a cada dia que passa está mais difícil sustentar publicamente a igualdade de oportunidades que muitos acreditavam existir. Tais argumentações são caracterizadas pelos números que comprovam o contraditório da realidade social brasileira apresentada.

Por essa razão, pode-se afirmar que, no Brasil, negras e negros têm sido alijados de uma condição integral, digna e coletiva de existência, tornando-os mais vulneráveis a vários tipos de agravos. Faz-se necessário buscar esclarecer o que esse discurso formador ideológico representa, visando descortinar tais relações raciais, e, assim, amenizar seus efeitos, pois, apesar das tentativas de desconstrução, ele se faz presente e oportuno, e suas consequências podem ser identificadas com a continuidade do processo de naturalização e aceitação do preconceito através da perpetuação da ideia da harmonia racial. Logo, a democracia racial se mascara sobre a forma de invisibilidade das desigualdades raciais. Este seria mais um modo de comprovar a repetição do passado no presente.

### **2.2.2 Projeto Unesco no Brasil: peculiaridades e importância**

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)<sup>11</sup> é assim definida por promover a cooperação no plano internacional, além de manter estudos com foco em descobertas no campo da ciência para resolução de conflitos e tensões, com o objetivo de promover a educação, a cultura e a paz entre as nações. Desde a sua criação, coube à Unesco, a responsabilidade por um tema que aflorava como problemática a ser solucionada: a convivência entre povos e nações distintos quanto ao pertencimento étnico-racial e cultural (CRUZ, 2018).

Nessa direção, em 1950, a Unesco patrocina um estudo, a ser realizado no Brasil, descrito como nação que, muito embora tenha recebido grupos racialmente distintos, não exibia conflitos em termos de convivência quando contrastados com outras nações com distinta composição populacional no que tange a diferentes pertencimentos étnicos e raciais (UNESCO, 1950). A pesquisa tem por finalidade oferecer, no âmbito dos conhecimentos das ciências sociais, informações sobre as condições que induzem a uma “situação desfavorável” e que poderiam auxiliar na construção de “relações inter-raciais mais pacíficas e felizes” (UNESCO, 1950, p. 4).

---

<sup>11</sup> A UNESCO surge no ano de 1946 em decorrência dos efeitos após a Segunda Guerra Mundial, cujo objetivo é garantir a segurança e a paz em esfera internacional. Com sede em Paris, França.

A razão pela qual motivou a realização do projeto está relacionada à agenda antirracistas formulada pela Unesco no final da década de 1940, sob o impacto do racismo e dos resultados decorrentes da Segunda Guerra Mundial. Tais acontecimentos tornaram-se ainda mais dramáticos com o surgimento da Guerra Fria, o processo de descolonização africana e asiática, a perpetuação de grandes desigualdades sociais em escala planetária e da persistência do racismo em diversas partes do mundo (PEREIRA; SANSONE, 2007). De acordo com Arthur Ramos (1938), o tema das relações raciais assumia um lugar privilegiado para a percepção e análise dos desafios da transição do tradicional para o moderno, do cenário de significativas desigualdades sociais e raciais, da diversidade regional e da busca em conformar, em definitivo, uma identidade nacional.

Diante desse cenário, a alternativa pelo Brasil, considerado modelo de convivência pacífica entre povos, deu-se pela crença na representação, notadamente discursiva, do país como o lugar que havia suplantado conflitos raciais. Assim, naquele momento, desfrutava de uma imagem positiva, em termos de relações inter-raciais, quando comparado com o contexto segregacionista norte-americano e o sul-africano. Dito de outro modo, o país foi escolhido como “laboratório” a ser estudado, pois, à época, a democracia racial no Brasil passa a ser considerada um fato, fundamentado na miscigenação e na ausência de preconceito racial (AZEVEDO, 1996). A controvertida crença torna-se um dos principais alicerces ideológicos da integração racial e do desenvolvimento do país, sendo assim, suficiente para atrair os holofotes internacionais.

Segundo a análise de Paixão:

Tal semântica atuou como uma representação cujo conteúdo delineou a narrativa de uma presença, um determinado feitio brasileiro que poderia e deveria ser propagandeado ao mundo. Uma constituição alimentada pela construção de um arquétipo racialmente democrático não apenas da figura do brasileiro, mas do país como espaço onde habitavam pessoas com diferentes pertencimentos étnico-raciais conviviam harmonicamente sem conflitos (PAIXÃO, 2005 apud CRUZ, 2018, p.3-4).

A proposta consiste em realizar uma ampla investigação sobre as relações raciais brasileiras com o intuito de determinar os fatores econômicos, sociais, políticos, culturais e psicológicos favoráveis ou desfavoráveis à existência de relações harmoniosas entre raças e grupos étnicos (COSTA PINTO, 1998). Desse modo, a busca é por soluções universalistas capazes de eliminar os efeitos perversos do racismo, após os impactos catastróficos da Segunda Guerra Mundial. Para Guimarães (2007), a série de estudos sobre relações raciais foi decisiva

para que jovens cientistas sociais brasileiros e estrangeiros refletissem de maneira articulada e comparativa sobre a integração e a mobilidade social dos negros na sociedade brasileira.

Entre os vários locais escolhidos para a realização da pesquisa estava a Bahia, devido a sua longa tradição de estudos sobre o negro; e, particularmente Salvador, que apresentava forte presença e influência da cultura africana. Coube a Thales de Azevedo a realização de um estudo sobre a ascensão social dos negros e as tensões individuais e sociais decorrentes de tal processo de mobilidade na capital baiana. Concretizado em diferentes etapas, o programa contou com nomes que despontavam no Brasil, a exemplo, Florestan Fernandes, Luiz de Aguiar Costa Pinto, Oracy Nogueira, René Ribeiro, estudantes norte-americanos como o Marvin Harris, entre outros. Contou ainda com a colaboração de estudiosos já estabelecidos, tais como, Roger Bastide e Charles Wagley (AZEVEDO, 1996).

É importante ressaltar que, Virgínia Bicudo, a partir de seu percurso como pesquisadora e docente na Escola de Sociologia e Política de São Paulo integrou o projeto, sendo a única mulher negra a compor a equipe da pesquisa. As investigações sobre as relações raciais entre crianças, em especial, os escolares<sup>12</sup>, e as mulheres negras, ambos, na cidade de São Paulo, foram as linhas de atuação de Bicudo, no interior do Projeto Unesco, visando estabelecer uma cartografia a respeito da condição social desses grupos, de uma forma específica (CRUZ, 2018).

Os estudos realizados, nas regiões Nordeste e Sudeste, comprovaram, então, por meio de dados sistemáticos sobre a existência do preconceito e da discriminação racial no Brasil<sup>13</sup>. Entre suas principais características encontravam-se: a) o fato de estar mais associado à cor da pele e do fenótipo do que à origem racial de um indivíduo, que ficou conhecido como *preconceito racial de marca*, em oposição ao *preconceito racial de origem*; b) a capacidade de operar no cotidiano e produzir apatia sem realizá-lo explicitamente; por fim, c) a capacidade de operar sem explicitar aquele que o opera (TURRA; VENTURI, 1995).

Dito isso, a utopia brasileira foi colocada em xeque. Inaugura-se uma série de produções onde há a denúncia da ideologia da democracia racial<sup>14</sup>. Os teóricos evidenciam ainda, em seus escritos, que a expressão tenha sido comumente utilizada para mascarar relações de poder

---

<sup>12</sup>O termo “escolares” utilizado para se referir a crianças que frequentam o espaço escolar.

<sup>13</sup> Aqui vale dizer que, o resultado da grande maioria das pesquisas confirmou o que o movimento negro brasileiro já afirmava e enfrentava décadas antes. Meios de comunicação como, por exemplo, o jornal *Quilombo*, criado por Abdias do Nascimento, são de 1948. Para os intelectuais negros organizados da época, a questão racial era também uma questão política e existencial.

<sup>14</sup> Ao despir a democracia racial brasileira, um novo discurso denunciatório do movimento negro ascende no cenário da sociedade, tendo o “mito da democracia racial” como seu principal mote mobilizador durante as décadas seguintes, de 1970 a 1990. Estimulados com os acontecimentos internacionais, na década de 1970, sobretudo a descolonização de países africanos, o movimento negro brasileiro se organiza com um discurso mais afrocentrado e quilombista, buscando assim construir e valorizar uma herança africana no Brasil.

estabelecida entre negros e brancos desde o período que reporta à época da colonização.<sup>15</sup> Os estudos mais difundidos em relação à questão racial, de autores como Florestan Fernandes, Carlos Hasenbalg e outros, dão conta de compreender a forma de integração do negro diante da nova ordem social estabelecida, ou seja, o sistema capitalista, cenário este, fortemente marcado por uma economia competitiva. Partindo de um pressuposto indiscutivelmente comprovado de que a maioria da população pobre era a população negra, desenvolveu-se a tese que as desigualdades raciais poderiam ser extintas resolvendo-se as desigualdades de classe.

Assim, o Projeto UNESCO representou não apenas um empreendimento acadêmico, mas também, um espaço de produção teórica sobre as questões étnicas e raciais brasileiras à época. Ao produzir um amplo acervo sobre a existência do preconceito e da discriminação racial no país, evidencia-se a presença de uma forte correlação entre cor/raça e *status* socioeconômico numa sociedade de classes. Desse modo, o projeto pode ser considerado como um importante momento na luta antirracista na história política e cultural do Brasil dos anos de 1950. Ao revisitar essas impressões há uma inflexão temporal que apresenta, não somente a atualidade do tema, mas também, as colocam-nas na contemporaneidade.

### **2.3 A Concepção de Determinantes Sociais da Saúde**

Os estudos sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) passam a fundamentar os principais aspectos referentes às iniquidades em saúde, o que significou a ampliação e o fortalecimento da abordagem intersetorial<sup>16</sup> no setor saúde. As evidências obtidas a partir das pesquisas têm demonstrado a associação positiva entre saúde e os fatores econômicos, sociais e ambientais, entre outros. Vale ressaltar que só recentemente esse conceito vem sendo incorporado ao arcabouço conceitual e analítico destinado a formulação de políticas e estratégias em direção à saúde.

O estudo em questão, ganha especial destaque no século XX, especificamente na década de 1990, a partir do momento em que a ciência da saúde passa a ser considerada como

---

<sup>15</sup> Os resultados das pesquisas do Projeto Unesco foram publicados em Wagley et al. (1952), Azevedo (1953), Costa Pinto (1953), Bastide e Fernandes (1955), Nogueira (1955) e Ribeiro (1956).

<sup>16</sup> Conceito utilizado para definir a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno (FEUERWERKER; COSTA, 2000)

essencialmente social, ou seja, para além do enfoque centrado na doença. A redemocratização do país e as discussões em torno do conceito ampliado de saúde criaram condições favoráveis e sem precedentes para a adoção de abordagens ligadas aos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, destaca-se a Teoria Ecosocial, proposta pela primeira vez pelo nome em 1994 por Nancy Krieger. Trata-se de uma teoria ampla e complexa com o objetivo de descrever e explicar as relações causais na distribuição da doença. De acordo com Antunes (2015), o trabalho de Krieger tem seu foco nas desigualdades sociais em saúde, abordando especificamente a etiologia desse fenômeno e os métodos para melhorar seu monitoramento, assim como o desenvolvimento de modelos teóricos que possam explicar os determinantes sociais da saúde. Atualmente, as investigações de Krieger envolvem a relação entre saúde e diferenças de gênero, orientação sexual, condição socioeconômica e raça.

Segundo Krieger (2012), o estudo científico, de que maneira a discriminação prejudica a saúde, exige métodos teoricamente fundamentados. O que está em questão é como a discriminação, enquanto uma forma de injustiça social, torna-se desigualdade incorporada e se manifesta como desigualdade na saúde. Conforme esclarecido pela teoria ecosocial, os métodos devem abordar as realidades vivenciadas da discriminação como um fenômeno social, explorador e opressivo, operando em vários níveis e envolvendo inúmeras vias ao longo da vida e das gerações históricas.

Como exemplo, podem-se incluir expressões biológicas da pobreza e vários tipos de discriminação tais quais as baseadas em raça/etnia, gênero, sexualidade, classe social, deficiência ou idade. Se essas expressões biológicas da desigualdade social são interpretadas como manifestações de características individuais ou sociais inatas ou impostas, em parte, dependem, das mesmas desigualdades sociais que moldam a saúde da população. O conceito de “expressão biológica da desigualdade social” contrasta com formulações determinísticas biológicas que tentam explicar as desigualdades sociais no campo da saúde por meio de processos e características biológicas usadas tautologicamente para definir a participação em grupos subordinados ou dominantes (por exemplo, cor da pele ou sexo biológico) (KRIEGER, 2002).

Uma abordagem integrada de pesquisa incorporada deve, portanto, considerar: 1) o nível estrutural - passado e presente de discriminação de *jure and de facto* (de direito e de fato); 2) o nível individual - questões de domínios, natividade e uso de medidas de discriminação explícita e implícita; e 3) como os métodos atuais de pesquisa provavelmente subestimam o impacto do racismo na saúde (KRIEGER, 2012).

A teoria sobre as desigualdades sociais em saúde é profunda. Uma razão é que é bem óbvio que os padrões populacionais de saúde (boa ou ruim) refletem as distribuições populacionais de privação e privilégio. Comentários para esse efeito podem ser encontrados no *Corpus Hippocraticus* e nos primeiros textos da medicina chinesa antiga. Observações sobre disparidades de saúde, no entanto, não se traduzem necessariamente em um entendimento comum da causa. Sendo assim, por esse motivo desenvolver uma teoria é a chave (KRIEGER, 2001).

Por exemplo, considere-se apenas os séculos de debates nos Estados Unidos da América (EUA) sobre a saúde precária dos negros americanos. Nas décadas de 1830 e 40, escolas opostas se perguntaram: É porque os negros são inerentemente inferiores aos brancos? Ou por serem eles escravizados? No debate contemporâneo, as perguntas são: As causas estão em genes ruins? Maus comportamentos? Ou o acúmulo de más condições de vida e trabalho decorrentes de notórias políticas sociais passadas e presentes? A tensão fundamental, então e agora, está entre teorias que procuram causas de desigualdades sociais em saúde, em características inatas *versus* impostas, ou individual *versus* social (KRIEGER, 2001).

Em um artigo desenvolvido por Antunes (2015) com base em uma entrevista realizada com Nancy Krieger, a pesquisadora foi questionada a respeito da definição clássica de “desigualdades em saúde” englobar um juízo moral ao indicar diferenças na saúde que seriam desnecessárias, evitáveis e injustas. Todavia, de acordo com Antunes, os pesquisadores dos EUA normalmente se referem às desigualdades em saúde como disparidades, ou seja, como um conceito desprovido de qualquer conotação moral. Sendo assim, Krieger se pronunciou da seguinte forma sobre como o conceito de “desigualdades na saúde” se relaciona com outros termos usuais, como “iniquidades” e “disparidades” em saúde:

Nos Estados Unidos, a referência explícita à equidade e iniquidade é incomum em nossas pesquisas e relatórios em saúde. Em vez disso, praticamente único entre as nações, nosso discurso oficial e científico usa principalmente a expressão “disparidades de saúde”, geralmente como abreviação para “disparidades étnico-raciais na saúde”, embora sem nunca se referir explicitamente ao racismo e à injustiça. De modo relacionado, o discurso dos Estados Unidos é permeado por noções de “grupos populacionais” e “populações especiais”, sem qualquer explicação explícita de porque certos “subgrupos da população” são singularizados como sendo “especiais”. Uma dica, no entanto, é que essas “populações especiais” – mulheres, crianças, negros, deficientes, idosos, lésbicas, bissexuais, gays e transgêneros, os pobres e as pessoas nas áreas rurais – incluem quase todos, exceto os homens brancos de meia-idade, relativamente afluentes, são, urbanos e heterossexuais. Para entender o que liga esses grupos, é preciso ir além de definições meramente descritivas e despolitizadas de “disparidades em saúde” – como fez, por exemplo, em 1999, o *National Institutes of Health* ao definir “disparidades” simplesmente como “diferenças” em saúde entre vários “grupos de população”. Contudo, é claro que nem

todas as diferenças são as mesmas. Algumas delas não têm base na injustiça social; outras são reflexos gritantes de tais injustiças (ANTUNES, 2015, p.178-179).

Ainda na entrevista, Krieger continua com sua explicação e diz que estão em xeque as políticas e práticas desleais e injustas de saúde do passado, assim como do presente, tendo em vista que estas privilegiam econômica e socialmente certos grupos populacionais em detrimento de outros. A questão básica é que essas relações sociais injustas entre grupos acabam por moldar suas características, o que inclui seu estado de saúde. Portanto, é essa injustiça (em consequência das relações e interações sociais desiguais) que define e produz as desigualdades na saúde, e não apenas a “diferença” (ANTUNES, 2015).

Krieger (2002) também sugere uma classificação dos aspectos de discriminação:

- Tipo: referindo-se aos grupos dominantes e subordinados e à ideologia justificativa;
- Forma: estrutural, institucional ou interpessoal; legal ou ilegal; direta ou indireta; manifesta ou disfarçada;
- Autoria: perpetrada pelo estado ou por autores não estatais (institucionais ou individuais);
- Expressão: verbal ou violenta; mental, física ou sexual;
- Domínio: por exemplo, em casa, família, escola, trabalho, rua ou em ambiente público; conseguir um emprego, uma casa, créditos ou empréstimos, assistência médica ou comprar outros bens e serviços; pela mídia, pela polícia ou pelos tribunais, outros órgãos públicos ou serviços sociais;
- Nível: individual, institucional, bairro, comunidade, jurisdição política, nacional, regional, global.

A teoria ecossocial da distribuição de doenças busca integrar o raciocínio social e biológico e uma perspectiva dinâmica, histórica e ecológica para gerar novas ideias sobre os determinantes da distribuição populacional da doença e das desigualdades sociais no campo da saúde. Para a teoria ecossocial, a questão fundamental é: O que e quem é responsável pelas tendências da população em saúde, doença e bem-estar, manifestadas nas desigualdades presentes e passadas na saúde social e suas mudanças? Portanto, explicações epidemiológicas adequadas devem levar em consideração as distribuições espaciais da doença, persistentes e mutáveis, incluindo as desigualdades sociais em saúde. Desse modo, a teoria ecossocial convida a considerar como a saúde da população é gerada a partir de condições sociais, necessariamente voltada para processos biológicos em todas as escalas de espaço-tempo (KRIEGER, 2002).

As teorias de distribuição de doenças tentam explicar os padrões populacionais atuais de doenças e suas mudanças no tempo e no espaço e, no caso da epidemiologia social, entre diferentes grupos sociais (no mesmo país ou entre diferentes países, ao longo do tempo). Usando, como qualquer outra teoria, grupos interrelacionados de ideias cuja probabilidade pode ser comprovada pela ação e pensamento humanos, as teorias da distribuição de doenças assumem teorias de etiologia da doença voltadas para seus mecanismos, mas não podem ser reduzidas apenas para isso. A atenção explícita à teoria etiológica é essencial, porque observações compartilhadas de disparidades sociais no campo da saúde não se traduzem necessariamente em um entendimento comum das causas. Por exemplo, o aumento do risco de infecção pelo HIV/AIDS em mulheres negras pobres é atribuído à desigualdade social pela teoria ecossocial da distribuição de doenças, mas é atribuído à “má conduta” pelas teorias biomédicas do estilo da vida como causa da doença (KRIEGER, 2002).

Assim, dando continuidade à questão dos Determinantes Sociais da Saúde, dentre as diversas abordagens possíveis para se entender seu conceito, apresentamos três definições que nos parecem úteis à discussão, e que têm sido defendidas e utilizadas por alguns autores, como Buss e Pellegrini Filho (2007, p.78), que explicam que, de acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), o termo DSS é definido da seguinte forma: “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população”. Ainda conforme os mesmos autores, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, adota um conceito bastante sucinto, refere que as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham correspondem aos DSS. Já Tarlov (1996), entende os DSS como sendo as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Em suma, as definições utilizadas expressam na atualidade, o entendimento amplamente difundido de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos, dos grupos e da população estão diretamente relacionadas com a sua situação de saúde, ou seja, essa relação é demarcada pela forma como os seres humanos vivem. Tal constatação nos remete a refletir a respeito de que o local ocupado pelos indivíduos, as classes e os grupos na sociedade influenciam e afetam de maneira desigual no tripé saúde-doença-adoecimento. O reconhecimento das condições de vida indica uma concepção que ultrapassa as dimensões biológicas e ecológicas da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde deriva, principalmente, de fatores como: condições do nascimento; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo, idade; local de moradia; condições de vida; condições de trabalho, emprego e

renda; acesso à informação e aos bens e serviços. Nesse sentido, os indicadores de saúde demonstram que, embora para a população em geral, as taxas de mortalidade ou morbidade pela maioria das causas estejam em queda, as desigualdades étnicas e raciais têm sido mantidas nos mesmos patamares ao longo dos anos; algumas até aumentaram (BRASIL, 2011). Desse modo, para elevar os níveis de saúde de toda a coletividade, antes de tudo é preciso interferir na estrutura econômica e política do país. Explicando melhor: se a ideia é melhorar a saúde dos indivíduos e da população, é preciso, sobretudo, atuar especialmente sobre os determinantes vinculados às condições de vida.

Os estudos relativos aos DSS indicam a possibilidade da existência de diferentes abordagens analíticas. Por essa perspectiva, vários modelos foram formulados com o objetivo de potencializar e fundamentar as análises a respeito da relação entre os determinantes sociais e sua associação com os diversos fatores estudados, tendo como base os mais variados enfoques. Desse modo, o CNDSS (BRASIL, 2008a) adota o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead que inclui os determinantes sociais acomodados em diferentes camadas, ou seja, da camada mais próxima dos determinantes individuais à camada mais distal, onde estão situados os macrodeterminantes.

Apoiados na construção teórica apresentada por Dahlgren e Whitehead, a partir de então, conforme esse modelo, os indivíduos juntamente com suas características individuais relacionadas à idade, sexo e fatores genéticos estão dispostos na base. Na camada sucessora externa, destaca-se o comportamento e o estilo de vida individual. A camada subsequente ressalta a influência das redes comunitárias e de apoio. No nível imediatamente posterior estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, tais como: saúde e educação. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BRASIL, 2008a).

Dito isso, o ponto central deste estudo consiste em entender a relação entre determinantes sociais de saúde e estabelecer uma hierarquia entre os fatores mais gerais, isto é, de cunho social, econômico e político e aqueles relacionados essencialmente ao estilo de vida, sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas, em outras palavras, não coexiste a relação direta de causa-efeito. Portanto, o conhecimento dos determinantes sociais de saúde é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação de políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, os estudos sobre desigualdades em saúde evidenciam o racismo como determinante social da saúde e que deve ser considerado como uma das categorias centrais para análise dessas iniquidades, visto que, é condição histórica e carrega consigo o preconceito e a discriminação, constituindo um dos principais obstáculos à construção de uma democracia plena e efetiva no Brasil. Assim, reconhecer a existência dessa dimensão é essencial para enfrentá-la. Manifesta-se tanto por ação quanto pela omissão, mediante atuação institucional e/ou por meio das relações entre as pessoas. Afeta a população negra de forma geral, e a mulher negra em particular.

Para Werneck (2005), o racismo enquanto fenômeno ideológico atua como um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, particularmente no campo da saúde. Assim, os dados epidemiológicos desagregados por raça/cor, conforme indica Werneck (2016):

[...] são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência (WERNECK, 2016, p.540-541).

Diante disso, reconhecer que ele se manifesta e se expressa em diferentes níveis, a partir de diferentes mecanismos, é fundamental para avançarmos em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

Ainda nessa linha, há que considerar que, devido à sua dimensão sociocultural e das implicações no processo saúde-doença, o racismo pode ser analisado como sendo um determinante social de saúde, pois, tem influência direta na vida, na dinâmica das instituições e nas relações interpessoais. Desta forma, a ideia acerca de que negros são mais fortes, resistentes a dor e ao sofrimento, intensifica-se no imaginário coletivo, com impactos nas instituições de saúde. Assim posto, as autoras Góes e Nascimento (2013), ao analisarem dados comparativos sobre a utilização de anestesia no parto entre mulheres negras e brancas apontam que as primeiras recebem menos anestésico. Nesse ponto, Werneck (2005) destaca que o racismo enquanto fenômeno ideológico atua como um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, particularmente no campo da saúde.

Avaliando as análises de Foucault, que ao abordar a questão do corpo a partir das relações de poder argumenta que, mesmo após a extinção do sistema escravocrata, os mecanismos utilizados para eliminar o corpo negro não finalizaram. Assim, o sistema político centrado no biopoder pode ser considerado o elemento chave para explicar a maneira pela qual é possível

exercer o poder de deixar morrer. Na esteira dessa discussão, o filósofo sugere que o critério utilizado para decidir quem vive e quem morre é o da raça, logo, entra em cena o fator biológico.

Desse modo, o racismo passa a ser o regulador da política dos corpos e da vida, ou seja, é a ferramenta utilizada para que o Estado possa definir quais membros da sociedade podem viver e quais devem morrer. Em suma, é por meio do funcionamento da biopolítica que o Estado garante o controle biológico da sociedade. Atua de forma a beneficiar o grupo racial hegemônico em detrimento ao grupo racial segregado. Utiliza, especialmente, as instituições de saúde e da educação com esta finalidade. Vale ressaltar que, a morte aqui representada não significa o assassinato propriamente dito, porém tudo o que pode matar de maneira simbólica, a exemplo, expor a riscos e a marginalização, expulsão e pôr fim a morte política (FOUCAULT, 1999). Assim posto, a vida passa a ser concebida no campo político.

#### **2.4 O Racismo Institucional como limitador de acesso a direitos e serviços**

O racismo em sua versão institucional representa uma de suas faces mais oculta, e contribui para a perpetuação de uma condição estruturante de desigualdade. Corresponde a uma ideologia que assegura, mediante a exploração simbólica e material dos negros, a manutenção da ordem social vigente. Assim posto, no Brasil, o racismo institucional opera tanto na esfera pública quanto na privada. O elemento central da relação racial é o poder. Por isso, racismo é sinônimo de dominação (ALMEIDA, 2018). Essa dominação se reflete no sistema de saúde.

De acordo com Camara Jones (2000), as diferenças raciais nos resultados de saúde são rotineiramente documentadas, mas, na maioria das vezes, continuam mal explicadas. De fato, em vez de explorar vigorosamente a base das diferenças, muitos cientistas se ajustam à raça ou restringem seus estudos a um grupo racial. Ignorar as pistas etiológicas embutidas nas diferenças de grupo impede o avanço do conhecimento científico, limita os esforços de prevenção primária e perpetua ideias de diferenças biologicamente determinadas entre as raças.

A autora explica que a variável raça é apenas uma representante aproximada do *status* socioeconômico, da cultura e dos genes, mas captura com precisão a classificação social das pessoas em uma sociedade preocupada com a raça, como os EUA. A raça observada em um formulário de saúde é a mesma registrada por um balconista, um policial ou um juiz, e essa classificação racial tem um profundo impacto na experiência da vida cotidiana neste país. Ou seja, a variável “raça” não é um construto biológico que reflete diferenças inatas, mas um construto social que capta com precisão os impactos do racismo. Por esse motivo, alguns pesquisadores têm levantado a hipótese de que as diferenças associadas à raça nos resultados

de saúde são de fato devido aos efeitos do racismo. Por isso, é importante poder examinar os efeitos potenciais do racismo em causar diferenças associadas à raça nos resultados de saúde (JONES, 2000).

Camara Jones (2000) apresenta uma estrutura teórica para entender o racismo em três níveis: institucionalizado, mediado pessoalmente e internalizado. Essa estrutura é útil para levantar novas hipóteses sobre a base das diferenças raciais nos resultados de saúde, bem como para projetar intervenções eficazes para eliminar essas diferenças. A autora apresenta uma alegoria sobre um jardineiro com dois vasos de flores, solo rico e pobre e flores vermelhas e rosas:

Quando meu marido e eu compramos uma casa em Baltimore, havia dois grandes vasos para flores na varanda da frente. Quando a primavera chegou, decidimos cultivar flores neles. Um dos vasos estava vazio, então compramos terra para envasá-lo. Não fizemos nada no solo do outro vaso, assumindo que estava tudo bem. Em seguida, plantamos sementes de um único pacote de sementes nas 2 caixas. As sementes que foram plantadas no vaso com solo novo rapidamente cresceram e floresceram. Todas as sementes brotaram, as mais vitais ficaram altas e fortes, e até as sementes fracas chegaram a uma altura mediana. No entanto, as sementes plantadas no solo antigo não se saíram tão bem. Muito menos sementes brotaram, com as fortes entre elas apenas chegando a uma altura mediana, enquanto as fracas morreram. Acontece que o solo antigo era pobre e rochoso, em contraste com o novo solo para vasos, rico e fértil. A diferença de rendimento e aparência nos dois vasos de flores era uma ilustração vívida da vida real da importância do meio ambiente. Aqueles leitores que são jardineiros provavelmente terão testemunhado esse fenômeno com seus próprios olhos.

Agora vou usar esta imagem dos 2 vasos de flores para ilustrar os 3 níveis de racismo. Vamos imaginar um jardineiro que tenha 2 vasos de flores, um que ele sabe estar preenchido com solo rico e fértil e outro que ele sabe estar preenchido com solo rochoso e pobre. Este jardineiro tem 2 pacotes de sementes para o mesmo tipo de flor. No entanto, as plantas cultivadas a partir de um pacote de sementes apresentarão flores cor de rosa, enquanto as plantas cultivadas a partir de outro pacote de sementes apresentarão flores vermelhas. O jardineiro prefere vermelho sobre rosa, então ele planta a semente vermelha no solo rico e fértil e a semente rosa no solo pobre e rochoso. E com certeza, o que eu testemunhei em meu próprio jardim também acontece neste jardim. Todas as flores vermelhas crescem e florescem, como as mais aptas a crescer altas e fortes e até as mais fracas, chegando a uma altura mediana. Mas na caixa com o solo pobre e rochoso, as coisas parecem diferentes. As sementes mais fracas cor de rosa nem conseguem, e as mais fortes crescem apenas até uma altura mediana.

Com o tempo, as flores nesses dois vasos vão dar sementes, deixando sua progênie cair no mesmo solo em que estavam crescendo. No ano seguinte, acontece o mesmo, com as flores vermelhas no solo rico crescendo cheias, vigorosas e fortes, enquanto as flores rosas no solo pobre lutam para sobreviver. E essas flores vão dar sementes. Ano após ano, acontece a mesma coisa.

Dez anos depois, o jardineiro vem inspecionar seu jardim. Olhando para os 2 vasos, ela diz: “Eu tinha razão em preferir vermelho a rosa! Veja como as flores vermelhas são vibrantes e bonitas e veja como são lamentáveis e magras as rosas” (JONES, 2000, p.1213 – tradução nossa).

Essa história ilustra a relação entre os três níveis de racismo. Também destaca o fato de que o racismo institucionalizado é o mais fundamental dos três níveis e deve ser tratado para

que mudanças importantes ocorram. Finalmente, fornece a percepção de que, uma vez abordado o racismo institucionalizado, os outros níveis de racismo podem se curar ao longo do tempo. Talvez a questão mais importante levantada por essa história seja: Quem é o jardineiro? Afinal, o jardineiro é quem tem o poder de decidir, o poder de agir e o controle sobre os recursos. Geralmente, o jardineiro é o governo. Como a história ilustra, há um perigo particular quando esse jardineiro não está preocupado com a equidade (JONES, 2000).

Muitas outras questões surgem dessa história simples. Jones (2000) coloca os seguintes questionamentos: 1) Qual é o papel dos pesquisadores em saúde pública na exploração sistematizada das bases das disparidades vermelho-rosa, incluindo as diferenças no solo e os fatores estruturais e atos de omissão que mantêm essas diferenças? 2) Como fazer para que o jardineiro que é dono de todo o jardim não fique satisfeito apenas quando as flores vermelhas prosperam? 3) Se o jardineiro não investir em todo o jardim, como as flores cor de rosa podem recrutar ou cultivar seu próprio jardineiro? Assim, a autora convida o leitor a compartilhar esta história com familiares, vizinhos, colegas e comunidades, tendo em vista que essas questões levantadas e as discussões que serão geradas podem ser o início de uma tão necessária conversa sobre racismo. Esta alegoria ilustra a relação entre os três níveis de racismo e pode guiar o pensamento sobre como intervir para mitigar os impactos do racismo na saúde.

Em relação a essa concepção institucional, pode-se afirmar que ela representa um significativo avanço teórico no que diz respeito ao estudo das relações raciais, uma vez que, segundo o diagnóstico de (ALMEIDA, 2018, p.29-33), muito embora sua concepção não seja menos danosa à existência humana ela é “menos evidente, mais sutil, menos identificável em termos de indivíduos específicos que cometem os atos”. Ou seja, o racismo não se restringe as ações e condutas realizadas de maneira individualizada, sendo assim, o olhar sobre o fenômeno passa a ser direcionado a organização da engrenagem institucional e aos seus resultados. Na avaliação do autor, a dinâmica estabelecida no interior das instituições, ainda que de forma indireta, estabelece desvantagens e privilégios a partir da raça.

No Brasil, em 2005, foi implementado o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em uma parceria estabelecida com o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID) (BRASIL, 2006c). Conforme explica López (2012), esse programa adotou a definição de racismo institucional definida pela Agência do Reino Unido, por meio do relatório publicado em 1999, referente ao inquérito sobre o caso do jovem negro Stephen Lawrence, que foi assassinado por um grupo racista branco, o que deu origem a um amplo debate sobre racismo na sociedade inglesa, envolvendo não só a comunidade negra como também o Serviço de Polícia Metropolitana (SPM). O que ficou bem

destacado nesse caso foi que a sentença judicial apontou além do crime, a incapacidade do SPM em dar um tratamento correto à família da vítima, tendo o sido a resolução do caso tida como tendenciosa, gerando uma investigação independente pelo governo britânico que, dois anos mais tarde, denunciou o “racismo institucional” da polícia.

Segundo López (2012), essa definição adotada pelo PCRI é usada amplamente pela militância negra no Brasil, diz o seguinte:

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 (BRASIL, 2006c, p.22).

Para Carone e Bento (2014), a recusa das pessoas em enfrentar a questão do racismo, enquanto ordenador de um sistema de privilégios, seja ele concreto ou simbólico, baseia-se, particularmente, na premissa de que o tratamento ofertado de maneira desigual, é resultante do reconhecimento do mérito do grupo racial hegemônico, em outras palavras, em uma sociedade racializada, imaginar que negros nas mesmas condições e ocupando os mesmos espaços que brancos, costumam gozar de iguais oportunidades e dos mesmos tratamentos, além de ser improvável, é utópico. Então, retomando uma ideia importante desenvolvida por outros estudiosos, no Brasil, está estatisticamente comprovado que as desigualdades sociais entre brancos e negros possui um fundamento racial inquestionável, isto é, em todas as dimensões da vida, seja na saúde, educação e no trabalho as desigualdades atingem mais fortemente aos negros e negras (GUIMARAES, 2002; MUNANGA; GOMES, 2006, TELLES, 2003).

As instituições são consideradas estruturas com padrões, condutas e normas de relações estabelecidas entre as pessoas, via de regra, aceita por todos os envolvidos e, por essa razão, mantém-se o compromisso em transmitir e assim garantir que os indivíduos conheçam e reproduzam as regras sociais. Os exemplos mais comuns e corriqueiramente citados de instituições são: família, escolas, hospitais, universidades, igrejas, o Estado, partidos políticos. Diante dessa realidade, as instituições são racistas porque a sociedade é racista. Dito de outra maneira, se uma instituição estabelece padrões que funcionam à base de regras com o intuito de privilegiar determinados grupos raciais, é porque o racismo é uma ferramenta disponível e útil para aquela ordem social. A instituição não o cria, apenas o reproduz. A essa modalidade

de racismo convencionou-se chamar de racismo institucional, em referência às formas como as instituições funcionam, contribuindo para a naturalização e reprodução da desigualdade racial.

A atualidade desse debate pode ser exemplificada pelas recentes contribuições do trabalho de Werneck (2013) ao definir o racismo institucional como:

[...] um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último (WERNECK, 2013, p.18).

A importância das proposições analíticas da autora está exatamente em considerar que o impacto do racismo institucional na vida de negras e negros brasileiro pode ser identificado tanto na relação direta destes com os serviços e com as instituições responsáveis pela garantia de seus direitos constitucionais, quanto no cotidiano de suas vidas. Nessa perspectiva, no Brasil, o que tem sido reconhecido como racismo institucional, é aquilo que se sustenta por meio da discriminação realizada de forma indireta, isto é, pela ação das próprias instituições, nas práticas de convivência, estruturação e organização da vida em sociedade por meio das regras estabelecidas para atender as necessidades básicas dos indivíduos.

A tentativa de apontar indicadores de racismo institucional corresponde à necessidade de construir evidências no sentido de demonstrar a maneira pela qual acontece a inserção de negros e negras, isto é, como as pessoas negras atravessam o seu percurso de vida, desde o nascimento à morte, ao transitar nesses ambientes? De acordo com os dados da PNAD de 2008, 40,9% das mulheres negras acima de 40 anos de idade jamais haviam realizado mamografia em suas vidas, frente a 26,4% das brancas na mesma situação. Outro dado relevante diz respeito à realização do exame para a prevenção do câncer de colo do útero, também conhecido como Papanicolau. Das mulheres acima de 25 anos de idade, 18,1% das negras e 13,2% das brancas jamais haviam realizado o exame (PAIXÃO et al., 2010, p.19). Werneck (2013) considera que os dados servem para ilustrar aquilo que a subjetividade e a existência cotidiana experimentam e, muitas vezes, não conseguem nomear.

Na esteira dessa discussão, tanto Jurema Werneck (2016), apoiada na obra de (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, p.4), quanto a militância negra, adotam o conceito de Racismo Institucional formulado pelos ativistas do grupo Pantera Negra, como resultante da falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Dessa maneira, o racismo institucional, conforme

o enunciado, denuncia as estruturas de poder branco, ao passo que, possibilita a abertura das condições políticas à discussão da necessidade de mudança em tais estruturas.

Nesse sentido, o propósito primordial dessa dimensão do racismo é subordinar e manter o domínio sobre o grupo racial representado pelas minorias étnicas. Apresenta-se, contraditoriamente, aberto e mascarado, opera de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos populacionais, do ponto de vista racial. Atua de maneira difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações sem suas formas estreitamente relacionadas entre si.

Assim posto, o racismo institucional opera nos estabelecimentos de saúde, por meio das políticas que desconsideram as diferentes formas de adoecimento e morte entre brancos e negros; ao não incluir o debate referente às questões raciais na formação profissional; na falta de acesso e/ou o acesso de menor qualidade aos serviços, traduzido pela desatenção, descaso, ou por outras formas sutis de preconceito, como os estereótipos, silêncios, olhares. Para Werneck (2016), a partir desse ponto de vista, ele atua de forma a induzir, manter, condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas - atua também nas instituições privadas - produzindo e reproduzindo a hierarquia racial. Sua dimensão extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, interfere negativamente na implementação efetiva de políticas públicas e produz de maneira geral, desigualdades e iniquidades.

Refletindo sobre o significado do racismo institucional, Santos afirma que:

O racismo institucional opera tornando invisíveis as estruturas por meio das quais são mantidos os privilégios para a brancura de modo que não se identifiquem os responsáveis pela desigualdade entre brancos e negros sempre atribuída, no caso brasileiro, a fatores como a educação desigual, questões meramente econômicas, herança histórica. Mas não se faz isso entendendo como, por meio dos mecanismos da economia, da educação, do direito, da saúde e das instituições se constrói uma história na qual os negros estão em posição de desvantagem como parte da herança colonial e suas atualizações. Simplesmente, considera esses aspectos como se fossem gerados espontaneamente sem que houvesse atores e agentes que os fizessem existir e funcionar. Como se todos fossem naturais e não decorrentes da ação política dos seres humanos, e sendo naturais não podem ser alterados (SANTOS, 2015, p.11).

Além de mostrar que o racismo institucional não se expressa por meio de atitudes explícitas ou declaradas de discriminação, Santos adverte que essas desigualdades tendem a se perpetuar, caso o Estado continue a legitimar condutas e práticas institucionais ditas universalistas, mas que, no entanto, ao longo dos anos, tem favorecido apenas a alguns setores da sociedade, isto é, a distribuição de recursos e oportunidades para as populações com histórico secular de discriminação continua ocorrendo de forma desigual e em desvantagem para a população negra, sobretudo, para mulheres negras.

## CAPÍTULO III – MOVIMENTOS SOCIAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

### 3.1 Diálogos na construção do Sistema Único de Saúde: breve contextualização

Ao revisitar o contexto histórico das Políticas Públicas de Saúde implantadas no Brasil, constata-se que na construção desse setor, marcado pelo conflito de interesses, o país foi cenário de importantes transformações nas relações entre Estado e Sociedade, especialmente, a partir do século XX, saindo de uma simples assistência médica à consagração da saúde como direito universal e dever do Estado, conforme previsto pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O percurso dessas políticas, desde o sanitarismo campanhista do início do século até 1965, seguido pelo modelo médico assistencial privatista, passando pelo final da década de 1980 e chegando ao modelo atual, demonstra a determinação econômica e a concepção de saúde com a qual cada período operou socialmente (SANTOS, 2005).

No Brasil, a reivindicação por saúde passa a fazer parte da agenda dos movimentos sociais em meados da década de 1970 (BRASIL, 2009). O sistema público de saúde foi idealizado enquanto uma política pública que pudesse concretizar em ações as propostas formuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em conjunto com os demais movimentos sociais urbanos<sup>17</sup>.

Almejava-se, desde seus primórdios, à consolidação da cidadania no país, melhor dizendo, buscava-se a melhoria das condições de vida da população e a implementação de um modelo hegemônico pautado na lógica da proteção social, com a garantia do direito à saúde de maneira integral e universal (BRASIL, 2006a). Na visão de Paim (2009, p.43), o sistema público de saúde brasileiro foi pensado com base na concepção de seguridade social, ou seja, numa “sociedade solidária, democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios”.

A década de oitenta caracterizou-se pela intensa mobilização no campo social e político. As mudanças formuladas pelo Estado Brasileiro, no que diz respeito às políticas públicas de saúde, após mais de 20 anos de vigência do regime autoritário, tiveram como referência uma agenda de reforma construída com a participação de diversos atores, a partir da década de 1970.

---

<sup>17</sup>Os movimentos sociais urbanos organizavam-se em torno de questões como moradia, falta de água e de saneamento nas periferias urbanas e de reivindicações por equipamentos coletivos como escolas, creches, postos de saúde, entre outros (SINGER; BRANT, 1980).

Era necessário, no primeiro momento, implementar mudanças não apenas no regime político, mas também no nível do Estado (FARAH, 2004)

Logo, há a conjugação de forças para a constituição dessa agenda, destinada a discussão da temática referente aos direitos fundamentais, sociais e da saúde, com destaque para a militância negra, os diversos segmentos dos movimentos sociais, representantes da academia, sindicatos, entre outros. O movimento de mulheres com as demandas referentes às questões de gênero, já se faziam presente nesse período. A pauta comum de reivindicações era por melhores condições de vida e trabalho, acesso aos serviços públicos e transparência na condução da política do governo (COSTA, 2009).

Em 1987, é instalada a Assembleia Nacional Constituinte. A partir de então, as pressões exercidas pelas diversas entidades da sociedade civil obtiveram êxito às suas reivindicações com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e assim, estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>18</sup>, regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990). Conforme explica Paim (2009), a respeito da Carta Magna, sobretudo por seu caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania, essa é conhecida como a Constituição Cidadã. A nova constituinte, finalmente, garante a igualdade de direitos e obrigações entre homens e mulheres, ao passo que estabelece normas específicas para cada um dos gêneros, respeitando as suas peculiaridades (BRASIL, 1988).

A criação do SUS foi considerado o maior movimento de inclusão social ocorrido no Brasil, pois, em termos constitucionais, representou uma afirmação política de compromisso do Estado para com o direito dos seus cidadãos (SOUZA; COSTA, 2010). Tal regulamentação implicou não somente uma nova política de saúde, como também na produção de práticas pautadas em valores, a exemplo o de cidadania. A partir desse marco, as ações e serviços de saúde financiados pelo Poder Público passaram a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas como, atendimento universal<sup>19</sup>,

---

<sup>18</sup>De acordo com Paim (2009, p.13), o SUS é algo distinto, especial, não se reduzindo à reunião de palavras como sistema, único e saúde. Do ponto de vista teórico, o conceito de SUS, tal como foi formulado pelo autor, o define como sendo o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações.

<sup>19</sup> Os sistemas de Saúde, de um modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado pelos países. Três tipos se destacam em todo o mundo: a seguridade social, o seguro social e a assistência. No primeiro caso, a saúde é financiado por toda a sociedade, a exemplo da Inglaterra, Canadá, Suécia, Brasil e outros. Nos países com sistema de proteção social baseado no seguro social, controlado pelo Estado, como é o caso da Alemanha, França e Suíça, os serviços são garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social. Já, o sistema de proteção social baseado na assistência, proporciona algum atendimento apenas para aqueles que comprovem a sua condição de pobreza. Nesse tipo de proteção social, quem não pode ter acesso ao sistema de saúde por meio do desembolso direto ou mediante planos de saúde, fica descoberto.

ou seja, destinado para toda a população, sendo financiado de forma solidária por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos; integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralizado, com direção única em cada esfera de governo; e, especialmente, com a atuação do controle social, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, tendo a participação paritária dos usuários do serviço (BRASIL, 1988, BRASIL,1990; PAIM, 2009).

Na continuidade dessa apresentação, o SUS desde a sua origem, teve como um de seus princípios doutrinários os fundamentos da equidade, baseada na ideia de justiça, em que reconhece que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes.

De acordo com Souza e Costa (2010), a saúde passou a ser uma meta social mundial, e, para sua realização, deveria haver uma integração com os vários setores sociais e econômicos. Torna-se pertinente lembrar que, contrapondo-se ao conceito multidimensional, porém biomédico de saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>20</sup>, a Constituição Federal de 1988 ao adotar a nova contextualização no conceito de Saúde, gestado, entre outros, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), passou-o a considerar de maneira ampliada como sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e a serviços de saúde. Portanto, passa a considerar a existência de uma correlação direta entre saúde, condições de vida e relações sociais e que devem ser considerados para a elaboração das políticas públicas.

É importante ressaltar que, como parte inerente a esse processo de transformação e construção da política pública “novos atores passaram a fazer parte da arena pública e novos temas foram integrados à agenda governamental” (FARAH, 2004, p.49). Destaca-se, nesse cenário, marcado por reivindicações, a presença expressiva das mulheres. Esses grupos, constituídos em um contexto autoritário, por um lado lutavam pelos direitos civis, pela liberdade política e contra as desigualdades sociais, por outro, privilegiavam ações visando à melhoria em suas condições de vida (COSTA, 2009; MOREIRA, 2011). É sobre essa participação que passaremos a aborda adiante.

---

<sup>20</sup>Para a OMS, a saúde é definida como sendo o completo bem estar físico, mental, social e psicológico.

### 3.2 Mulheres Negras, Movimentos Feministas e as Políticas Públicas: aspectos de uma luta social

A implantação das políticas públicas de saúde no Brasil tem sido imprescindível para organizar e consolidar a ordem sociopolítica do país. É por meio da reivindicação que as políticas tomam novos rumos, como por exemplo, o campo da saúde da mulher, o qual tem se estruturado, nas últimas décadas, mediante o processo de organização, inserção e participação expressiva das mulheres nos diversos movimentos sociais, em especial, o Movimento Feminista<sup>21</sup> com suas vertentes, Movimento de Mulheres, Movimento Negro, Movimento de Mulheres Negras, o que tem possibilitado avanço nos debates, como propósito de superar desigualdades históricas, ampliar os espaços e formas de locução desse grupo social.

A constituição das mulheres como sujeito coletivo ocorre, a princípio, integrada a uma agenda mais abrangente e em sintonia com as demandas colocadas pelos movimentos sociais urbanos, em seu conjunto, na passagem dos anos de 1970 para 1980. A atuação se dá em torno da redemocratização do país, extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde (GIFFIN, 1991; FARAH, 2001; FARAH, 2004; MOREIRA, 2011; SOUZA, 2011). Vale frisar que o protesto social foi impulsionado pelo anseio por políticas públicas capazes de alterar a realidade social, mediante a adoção de mudanças reais. Assim, foram priorizados os espaços e valores públicos a serem conquistados.

Concomitante à luta de classe, no primeiro momento de construção da agenda de reforma das políticas sociais, em que as lutas urbanas por melhorias nas condições de vida cresciam, as mulheres e a problemática<sup>22</sup> de gênero<sup>23</sup> já eram perceptíveis. Logo, novos temas são pautados e outras fontes de protesto ganham destaque. Como bem argumenta Souza-Lobo (1991, p.247), em sua obra “A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência”, a autora traz um olhar crítico e fundamental para se pensar a respeito da presença das mulheres no interior desses movimentos ao apontar: “frequentemente as análises ignoraram que os principais atores

---

<sup>21</sup> Segundo Farah (2004), o movimento feminista privilegiou temas específicos à vivência das mulheres, com a inclusão da questão de gênero na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas por um regime democrático. O feminismo, por sua vez, diferente dos “movimentos sociais com a participação de mulheres” tinha como objetivo a transformação da situação da mulher na sociedade, como forma de superar a desigualdade existente nas relações entre homens e mulheres na sociedade.

<sup>22</sup> A esse respeito, digo de nota que utilizamos o termo “problematizar”, conforme Robert Castel (1998), ou seja, colocar em evidência a existência de um feixe unificado de questões, nas quais as características comuns devem ser definidas.

<sup>23</sup> O conceito de gênero aqui utilizado, enquanto categoria que discute as diferenças entre homem e mulher e seus papéis sociais possibilitando o entendimento dessas relações de poder (SCOTT, 1995).

nos movimentos populares eram, de fato, atrizes”. É, em meio a esse contexto, sob o mesmo guarda-chuva democrático, que as mulheres constroem suas pautas político-reivindicatórias, ao mesmo tempo em que trazem à tona aspectos da vida cotidiana e de conflitos sociais, ensombrados, até aquele momento.

De modo geral, retomando uma ideia importante desenvolvida por Karen Giffin (1991), Souza-Lobo (1991) e Farah (2004), a constituição das mulheres como sujeito político, coincide com a história dos movimentos sociais urbanos, em que essas deixam a esfera privada e passam a atuar no espaço público, tornando públicos temas até então confinados à esfera do lar. Ou seja, nesse período, o movimento de mulheres traz à cena política questões antes entendidas como secundárias, particulares e privadas, como livre orientação sexual e relações familiares relacionadas a lutas por igualdade salarial, acesso profissional, políticas públicas para mulheres e representação política (SOARES, 1994; RIBEIRO, 1995; BRASIL, 2007a e 2007b).

O ano de 1975 é, comumente, apontando por alguns teóricos como o marco de reaparecimento de organizações feministas nos principais centros urbanos brasileiros, ou ao menos, em sua face mais contemporânea e alinhada a projetos políticos em torno de reivindicações pela redemocratização do país e das relações intergênero (SOARES, 1994; RIBEIRO, 1995). Nesse mesmo ano a ONU propõe o início da Década da Mulher, inaugurando, assim, a série de Conferências Mundiais sobre Mulheres. Nesse período inúmeras produções teóricas foram elaboradas em torno da variável classe e seu papel na determinação das relações de gênero. Almejava-se a construção de uma identidade própria à condição feminina que resultasse em direitos sociais, jurídicos e políticos, retirando as mulheres da invisibilidade social ao reconhecer as formas de opressão a que estão submetidas.

Desse momento em diante, ao que tudo indica, conforme explica Farah (2004), os movimentos de mulheres ou as mulheres nos movimentos passam a levantar temas específicos à condição da mulher. Cabe ainda, lembrar que, nessa articulação, houve uma convergência com o Movimento Feminista e aderência aos ideais conclamados por essas associações. Logo, ganham destaque temas referente à defesa da autonomia do corpo da mulher, reivindicação pelo direito à sexualidade, procriação, discriminação do aborto, violência contra a mulher, planejamento familiar, entre outros. Passam a questionar também, os direitos reprodutivos da época, contrapondo-se às recomendações das políticas de controle da natalidade<sup>24</sup>, formuladas em âmbito nacional e internacional (FARAH, 2004, SARTI, 2004; COSTA, 2009).

---

<sup>24</sup>Para garantir a política de controle da fecundidade, a argumentação utilizada pelas entidades nacionais e internacionais era da provável escassez de recursos naturais, assim como, a necessidade de assegurar equilíbrio e proteção ambiental (COSTA, 2009).

A partir de então, cresce no país, não somente nos espaços acadêmicos, mas também, entre a sociedade civil, o interesse pela temática referente à Saúde da Mulher (SEPÚLVEDA, 2001). À medida que a reforma do Estado avança e vai se tornando mais complexa e robusta, os vínculos com a agenda de gênero<sup>25</sup> começam a ser desenhados e fortalecidos. De acordo com Carneiro (2003), o movimento de mulheres brasileiro é um dos mais respeitados do mundo e referência em temas do interesse das mulheres no plano internacional, além de ser considerado como um dos movimentos com melhor performance dentre os movimentos sociais do país. Prova disso é que, das propostas elaboradas e encaminhadas para compor o texto Constitucional da Carta Magna, cerca de 80% foram acolhidas no documento final. Tal conquista, ainda segundo a autora, mudou radicalmente o status jurídico das mulheres no Brasil<sup>26</sup>.

Todavia, apesar dos avanços teóricos no campo feminista no país, esse, por sua vez, permanece inerte à questão racial. Mesmo quando o foco está em compreender a identidade de mulheres pobres, em nenhum momento, foi dado enfoque ao critério racial nos estudos apresentados. As ativistas negras e das classes populares, ainda que solidárias ao discurso da emancipação proclamado pelas feministas, passam a questionar a invisibilidade em relação às suas especificidades, ao considerar que a agenda política das militantes não as incluía, resultando assim, em inúmeras críticas no que se refere à categoria “mulher” descrita de forma hegemônica, ou seja, como figura universal.

Sueli Carneiro faz síntese relevante que baliza a discussão:

[...] em conformidade com outros movimentos sociais progressistas da sociedade brasileira, o feminismo esteve, também, por longo tempo, prisioneiro da visão eurocêntrica e universalizante das mulheres. A consequência disso foi a incapacidade de reconhecer as diferenças e desigualdades presentes no universo feminino, a despeito da identidade biológica (CARNEIRO, 2003, p.118).

Dito isso, a autora argumenta que as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão, além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade.

---

<sup>25</sup>Entende-se por agenda de gênero a agenda-síntese dos temas priorizados por diversos atores e atrizes, tendo como eixo as relações de gênero, não se confundindo com a agenda de nenhum grupo particular. Reúne, assim, temas e propostas levantadas por mulheres participantes de movimentos populares e pelo feminismo, em suas diferentes vertentes.

<sup>26</sup>No texto constitucional, um dos avanços implementados no campo da saúde mulher, diz respeito ao planejamento familiar, que passa a priorizar a livre e espontânea decisão do casal na escolha, cabendo ao Estado prover de meios para o pleno exercício desse direito. Outro ponto positivo, na avaliação dos estudiosos da área dos direitos da mulher foi quanto à questão do aborto, uma vez que, ao formular a redação da nova constituinte, o Estado não restringiu nem facilitou sua realização. Desse modo, ainda que de forma incipiente, instala-se um novo ordenamento nas relações entre Estado, governo e sociedade, na qual a confinamento da mulher a condição meramente reprodutora, começa a ser superada.

Na verdade, essa percepção a despeito do silenciamento e invisibilidade da mulher negra, dialoga, de certo modo, com as análises realizadas pela feminista negra Djamila Ribeiro (2016, p.101), em seu ensaio “Feminismo Negro para um novo marco civilizatório”. A autora nos oferece uma visão interessante para nos aprofundarmos na problemática aqui apresentada. Ao analisar a questão, a pensadora entende que: “a invisibilidade da mulher negra dentro da pauta feminista faz com que essa mulher não tenha seus problemas sequer nomeados”.

Diante dessa realidade, indaga-se: como pensar em saídas emancipatórias para problemas que sequer foram ditos? Persiste, portanto, a necessidade de considerar a diversidade das mulheres e reconhecer suas necessidades específicas. Tendo como referências essas análises e, refratárias à tentação de igualdade, as mulheres negras insurgem no interior do Movimento Feminista, uma vez que, a luta pela democratização das relações sociais e raciais vai muito além da igualdade entre sexos. É em meio a essa dinâmica que o processo de emancipação, de busca de igualdade de direitos das mulheres negras, ganha força, estabelecendo novos desafios (RIBEIRO, 2018).

Conforme o leitor já se acostumou ao longo dessa dissertação, recorro a descrição detalhada, acerca da trajetória de luta das mulheres negras, no interior desses movimentos, com intuito de relatar por dentro, os bastidores da mobilização política, ou seja, as articulações prévias desse grupo social.

Desse modo, há que se registrar, ainda que, durante a vigência do regime autoritário, as mulheres negras buscaram várias formas de organização com o intuito de terem suas vozes ecoadas nos espaços públicos e nas políticas públicas, na perspectiva por dias melhores e uma sociedade mais igualitária. Nesse período, dois dos seus principais interlocutores, em diferentes movimentos sociais foram o movimento negro e o movimento feminista. Guardados os devidos distanciamentos e diferenças, esses grupos que ressurgem na década de setenta, ainda marcados pela ditadura militar, contribuíram para a formulação do modelo de democracia implantado no Brasil (MOREIRA, 2011).

Nessa ambiência, acredito ser interessante e pertinente fazer uma conexão com o estudo realizado por Flavia Mateus Rios, em sua tese “Elite política negra do Brasil: Relação entre movimento social, partidos políticos e Estado”, defendida no Programa de Pós Graduação da Universidade de São Paulo, no ano de 2014.

De acordo com a avaliação de Rios (2014, p.145), sob o véu da autonomia, muitas articulações políticas foram feitas, sendo que “uma das alianças mais significativas desse contexto foi justamente aquela entre os movimentos feministas e de negros”. Na continuidade

de suas formulações, a autora apresenta a forma de inserção das mulheres negras, entre esses agentes, e a tentativa de construção de uma luta conjunta, destacando,

[...] nesse contexto, tais coletivos, que eram formas menos institucionalizadas de ação coletiva, amparavam-se nos movimentos feministas e negros, valendo-se de suas estruturas organizativas e estratégias de ação. Desse lugar de enunciação discursivo, as mulheres negras atuavam tanto nos espaços institucionalizados do movimento feminista como no dos movimentos negros (RIOS, 2014, p.145).

Com o intuito de compreender esse modelo participativo, dialogamos com o pensamento de Bairros (1995), Ribeiro (1995) e Carneiro (2003) entre outros. Para alguns estudiosos, as formas de participação política menos institucionalizada e que recorrem à formação de identidades coletivas<sup>27</sup> são importantes como forma de romper a invisibilidade social e possibilitar o debate público em torno de demandas sociais específicas.

Diferente do que se pensava, de acordo com a observação de alguns membros da militância, em ambos os movimentos, as mulheres negras não foram consideradas enquanto grupo, ou seja, sujeitos políticos. Essas organizações foram instituídas tendo como princípio norteador a ideia de igualdade, em outras palavras, entre as mulheres o enfoque a questão racial não era discutido; e entre os negros, as diferenças entre homens e mulheres, desconsideradas (BAIROS, 1995; RIBEIRO, 1995; CARNEIRO, 2003).

A crítica de Rios (2014), por sua vez, vai além, para a pesquisadora, devido à baixa permeabilidade do movimento feminista e do movimento negro em absorver demandas de caráter não classista, a construção de uma agenda em comum demonstrou pouca efetividade. Nessa direção, acredito, como a autora, que tais movimentos acabaram produzindo formas internas de opressão, à medida que silenciaram diante de formas de opressão que articulassem a dupla discriminação, racismo e sexismo, que atinge as mulheres negras, colocando-as em forte desvantagem.

Ainda que se referindo ao contexto norte-americano, o texto da ativista negra bell hooks, (batizada Gloria Watkins, adotou o nome de sua avó, grafado assim mesmo, em minúsculo) “Mulheres negras: moldando a teoria feminista” (HOOKS, 2015), constitui-se numa contribuição ímpar a esse respeito. Ao analisar a relação entre as diferentes categorias de opressão, a autora coloca dessa forma:

---

<sup>27</sup>Para Melucci (1996), a identidade coletiva é um processo de negociação em torno da constituição de um sentimento NÓS, construído tanto pelo compartilhamento da mesma categorização social e pela elaboração de elementos passados (história, linguagem, religião) quanto pelo estabelecimento de um projeto coletivo de futuro para a sociedade como um todo a partir da perspectiva desse NÓS.

Como grupo, as mulheres negras estão em uma posição incomum nesta sociedade, pois não só estamos na parte inferior da escada do trabalho, mas nossa condição social geral é inferior à de qualquer outro grupo. Ocupando essa posição, suportamos o fardo da opressão machista, racista e classista. Ao mesmo tempo, somos o grupo que não foi socializado para assumir o papel de explorador/opressor, no sentido de que não nos permitem ter qualquer “outro” não institucionalizado que possamos explorar ou oprimir. [...]. As mulheres brancas e os homens negros têm as duas condições. Podem agir como opressores ou ser oprimidos. Os homens negros podem ser vitimados pelo racismo, mas o sexismo lhes permite atuar como exploradores e opressores das mulheres. As mulheres brancas podem ser vitimadas pelo sexismo, mas o racismo lhes permite atuar como exploradoras e opressoras de pessoas negras. Ambos os grupos têm liderado os movimentos de libertação que favorecem seus interesses e apoiam a contínua opressão de outros grupos (HOOKS, 2015, p.207-208).

A citação é longa, mas esclarecedora, pois, além de demonstrar que é possível aprender com a experiência norte-americana, ajuda-nos a refletir sobre a necessidade de superação desse hiato e ao que escritora Luiza Bairros (1995) costuma chamar de “competição de opressões”. Apesar disso, ou talvez por isso, no mesmo texto a autora conclame as mulheres negras a reconhecerem o ponto de vista especial, propiciado por sua marginalidade. Para tanto, sugere, em suas palavras: “temos um papel central a desempenhar na construção da teoria feminista e uma contribuição a oferecer que é única e valiosa” (HOOKS, 2015, p.208). Tal formulação sintetiza a importância do feminismo negro para o debate político.

De modo provocador, outra proposição interessante para se pensar a respeito da dicotomia entre os movimentos e os critérios que definem suas agendas específicas, é por meio das análises elaboradas por Fraser (2006), entre injustiças culturais e injustiças econômicas, entre o reconhecimento e a redistribuição, como dois paradigmas de justiça analiticamente diferentes. Entretanto, na realidade, o que precisa ser discutido é que essas duas formas de injustiças podem aparecer interligadas, ou seja, os grupos implicados podem demandar os dois modelos de justiça: reconhecimento e redistribuição. Sem sombra de dúvidas, é o caso específico do gênero e da raça. A subordinação racial tem como alicerce a supremacia cultural que valoriza o branco e desvaloriza o negro. Do mesmo modo, a condição de subordinação da mulher é decorrente de uma norma cultural hegemônica que enaltece as características ligadas à masculinidade.

Em que pese, a grosso modo, há de se dizer que, sempre houve divergências políticas e ideológicas entre as militantes negras e os movimentos feministas e negros. As mulheres negras viram suas reivindicações relacionadas às questões de pertencimento e especificidades serem tratados como subtemas dentro de ambos os movimentos. Diante dessa realidade, de acordo com Carneiro (2003), as mulheres negras tiveram que “enegrecer” a agenda do movimento feminista e “sexualizar” a do movimento negro, promovendo uma diversificação das concepções e práticas políticas em uma dupla perspectiva, tanto afirmando novos sujeitos

políticos quanto exigindo reconhecimento das diferenças e desigualdades entre esses novos sujeitos.

A suposta igualdade e a ausência de espaço nos Movimentos Negros e Feministas impulsionaram a consolidação de um movimento singular, com demandas por representatividade que extrapola a agenda de ambos os movimentos, sem com isso deles se afastar (MOREIRA, 2011). Ou seja, por participar e militar tanto do movimento feminista quanto do movimento negro, as mulheres negras construíram grupos que representam formas híbridas de organização, contendo características próximas às de organizações feministas, com sua perspectiva de horizontalidade, e mantendo a centralidade da discussão do racismo, em relação às organizações negras. Na esteira dessa discussão, mais uma vez, Rios é esclarecedora ao afirmar:

[...] é justamente nessa fragilidade de recursos que se erigiu entre os vínculos mais fortes entre os portadores da retórica racial e aquelas que vocalizavam a retórica de gênero. Na interseção entre os dois agentes se consolidava esse mediador coletivo, cuja identidade se fundava pelas narrativas feministas e negras, inovando o repertório do período (RIOS, 2014, p.145).

Os trabalhos de Carneiro (2003) e Ribeiro (2008) relatam com clareza o surgimento do Movimento de Mulheres Negras Brasileiro, como sujeitos políticos organizados, durante o contexto de transição democrática, isto é, em meados da década de oitenta, o que resultou na ampliação da abertura institucional e consolidação deste segmento social como um importante interlocutor na esfera pública nacional, além de estabelecer relações profícuas com as organizações supranacionais.

O principal objetivo da atuação política foi trazer à tona as barreiras de exclusão e marginalização social, ou seja, os espaços de subcidadania ocupados pela mulher negra ao longo dos anos, e unificar as reflexões e lutas contra o machismo e o racismo. Para Ribeiro (2008), as mulheres negras em seu processo político entenderam que as desigualdades são construídas historicamente, a partir de diferentes padrões de hierarquização por meio das relações de gênero e raça<sup>28</sup>. Uma das principais reivindicações do movimento de mulheres negras é a construção de uma identidade feminina negra.

Citando novamente Rios (2014), e os argumentos trazidos com fundamentos nos dados de sua tese de doutorado, traz reflexões importantes acerca dessa nova forma de atuação da militância negra e diz:

---

<sup>28</sup>Gênero e raça são construções sociais. No entanto, vale ressaltar que raça não é uma categoria biológica.

[...] apesar de se verificar grupos organizados de mulheres negras no final da década de 1970, somente a partir de 1986 é possível ver o aumento significativo desse novo agente político, especialmente ganhando identidade própria e espalhando-se para diferentes partes do país. A mobilização das ativistas negras se faz visível nesse período tanto por inserção na esfera dos conselhos, como nas suas formas organizativas na sociedade civil (RIOS, 2014, p.145).

Como expressão de resistência política, essa recente fase de organização das mulheres negras, a Socióloga Nubia Moreira (2011) congregou no binômio autonomia versus institucionalização. Um movimento que, segundo a mesma autora, foi construído em um entre lugar. Dito de outro modo, a afirmação política e identitária da mulher negra se reverbera contrapondo-se tanto o Feminismo quanto o Movimento Negro, e suas ideias abstratas do ser mulher e ser negro, que ao desconsiderar a intersecção raça e gênero no processo de subordinação, exploração e opressão raciais que particulariza a mulher negra, impulsionou a formação de uma militância negra autônoma.

Em linhas gerais, do ponto de vista da constituição de uma consciência política e da institucionalização do movimento, as mulheres negras acenam para não mais querer estar submetidas e subordinadas às pautas “gerais” do movimento negro e do movimento feminista. Almejam tornarem-se interlocutoras de suas próprias ideias, e, caminhar, em posição de igualdade, em conjunto com homens negros e mulheres brancas, na luta contra a opressão (RIBEIRO, 1995).

Isso significa dizer que o enfoque dado a questões como liberdade sexual, direito reprodutivo, maternidade, patriarcado e racismo não mais poderia ser alvo de um consenso, ainda que, precário e provisório. A busca pelo direito ao aborto é um exemplo disso, enquanto as mulheres brancas lutavam pela sua concretização, as mulheres negras ainda lutavam pelo direito a terem seus filhos, uma vez que, nos serviços de saúde ocorria a esterilização forçada destas, com objetivos eugenistas e higienistas (ROLAND, 1995). O controle da população negra e pobre por meio do corpo feminino pode ser identificado através dos programas e projetos de controle da natalidade.

Fazendo nexos entre ações e necessidades apresentadas, outra barreira, talvez a mais importante, segundo Costa (2009):

Embora os governos fizessem vistas grossas à ação das instituições de controle demográfico, o país não dispunha de nenhuma política sobre o tema e, portanto, os serviços públicos de saúde estavam despreparados para essa demanda. [...] Esta crítica compôs o conjunto das reivindicações feministas (COSTA, 2009, p.1076).

Vale ressaltar que a esterilização ocupou lugar privilegiado durante anos na agenda política das mulheres negras. Assim, apoiando-se em pesquisas de Jurema Werneck (2005), o Movimento de Mulheres Negras assume o protagonismo e denuncia a esterilização indiscriminada de mulheres negras brasileiras, na década de 1980. Questionaram também, os direitos reprodutivos da época, “denunciando o racismo e o sexismo que sustentavam as propostas de controle de natalidade nas políticas de saúde” (ARAÚJO, 2015, p.58).

Essa denúncia resulta na criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. A CPI da esterilização<sup>29</sup>, como ficou conhecida, constatou a existência da prática, ora por meio da prestação inadequada dos serviços oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos, ora com a utilização de medidas contraceptivas irreversíveis, especialmente nas regiões mais pobres do país fundamentalmente, entre mulheres de baixa renda (OLIVEIRA, 2003)

Desse modo, até onde se faz conhecer, a agenda de gênero, iniciada na década de setenta, já não é mais formulada por um movimento unitário, ao final dos anos oitenta, uma vez que, surgem divergências no interior do movimento feminista (FARAH, 2004). Na avaliação de Carneiro (2003), a trajetória das mulheres negras no interior do movimento feminista nacional revela a insuficiência prático-teórica e política do feminismo para integrar as diferentes expressões de sociedades multirraciais e pluriculturais.

Apesar dos esforços, o diálogo entre as mulheres negras e o movimento feminista apresenta entraves e obstáculos para se chegar a um entendimento, sobretudo, no que diz respeito às interpretações conflitantes acerca do patriarcado e racismo, impedindo com isto, a articulação de propostas que reunissem, naquela ocasião, as lutas de ambos os movimentos.

Em relação ao movimento negro, o que se discutia além da abordagem referente às questões de gênero e raça, eram os espaços de poder dentro do movimento. Talvez isso explique o porquê de ter havido uma ruptura maior com o movimento feminista. Para as mulheres negras, o combate ao racismo tornou-se prioritário, uma vez que o racismo produz gêneros inferiorizados no tocante aos homens negros, bem como às mulheres negras em relação à mulher branca.

De acordo com Rodrigues e Prado (2010), foi reclamando a ausência do debate racial no interior das práticas feministas que as mulheres negras conseguiram se inserir, antes, inclusive, que os homens negros, no sistema político institucional, por meio da participação de duas

---

<sup>29</sup> Esse tema foi objeto de proposições legislativas, numa parceria entre parlamentares e ativistas feministas e culminou no projeto de Lei nº 209/91, que regulamentou o uso da esterilização (CARNEIRO, 2003).

mulheres junto ao Conselho Estadual da Condição Feminina (CECF)<sup>30</sup>, e, posteriormente, obtiveram assento junto ao Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM).

A entrada das mulheres negras no CECF e, em seguida, no CNDM, propiciou o início do processo de consolidação de uma perspectiva feminista negra, que vai ganhando mais corpo e maior legitimidade política, a partir da realização do Encontro Feminista, ocorrido no ano de 1985, em Bertioga. As consequências mais evidentes desse evento são a entrada, em definitivo, na cena pública do Movimento de Mulheres Negras brasileiro. Assim, Bertioga e seus desdobramentos representam o “momento histórico” do movimento de mulheres negras, em que estas passam a se definir como um nós com identidade coletiva própria (RODRIGUES; PRADO, 2010).

Tais acontecimentos reforçaram a necessidade de avançar com o tema saúde da mulher na agenda governamental. O movimento organizado de mulheres adota em seus debates, posicionamentos firmes acerca de suas aspirações, desconstruindo argumentos e reivindicando pela autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos relacionados à procriação. Para além dessa discussão, criticam vigorosamente os programas assistenciais, por suas práticas reducionistas, em que as mulheres só tinham acesso a alguns cuidados de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, permanecendo sem assistência na maior parte de sua vida e acenam para as necessidades que extrapolam o momento da gestação e do parto (GIFFIN, 2002; COSTA, 2009; LEITE; PAES, 2009).

Diante do enfraquecimento do regime ditatorial e do fortalecimento dos diversos segmentos dos movimentos de mulheres comprometidas com a realização de mudanças profundas no sistema de saúde brasileiro, os caminhos traçados já traziam bons frutos ao se constituir, pela primeira vez, um debate entre o Estado Brasileiro e os movimentos feministas. Surge, a partir de então, um ambiente favorável à constituição de propostas para a criação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher. A luta é pelo direito à saúde integral, ou seja, independente do papel de mãe, e, particularmente, contra as instituições que atuavam de forma arbitrária, em todo o território nacional, no controle demográfico, por meio da mutilação das mulheres (COSTA, 2009).

---

<sup>30</sup>Primeiras políticas públicas na vertente de gênero: o Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, ambas em São Paulo. Na sequência, foi criado também em 1985, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (FARAH, 2004), instância de participação popular, cuja finalidade é promover políticas que visem eliminar a discriminação contra as mulheres e assegurar sua participação em atividades políticas, econômicas e culturais no país. Órgão de caráter deliberativo subordinado ao Ministério da Justiça (COSTA, 2009).

### 3.3 PAISM e PNAISM: a saúde da mulher como direito, políticas como caminho

Diante do que se discutiu até aqui, não há como deixar de reconhecer que a formulação de propostas de políticas públicas que tenham como foco a questão de gênero e raça, envolve, antes de mais nada, compreender, pensar e viver o que é essa saúde e, sobretudo, quem é essa mulher, entendida, via de regra, ainda biologicamente, pelas partes do seu corpo. O corpo como resultado de uma construção social, tradicionalmente, é atravessado por inúmeros discursos. Do ponto de vista teórico, conforme explica Foucault (2004), o termo “discurso” pode ser interpretado como sendo um conjunto de enunciado de determinado campo do saber, no caso específico, a saúde da mulher, constituído historicamente e em meio à disputa de poder.

O discurso sobre a saúde das mulheres ao nomear partes do corpo como principais ou não, prescreve, a partir disso, quais procedimentos devem ser adotados, que condutas devem ser evitadas, quem deve ficar fora (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Logo, o corpo como marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz. Por essa perspectiva, talvez essa lógica tenha sido a principal referência das práticas em saúde para mulheres, ao longo dos anos.

A atenção à saúde da mulher no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, restringe-se a preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, permanece como o mais enfatizado por essas políticas. O enfoque central dos diversos programas de saúde vigentes tinha como propósito intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de modo a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1994 e 1998; GIFFIN, 2002)

Dito isso, cabe, no entanto, lembrar que, no contexto de redemocratização do país, o movimento organizado de mulheres, em coro com o movimento sanitário, vinha debatendo as condições necessárias para se dar às mulheres um atendimento integral nas questões relativas à reprodução, em que o corpo feminino fosse tratado como um todo e não mais como uma série de órgãos isolados. Em suma, buscava-se promover a ruptura com a visão tradicional acerca desse tema (OSIS, 1994; COSTA, 2004; COSTA, 2009).

Dentro dessa lógica, a atenção integral clínico-ginecológica e educativa deveria pautar todas as ações, desde adolescência até a velhice, com o fito de proporcionar as mulheres um maior conhecimento acerca do seu corpo, alertando-as sobre os problemas mais comuns de saúde, particularmente, do aparelho reprodutivo, como, o câncer do colo uterino e mama. Ademais, o programa deveria integrar prevenção e cura, inclui saúde mental, as doenças

causadas pelo trabalho dentro e fora de casa, associado ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas.

Assim, na conjuntura de transição à democracia, momento de grande efervescência política no Brasil, a atuação dos diversos movimentos de mulheres articulados com profissionais da saúde desencadeou o início de uma parceria com o Ministério da Saúde com o intuito de formular propostas para o atendimento à mulher que garantisse o respeito a seus direitos de cidadã, e, reconhecendo-a como agente ativa no cuidado da sua saúde.

Como resultado desse processo, prevalece o discurso consensual baseado nos princípios do direito à saúde, na autonomia das mulheres e dos casais sobre o tamanho da prole (COSTA, 2009). Do consenso entre governo e setores da sociedade civil resultou na elaboração de uma proposta concreta do Estado em resposta a tais reivindicações. E, em 1983, o Ministério da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher - PAISM<sup>31</sup>, anunciado como uma proposta inovadora e abrangente na abordagem da saúde da mulher em que, entre outras coisas, pela primeira vez, o Estado propôs e implanta, ainda que, parcialmente, um programa que contempla a regulação da fecundidade, o que fez dele, pioneiro, inclusive, no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral da saúde, contrapondo-se a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (OSIS, 1998; COSTA, 2009).

As diretrizes do Programa previam a capacitação do sistema de saúde visando atender as necessidades da população feminina, com enfoque para ações destinadas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam ainda a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde mediante o conceito de integralidade<sup>32</sup> do atendimento e uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 1984; OSIS, 1998). O grande desafio é transformar as ações propostas no Programa em práticas de saúde no

---

<sup>31</sup>O PAISM passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina. Incorpora, além da tradicional assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a detecção precoce de neoplasias de mama e colo de útero, a detecção, o tratamento e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade, a assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher e o cuidado à saúde da mulher trabalhadora e às patologias clínicas mais comuns. Todas essas ações deveriam estar integradas e ser oferecidas a cada contato da mulher com o serviço (BRASIL, 1984).

<sup>32</sup>O conceito de Integralidade proposto no texto da PAISM envolve: a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, em que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984, p.15). De acordo com Souto (2008, p.163), a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. E a horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos e níveis.

cotidiano dos serviços e dos processos de trabalho e que isso contribua para edificar e garantir os direitos humanos das mulheres.

Há que se registrar, ainda, que o documento em questão incorporou dois tópicos dedicados ao planejamento familiar. O primeiro situa as atividades destinadas à regulação da fecundidade como complementares as ações de saúde materno-infantil. Portanto, as atividades de planejamento familiar estariam desvinculadas “de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las” (BRASIL, 1984, p.16). Uma segunda questão destacada no texto, enfatiza a necessidade em não se utilizar o planejamento familiar como forma de solucionar os problemas socioeconômicos do país (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

Parece claro para Osis (1994) que o ponto central do PAISM tenha sido a inclusão da anticoncepção como umas das atividades centrais da assistência integral à saúde da mulher. Ao seu ver, tal inclusão se contrapôs à abordagem do planejamento familiar, praticada largamente no país, até aquele momento<sup>33</sup>. Tal percepção coaduna com os anseios dos movimentos de mulheres em torno do direito à anticoncepção. O combate ostensivo à ideia de que a pobreza, no Brasil, seria superada por meio do planejamento familiar/controle da natalidade, se fez presente na atuação dos movimentos sociais em geral, e da militância negra, em particular, já nos primeiros anos da década de 80, momento que passaram a colocar a questão em outros termos, deslocando o eixo da discussão<sup>34</sup> (OSIS, 1994).

Após momento inicial de dúvida e ataques<sup>35</sup>, em 1986, por meio da Portaria 3.360/86, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) define o PAISM como referência para a atenção às mulheres e orienta estratégias para sua implantação. A política contempla as diversas fases de vida da mulher, desde a adolescência até a velhice,

---

<sup>33</sup>A fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado, o que favoreceu a ação das instituições de cunho “controlista” que agiam de forma desordenada em todo o território nacional. Dentre elas, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM) e o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) foram as de maior relevância (COSTA, 2009, p.1076).

<sup>34</sup>Na classe média crescia a demanda pela oportunidade da livre escolha dos métodos contraceptivos, surgindo valores de liberdade pessoal na decisão acerca do número de filhos com emancipação da mulher. Resultado da exclusão social, as classes populares assumem a redução do número de filhos como uma questão de sobrevivência (COSTA, 2009).

<sup>35</sup>As reações contrárias ao lançamento do Programa estiveram pulverizadas em diferentes setores da sociedade, a exemplo, alguns grupos de mulheres, membros de partidos políticos, o setor acadêmico em geral, a categoria médica, particularmente, profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). De modo geral, essas reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do Programa (integralidade e universalidade em que supostamente se embasaria) e as suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população (OSIS, 1994). Nesse sentido, para alguns críticos, o programa apresentava a maioria de suas ações ainda centradas na dimensão reprodutiva das mulheres, além de excluírem os homens do seu texto, reforçando a responsabilidade feminina pela concepção e contracepção.

respeitando a especificidade de cada fase e situação de saúde, inclusive, as questões reprodutivas (COSTA, 2009).

Em linhas gerais, a criação do PAISM representou um marco na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, pois, pela primeira vez ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações realizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Feminista, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassa sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde (OSIS, 1998; FARAH, 2004; SOUTO, 2008; COSTA, 2009).

É importante salientar, como aponta Medeiros e Guareschi (2009), a partir da elaboração da PAISM, um novo olhar é lançado sobre a saúde da mulher. A integralidade passa a ser entendida, por um lado, como fruto de uma postura ética e técnica dos profissionais, por outro, pela adequação da estrutura dos serviços de saúde. O Programa rompe a lógica que norteou as práticas sobre o corpo das mulheres, pois, ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher, essas deixaram de ser vistas apenas como parideiras (OSIS, 1998).

O processo de implantação do Programa apresenta especificidades no período de 84 a 89. Posteriormente à aprovação da nova Constituinte, na década de 90, o processo de construção do SUS tem grande influência na implementação do PAISM, pois, com a reorganização da atenção básica e municipalização dos serviços de saúde, o programa ganha capilaridade e edifica sua base, incorporando princípios e diretrizes da nova política de saúde (FARAH, 2004; BRASIL, 2011).

Portanto, é no âmbito do SUS que o PAISM redefine a saúde reprodutiva, e encerra a abordagem da atenção à saúde com foco apenas na gestante ou nos programas de controle de natalidade, priorizando a saúde da mulher, em todas as fases do seu ciclo vital, de maneira abrangente e utilizando dados epidemiológicos para estabelecer prioridades (PINOTTI, 1998).

Ocorre que, apesar dos avanços, a implementação e operacionalização do PAISM não aconteceram de forma efetiva em todo o território nacional. Dados disponíveis em estudos (por exemplo: OSIS, 1998; PINOTTI, 1998; REZENDE, 2011; VILLELA; MONTEIRO, 2005) sinalizam a existência de barreiras estruturais, ocasionando a morosidade do sistema, falta de alinhamento entre discussão, planejamento e as ações práticas, inflexões em relação as prioridades políticas para o setor público.

Tais fatores, analisados em conjunto, com o todo sistema público de saúde, fornecem alguns elementos para explicar, ainda que, de forma parcial, os motivos pelos quais o SUS e, do mesmo modo, o PAISM, terem sido implantados de maneira fragmentada e descontínua pelos serviços de saúde. Seguindo a temática do cuidado com a mulher, nota-se, ainda, várias

lacunas, cujas articulações se faziam necessárias na abordagem da política pública. A partir dos anos 2000, novos caminhos começam a ser traçados para as políticas públicas. Neste momento, o poder estatal, reafirma seu compromisso com o que fora colocado no PAISM. Como forma de aprimorar o programa, inicia-se o processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cujo lançamento ocorre em 2004.

Apresentando uma preocupação diferenciada, o documento amplia o enfoque para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher. Inclui textualmente a perspectiva de gênero e raça<sup>36</sup>, e, contempla ações para segmentos da população feminina historicamente alijados das políticas públicas, como mulheres negras, rurais, indígenas, lésbicas, presidiárias, com deficiência e com problemas emergentes que afetam a saúde, entre outras. É imprescindível pontuar que o incentivo e estímulo à participação do homem nas ações do planejamento familiar constam entre as estratégias e objetivos da PNAISM (BRASIL, 2004a).

Ao considerar as questões de gênero associadas às dimensões étnico-raciais, as políticas públicas destinadas a atenção à saúde da mulher negra, são pautadas sobre a ótica da promoção da equidade. Estudos sobre mortalidade de mulheres em idade de 10 a 49 anos serviram para subsidiar na definição de estratégias visando à melhoria da qualidade da atenção prestada a esse grupo, até então não amparado nas políticas públicas, em todo o território nacional (BRASIL, 2008a).

Em síntese, ao que tudo indica, o PAISM e o PNAISM problematizam as desigualdades sociais, trazendo uma releitura dessas relações de poder, construídas historicamente, nas quais as mulheres de forma geral, e as mulheres negras em especial, estão subordinadas, na grande maioria das vezes. É nesse sentido que se propõe a incorporação da perspectiva de gênero e raça, apontada pela PNAISM. Tal abordagem, entrelaçadas as desigualdades de classe, de geração, além de diferenças ocupacionais, de orientações sexuais, revela ainda, outros aspectos constitutivos de assimetria de poder nas relações sociais.

Apesar dos avanços serem lentos e gradativos, o contexto histórico nos ajuda a compreender que a concretização do PAISM e do PNAISM representa um marco na história das políticas públicas de saúde para as mulheres, sobretudo, pelo seu significado social, uma vez que é um grande desafio para o sistema público de saúde reconhecer e incorporar a concepção das relações de gênero, isto é, as diferenças de poder e oportunidades para homens

---

<sup>36</sup>A perspectiva de raça é incluída na PNAISM devido ao reconhecimento de que as desigualdades e a discriminação de raça – além das de gênero – são problemas que dizem respeito a maioria da população. É reconhecido que, em qualquer indicador social considerado, existe uma desvantagem sistemática das mulheres em relação aos homens, e do conjunto de negros de ambos os sexos em relação aos brancos (ABRAMO, 2004). Essa desvantagem é especialmente marcada no caso das mulheres negras.

e mulheres em todas as suas práticas institucionais (BRASIL, 2007a). Nota-se que os governos têm implementado diversas políticas públicas com o intuito de expandir a cobertura e qualificar a atenção à saúde da mulher, o que pode ser percebido em pesquisas, a exemplo da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNAD) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Todavia, essas ações não têm sido efetivas para todas as mulheres, especialmente, para as mulheres negras, pois, fatores sociais e econômicos, fruto do resquício do processo histórico de construção do país, mantiveram esse grupo a margem das políticas no país por muitos anos (BARBOSA, 2014). Os registros dos indicadores sociais e da saúde, desagregados por cor, acabam evidenciando essa realidade. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) apontam que do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. Partindo do pressuposto que o corpo é também o local de inscrição social da desigualdade racial, o Movimento de Mulheres Negras, originado durante o intenso processo de mobilização social manteve uma pauta extensa, em que a questão da saúde da população negra sempre esteve colocada como ponto de grande relevância.

Isso indica, dentre outros horizontes, sobre os limites institucionais das políticas públicas de saúde com enfoque em gênero. Os dilemas em torno do racismo e de outros problemas que afetam a mulher negra ditam, conforme veremos adiante, a urgência de visibilidade da questão, como forma de sensibilizar e mobilizar para a elaboração de uma política focal direcionada aos grupos étnicos minoritários, considerando suas necessidades e especificidades.

### **3.4 Movimento de Mulheres Negras e a construção da Política de Saúde da População Negra**

A luta pelo reconhecimento dos processos de exclusão e estigmatização social a que esteve submetida, ao longo dos anos, a população negra brasileira, constituiu um dos argumentos centrais na defesa da implantação de uma política pública de saúde específica a esse segmento social. As ações públicas, tomando a dimensão da problemática das iniquidades raciais, têm início no Brasil, na década de 1980.

Nessa direção, as características assumidas pelo movimento negro de forma geral, e em particular o movimento de mulheres negras, tiveram notória participação na luta contra as desigualdades raciais e na busca pelo reconhecimento por parte do poder público de pertencas sociais específicas em oposição às políticas universalistas genéricas. Como estratégia inicial foi

ponderado ser imprescindível a produção de informações elementares, inexistentes ou desconhecidas até aquele momento, na qual revelassem a existência das iniquidades.

Esses estudos permitiram ampliar, tanto o panorama histórico quanto o cenário atual referente às condições desfavoráveis de viver, adoecer e morrer da população negra quando comparada com a branca. A sua relevância impactou em dar visibilidade a esse fenômeno social, contribuindo para legitimar o discurso político, dando fundamento às reivindicações e ao atuar dos movimentos negros (WERNECK, 2016).

As principais disputas presentes no espaço político da saúde da população negra envolveram o combate ostensivo ao racismo e aos dilemas em torno de como admitir e enfrentá-lo na sociedade brasileira. A inclusão da dimensão racial em pesquisa tem contribuído para qualificar a agenda política nacional (RIBEIRO, 2008). Desde então, os movimentos sociais negros passaram a ter um diálogo diferenciado com o governo o que possibilitou a incorporação de demandas históricas à pauta de reivindicações.

A partir da atuação dos movimentos sociais, analisados nos estudos de Ribeiro (2008) reconhece que importantes passos foram dados, resultando na ampliação da participação política da população negra. Em especial, o movimento de mulheres negras, demonstrou grande impulso organizativo na luta por direitos. É primordial o papel das mulheres negras inseridas nos movimentos feministas, inclusive com contribuições técnicas e teóricas de grande relevância sendo responsáveis por mudanças significativas no contexto social, mesmo transportando consigo o peso do preconceito racial, tão presente ainda nos dias atuais.

Dentro de um eixo de análise similar, Sueli Carneiro (2002) ao abordar sobre o Feminismo Negro e o Movimento de Mulheres Negras, avalia que:

[...] esse novo olhar feminista e antirracista, ao integrar em si tanto a tradição de luta do movimento negro como a tradição de luta do movimento de mulheres, afirmam a nova identidade política decorrente da condição específica de ser mulher e negra (CARNEIRO, 2002, p.182).

Tais lideranças passaram a destacar a importância de focar o uso da dimensão étnico-racial nos estudos sobre condições de saúde e suas relações com a desigualdades sanitárias no país. Na busca pela construção de uma política focal de saúde, a primeira medida efetuada pela militância consistiu em elaborar, divulgar e conscientizar a sociedade civil sobre a importância de contar com informações sistemáticas, confiáveis e de análises científicas que deixassem evidentes a existências das desigualdades raciais, ao passo que persistiram na construção da identidade racial, bem como, na busca pela incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informações de saúde (BRASIL, 2005a, BRASIL, 2009).

Dentre as contribuições do feminismo negro, ocupa lugar privilegiado a incorporação da saúde reprodutiva na agenda da luta antirracista, sobretudo, na discussão referente aos direitos sexuais e reprodutivos, gerando dados sobre desigualdades raciais e levantando a importância da utilização da variável raça/cor nos registros na saúde, além do reconhecimento das diferenças étnicas e raciais nessa temática (CARNEIRO, 2003).

As reflexões elaboradas pelas ativistas negras apontaram para a maior prevalência entre as mulheres negras dos casos de miomas e outros agravos<sup>37</sup> que também acometem os homens negros, como diabetes, hipertensão arterial e anemia falciforme. Salienta-se que tais doenças podem provocar abortamento espontâneo, maior suscetibilidade às infecções, dentre outros problemas (CARNEIRO, 2003).

É importante salientar que nessas discussões foram mencionadas as repercussões do racismo e sexismo na produção das desigualdades em saúde, a relevância da caracterização de doenças étnicas/raciais em termos dos fatores socioeconômicos, necessidade da inclusão do quesito cor, sobretudo, nos sistemas de classificação da população e o mapeamento de doenças mais prevalentes nesse grupo (OLIVEIRA; RIBEIRO; SILVA, 1995). Para além disso, o diálogo com a militância negra foi determinante para estabelecer consenso com o IBGE sobre as categorias e método a ser utilizado no país para definir a raça-cor da população (CARNEIRO, 2003; DIAS et al., 2009; SANTOS; SOUZA, 2016). Por essa perspectiva, a situação de saúde baseada na evidência dos dados permite fundamentar a gestão dos serviços, planejar as ações e intervenções, elaborar políticas públicas e contribuir para a participação social (BRASIL, 2005a).

A partir da década de 1990, a incorporação do quesito cor nos sistemas de informações de saúde possibilitou evidenciar, mediante constatações empíricas, as desigualdades raciais produzidas no processo saúde-doença. Uma das providências adotadas pela militância negra foi elaborar um relatório com os dados do estudo, explicitando os principais problemas de saúde que acometem a população negra brasileira.

Como parte do conteúdo do documento destaca-se os dados referentes à mortalidade infantil, a incidência de miomas, as elevadas taxas de mulheres negras esterilizadas, prevalência da hipertensão, anemia falciforme e AIDS foram alguns dos agravos apresentados neste relatório. Cabe lembrar que, diversas conferências regionais e mundiais impulsionaram a

---

<sup>37</sup>Os agravos foram classificados segundo quatro categorias: 1) geneticamente determinadas; 2) adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; 3) de evolução agravada ou tratamento dificultado; 4) condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.

inserção da discussão sobre o racismo na pauta de questões nacionais e, especificamente, na proposta de construção da política de saúde da população negra (RIBEIRO, 2008).

Como forma de subsidiar as discussões a respeito da vinculação entre racismo e vulnerabilidade em saúde durante a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares<sup>38</sup>, ocorrida no ano de 1995, em Brasília, foi elaborado um relatório técnico, com base nos dados da pesquisa, o qual apresentava uma série de reivindicações quanto à inclusão da população negra nas políticas públicas (RIBEIRO, 2008)

Nesse momento, as primeiras respostas governamentais passaram a ser costuradas, na esfera federal, a partir da articulação entre os integrantes dos movimentos sociais negros e representantes do poder público, destaque para a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra. Visando tratar de assuntos referentes ao campo da saúde, o GTI realizou uma Mesa Redonda, na qual resultou na proposição de algumas medidas, como a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos; criação do Programa de Anemia Falciforme, entre outras. Por essa perspectiva, apesar de insuficientes, nota-se que já existe certo grau de compreensão acerca das peculiaridades referente à população negra (CARNEIRO, 2002; RIBEIRO, 2008; WERNECK, 2016).

Em continuidade, no ano de 2001, realizou-se a 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, em Durban, África do Sul. O evento contou com o especial protagonismo das mulheres negras, sobretudo, na elaboração de proposições para a execução de políticas de atenção à saúde da população negra. As ativistas negras brasileiras tiveram papel decisivo na articulação entre as demandas formuladas em fóruns globais e as reivindicações locais. A esse contexto Sueli Carneiro (2003) e Matilde Ribeiro (2008) acrescentam que as mulheres negras brasileiras lograram êxito ao estreitar as parcerias e cooperações com outras organizações feministas, permitindo, assim, potencializar a problemática específica das mulheres negras.

Nessa articulação, as mulheres negras contribuíram com formulações que apontam para a necessidade da ampliação de políticas públicas inclusivas aos grupos em vulnerabilidade social, isto é, a população negra em geral, e as mulheres negras em particular. Em suma, o acúmulo da experiência da luta feminista no campo da saúde reprodutiva e em conferências, especialmente em Beijing, foi decisivo para a busca de legitimação da “saúde da população negra”. Para Werneck (2016), a realização de Durban criou condições favoráveis à formulação de propostas interessantes para a construção de políticas públicas compensatórias.

---

<sup>38</sup>A Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, foi uma das principais mobilizações contemporâneas. Reuniu cerca de 30 mil manifestantes.

Cabe, no entanto, lembrar que uma série eventos preparatórios foram realizados no Brasil e na América Latina resultando em formulações, especialmente do componente regional, da Conferência das Américas, realizada em Santiago, no Chile, no ano de 2000, e posteriormente apresentadas em Durban. As pesquisas preparatórias para 3ª Conferência Mundial serviram para denunciar o racismo e as desigualdades raciais existentes no país, além de subsidiar o discurso da militância negra sobre a necessidade e a urgência de uma intervenção decisiva nas condições de vida das populações historicamente discriminadas. Os dados contidos nos documentos, tendo como enfoque a interseccionalidade entre gênero e raça, indicam desigualdades marcantes no que se refere à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

De acordo com o estudo, as mulheres negras têm maiores chances de gestação na adolescência, além de realizar menos consultas pré-natais quando comparadas com as mulheres brancas. Para além disso, quando pretos, seus filhos apresentam maior probabilidade do nascimento prematuro e o risco de nascer com baixo peso é maior. No que diz respeito ao tipo de parto, as mulheres brancas têm no cesáreo o maior percentual, contrapondo-se as mulheres negras que apresentam maior percentual no parto normal (WERNECK, 2016). Nesse aspecto da pesquisa, Góes e Nascimento (2012) nos mostra uma interessante perspectiva de entendimento sobre a questão. Para as autoras, a partir das representações na sociedade, os estereótipos construídos definem as mulheres negras como sendo mais resistentes que as outras mulheres, desta forma, suportariam mais dor, no caso específico, o parto normal.

Os dados apresentados evidenciam ainda, as condições relacionadas à renda, educação/escolaridade, ocupação, local de moradia, acesso aos serviços de saúde, mortalidade e as patologias de maior incidência na população negra. Assim posto, a experiência inovadora da realização de um evento conjunto entre governo e sociedade civil, com agenda global, teve como resultado final a elaboração de um documento unificado, reconhecido internacionalmente, intitulado “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”. A edição do documento confirma a existência dos agravos considerados mais frequentes entre a população negra brasileira (WERNECK, 2016).

Dito isso, efetuou-se algumas recomendações, entre elas, realizar a produção do conhecimento científico; capacitar profissionais da saúde; divulgar informações à população e formular políticas focais de atenção à saúde. Um tópico elementar ao manuscrito é associar as causas do adoecimento e morte da população negra às questões relacionadas ao racismo e a discriminação (WERNECK, 2016). Em suma, após a validação do documento, os governos assumiram a responsabilidade, por meio da adoção de políticas públicas, com a eliminação das

desigualdades raciais existentes. Na avaliação de Carneiro (2003), no campo da saúde, a redefinição da política deve nortear-se pelo equilíbrio no que se refere à expectativa de vida entre negros e brancos, que segundo a autora, é em média 5 anos menor para o primeiro.

Nesse sentido, após Durban, há a abertura de espaços para a discussão de políticas compensatórias direcionadas à população negra. Ou seja, os efeitos da 3ª Conferência somados com a continuidade da mobilização da militância negra, juntamente com o apoio das agências nacionais e internacionais de fomento, culminaram na criação, da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR)<sup>39</sup>, em 2003, como grande propulsora de iniciativas na defesa dos negros no Brasil, excluídos historicamente de uma sociedade que não os reconhece no mesmo patamar dos brancos.

Obteve-se ainda, como conquista e referência política, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010) que inspirou o Programa de Enfrentamento ao Racismo e Promoção da Igualdade Racial. Em seguida, no ano de 2004, foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, composto por representantes de diversos órgãos e instituições do Ministério da Saúde e da SEPPIR com o papel de assessorar o órgão quanto aos aspectos étnicos-raciais no debate sobre as desigualdades sociais no Brasil (BRASIL, 2010b).

A partir daí, novos caminhos foram trilhados em direção a construção de uma política focal, tendo em vista a existência das desigualdades raciais. Assim, foi realizado o I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (BRASIL, 2004b e 2006b); posteriormente, houve a inclusão da temática na pauta de discussão das Conferências Nacionais de Saúde, a contar da 12ª edição do evento; além da abertura de uma vaga, em 2005, para a atuação do Movimento Negro, no Conselho Nacional de Saúde (CNS), após 68 anos de existência do órgão deliberativo.

A autora Werneck (2016), ao tratar da participação política da militância negra, coloca desta forma: “a representação negra no CNS permitiu as articulações necessárias para a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” (p.538). Nessa conjuntura, apoiados em dados estatísticos, foi possível ampliar e dar maior visibilidade as clivagens que evidenciam as condições desfavoráveis de viver, adoecer e morrer da população negra quando comparada com a branca.

---

<sup>39</sup>Em 2015, com a publicação da medida provisória nº 696, a SEPPIR foi incorporada ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, agregando outras secretarias, a exemplo, a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres. A SEPPIR coordenada programas que visam superar desigualdades.

É importante ressaltar que em várias ocasiões, a discussão em torno da elaboração de políticas públicas em benefício da população negra foi bastante conflitiva. A disputa discursiva e as correntes contrárias a utilização da dimensão étnico-racial, no campo da saúde, polarizou o debate. Mesmo com toda incerteza, o movimento social negro enveredou-se entre os diversos setores de atuação estatal e obtiveram êxito ao conseguir estabelecer o compromisso, na agenda do poder público, em elaborar uma política de saúde implicada com o processo de reparação às desvantagens históricas vivenciadas pelas minorias étnicas. Dessa articulação, obteve-se a elaboração da política de saúde para a população negra.

Dessa forma, a fim de promover a equidade em relação à efetivação do direito à saúde do grupo populacional em destaque, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, em novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Instituída pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, tem por finalidade a promoção da equidade em saúde, em função de situações de risco, com vistas ao maior cuidado com a saúde de negras e negros, emergindo como uma ferramenta importante na reestruturação da saúde por meio de uma política que adere à demanda e à realidade do país. Reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde (BRASIL, 2013).

Sabe-se que a criação dessa política surge como uma medida compensatória, com o objetivo de minimizar os efeitos decorrentes da discriminação e exploração sofrida pelos negros e negras, ao longo da história, motivados, sobretudo, pela atuação dos movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida (BRASIL, 2009). A partir de então, a atenção à saúde da população negra em seus diferentes aspectos passou a ser regulamentada via lei federal, como estratégia de provocar respostas necessárias. Cabe ressaltar que esta política tem um caráter transversal e somente será possível a sua real efetivação se houver uma ação conjunta institucional.

O conceito de saúde da população negra, na visão de Werneck (2010), está ancorado em três aspectos relevantes: a política, a ciência e a cultura afro-brasileira. Além disso, destacam-se três aspectos dos processos de saúde e doença desta população: o racismo, vulnerabilidade diferenciada a determinados agravos ou doenças e o aprendizado e vivência das culturas e tradições afro-brasileiras. Assim, dentro desse contexto maior, os avanços foram reconhecidos e contabilizados com a institucionalização da PNSIPN. A implementação da política focal foi primordial para melhorar o acesso da população negra aos serviços de saúde e aprimorar a qualidade daquilo que lhe é oferecido.

No entanto, apesar de apresentar algumas melhorias, a saúde para os grupos étnicos excluídos continua aquém de qualquer direito. As desigualdades sociais e seus impactos na saúde são percebidos, e a tríade: preconceito racial, condições de vida e saúde aparecem como reflexo do racismo. A ausência de ações concretas voltadas à população negra evidencia que prerrogativas importantes da política não estão sendo consideradas.

Os dados empíricos apontam que mesmo com a aprovação da PNSIPN faltaram ações efetivas para sua implementação. A concretização legal não garantiu a efetivação da política de forma ampla. Nesse sentido, Werneck (2016) considera que:

[...] além do rechaço mais ou menos explícito por parte de muitos, verificou-se, também, uma profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos (WERNECK, 2016, p.539).

A atualidade e pertinência desse debate podem ser exemplificadas por meio dos dados referentes à implantação da PNSIPN, em território nacional. Levantamento realizado pelos pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) constatou que após 12 anos de criação da PNSIPN, em um universo de mais de cinco mil municípios, somente 57 deles haviam implementado a política pública de saúde específica para a população negra. Esse estudo toca num tema essencial quando discutimos políticas públicas compensatórias, ao evidenciar o paradigma dominante.

Na avaliação dos pesquisadores, a baixa adesão à política é provocada pela impressão, entre os gestores do sistema de saúde, de que as disparidades raciais são explicadas pelas diferenças sociais e de renda. Desse modo, ainda de acordo com o estudo, a maioria dos gestores entende que para promover a equidade, é preciso ofertar os mesmos serviços a todos. Por essa perspectiva, os indícios referentes aos males da saúde, supostamente imputados à pobreza, seriam equivocados, caracterizando-se como uma faceta do mito da democracia racial.

O problema é que nem todo mundo parte das mesmas condições. Ao oferecer o mesmo para todos, corre-se o risco de aprofundar as desigualdades. Desta forma, a administração pública precisa estar atenta às questões específicas que afetam essas populações, de modo a pensar as soluções mais adequadas. Portanto, problemas específicos dos grupos historicamente discriminados devem ser combatidos por meio de medidas universais e específicas de forma conjunta (GUIMARÃES, 2002; TELLES, 2003).

Aprofundando essa discussão, para uma melhor compreensão a respeito das relações de poder entre o estado e os indivíduos é preciso conhecer a hermenêutica do termo “biopolítica”

utilizada por Michel Foucault. Para o filósofo, um dos atributos fundamentais da soberania era “o direito de vida e de morte” (FOUCAULT, 2005, p.286), ou seja, o soberano poderia fazer morrer ou deixar viver. Segundo o autor, o poder efetivo do soberano se dava a partir do momento em que este pudesse matar. E ressalta “é porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida” (FOUCAULT, 2005, p.286-287).

Diante disso, Foucault (1997) analisa o tratamento diferenciado dispensado aos indivíduos ao abordar a distribuição de pessoas nos espaços sociais compartilhados e monitorados. De acordo com a teoria foucaultiana, o Estado, enquanto responsável por esses locais, se encarrega de manter a disciplina, a distribuição do tempo e a manutenção dos indivíduos em ambientes separados. Frequentemente, esses indivíduos não são percebidos como cidadãos, pleno sujeito de direitos, portadores de integridade física e mental. Desta forma, o sistema, aqui representado pelas instituições, reproduz a segregação estrutural.

Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro (SANTOS; SANTOS, 2013) constatou que a maioria dos profissionais da atenção primária é contrária a implementação de uma política focada em grupos populacionais específicos, como as voltadas à população negra, pois acredita que este segmento social não apresenta dificuldades que justifiquem uma política especial. Ainda de acordo com os entrevistados, tal política fere o princípio da igualdade, preconizado pelo SUS.

Em uma outra pesquisa, desta vez realizada no Estado de Minas Gerais (CHEHUEN NETO et al, 2015), do universo de 391 negros e negras que responderam ao questionário, 60,9% relatou ser importante a implementação de uma política compensatória. Entretanto, 52,7% da amostra, acredita que esta tende a reforçar a discriminação racial. Em que pese, nessas pesquisas, prevalece a ideia da mestiçagem, o que acaba por reforçar o ideal de igualdade, independentemente da raça, “direitos iguais para todos”, o que leva ao entendimento de que não podemos ser tratados como diferentes pelas políticas públicas. Para Barbosa (2012), o acesso universal e igualitário constitucional é bom, mas insuficiente para a garantia dos direitos humanos em saúde da população negra.

Assim, tendo como referência essas pesquisas, tal quadro pode implicar na ausência, ou até mesmo, na elaboração e implementação de políticas públicas saúde de forma genérica voltadas para as minorias étnicas, onde num contexto demarcado por desigualdades de ordem social, racial e de gênero, têm demonstrado pouca eficácia no combate aos impactos decorrentes dos reflexos de uma sociedade que, segundo Ribeiro (2008, p.988), “avança em garantia de direitos, mas que se mantém descompensada pela continuidade de regimes excludentes”.

Diante desses resultados, pode-se observar que o sistema de saúde reflete os problemas estruturais da sociedade, uma vez que, permite dar visibilidade a uma realidade que acomete 54% da população brasileira ecoando, na maiorias das vezes, sob a forma de negligência, preconceito, violência e estereótipos aos quais a população negra de forma geral, e as mulheres negras em particular estão submetidos.

## **CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Situação da Saúde em Lauro de Freitas/BA**

#### **4.1.1 Aspecto Demográfico**

Lauro de Freitas é um município do Estado da Bahia, integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), juntamente com mais 12 cidades. Localiza-se a uma distância de 15 quilômetros da capital, na Região Norte da Bahia. Emancipada em 1962, até então, suas terras pertenciam a Salvador, Bahia. Possui uma área territorial de 57.687 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 2.833,38 habitantes por quilômetro quadrado. A taxa de urbanização é 100% (IBGE, 2013). O município está dividido em 19 bairros delimitados e denominados segundo a Lei Municipal Nº 1.596 de 19 de novembro de 2015 (LAURO DE FREITAS, 2015).

Com relação a sua organização político-administrativa, a cidade é dividida em cinco regiões distritais de saúde. São elas: Itinga (subdividida em Itinga I e II), Portão, Areia Branca, Caji e Centro. Itinga é um dos bairros mais antigos da cidade, com forte influência africana e indígena devido a sua colonização. Por volta de 1930, com a construção do primeiro campo de aviação da Bahia, na antiga fazenda Portela, próxima à região, iniciou-se um processo de crescimento populacional significativo. Hoje, tornou-se o bairro mais populoso do município e concentra cerca de 50% da população total (LAURO DE FREITAS, 2010).

O município apresenta 80.5% de domicílios com esgotamento sanitário, sendo 55% por rede geral de esgoto, seguida de 22% com fossa séptica e 14% fossa rudimentar. Possui 36.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 34.3% dessas vias públicas com urbanização (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Aproximadamente, 97% das residências de Lauro de Freitas têm como tipo de abastecimento de água, a rede geral de água encanada. O destino do lixo em 84,8% das residências se dá através da coleta por serviço de limpeza e em 13,9% é coletado por caçamba de serviço de limpeza (LAURO DE FREITAS, 2017).

Em 2010, a população de Lauro de Freitas correspondia a 163.449 habitantes. Os homens representavam 48,5% e as mulheres 51,5% dos habitantes. Esses números refletem a tendência do Estado, onde cerca de 51% da população, no ano de 2010, era do sexo feminino. (IBGE, 2010). A distribuição percentual por raça/cor da população, segundo dados do último censo foi: branca (22,6%), preta (24,4%), amarela (1,6%), parda (51%), indígena (0,3%), sem declaração (0,1%) (IBGE, 2010).

A maioria da população em 2010 (75,4%) era composta por pessoas negras. É importante registrar ainda que a maior parcela da população negra de Lauro de Freitas, no ano de 2010, estava representada pelas mulheres negras com 38,6%, seguida da população masculina negra com 36,8% (IBGE, 2010). Segundo dados do Censo Demográfico, em 2000, as mulheres negras representavam 21,4% da população brasileira; em 2010, o percentual elevou para 24,5% (IBGE, 2010). Na atualidade, existem 49 milhões de mulheres negras no Brasil, esse número corresponde a 25% da população do país (IBGE, 2017).

Ao analisar a evolução percentual da população segundo raça/cor, entre 2000 e 2010, registra-se que houve uma estabilização no rol de pessoas da população negra. Observa-se ainda uma redução no percentual de pessoas com raça/cor ignorada, o que colabora para uma melhor qualidade da informação sobre a raça populacional de Lauro de Freitas (IBGE, 2010). Quanto à distribuição etária, observa-se um estreitamento da base da pirâmide, evidenciando uma redução da população na faixa etária abaixo dos 19 anos e a predominância dos adultos jovens entre 20 e 39 anos, em 2010. A população de idosos representa 7,2%, com predomínio do sexo feminino (4%) (IBGE, 2010).

#### **4.1.2 Aspecto Socioeconômico**

Não há dúvida de que conhecer a situação socioeconômica de uma dada população é importante para a formulação de políticas e o planejamento das ações públicas de saúde. Dados da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), classifica o município de Lauro de Freitas como o terceiro maior do Estado, indicado pela taxa de expansão da atividade econômica, com um crescimento de 141,4% em relação às 15 maiores cidades da Bahia (LAURO DE FREITAS, 2013). A indústria e o comércio representam a principal atividade econômica, com uma população economicamente ativa de 128.259 pessoas. Ocupa a terceira posição entre os municípios baianos mais industrializados (IBGE, 2010).

Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>40</sup> do município de Lauro de Freitas foi 0,754, superando o IDH da Bahia (0,660) e do Brasil (0,744) ((LAURO DE FREITAS, 2017). Segue tendência histórica de crescimento, o que pode levar o município a um alto grau de desenvolvimento. O IDH elevado de Lauro de Freitas demonstra que esta é uma cidade com um nível de desenvolvimento satisfatório. No que se refere ao Produto Interno Bruto (PIB), em 2014, o município de Lauro de Freitas, em comparação com as demais cidades

---

<sup>40</sup>Um dos indicadores oficiais que avaliam o grau de desenvolvimento social. Mede a qualidade de vida por meio da avaliação do rendimento, da educação e da longevidade de países, regiões ou agrupamentos populacionais.

do estado, ocupava a posição 15ª de 417 e 6º na Região Metropolitana de Salvador. Quando comparado com cidades de todo o Brasil, sua colocação era 716ª entre os 5.570 municípios. Em 2015 havia 64,5% do seu orçamento proveniente de fontes externas (LAURO DE FREITAS, 2017).

Outros indicadores também fazem referência às condições de vida e vulnerabilidade de uma população, a exemplo, o Índice de Gini<sup>41</sup>, que avalia a desigualdade social por meio da análise da distribuição de renda. No Estado da Bahia, em 2001, o índice de Gini para brancos foi de 0,71, em contrapartida, para os negros, 0,62. No Brasil, 14,1% da população preta ou parda está entre os 10% mais pobres do país (IBGE, 2013). Tem-se ainda que, em 2009, dos 2 milhões de domicílios em assentamentos, 66% eram chefiados por pessoas negras, e que, entre os 10% da população, 72% eram negros (IPEA, 2011). Conclui-se que há uma imensa desigualdade social que penaliza negros e negras.

Assim, a produção de indicadores sociais, que trabalham com o tema da pobreza, por exemplo, devem ser debatidos e criticados sob diferentes pontos de vista a respeito de seus limites. Outras análises devem ser incorporadas no intuito de não restringir o horizonte a ser compreendido e pesquisado. Para isso, precisamos de análises mais amplas como forma de subsidiar as discussões. Nesse ínterim, torna-se relevante abordar os aspectos educacionais, visto que é um importante marcador social de desigualdades.

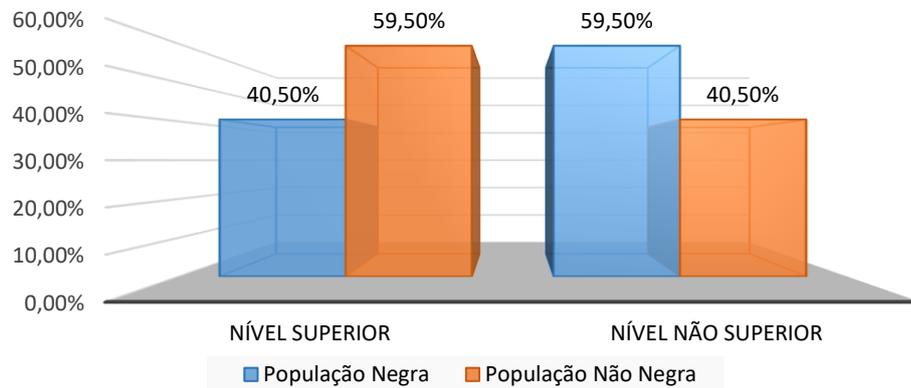
Em 2010, 97,2% dos estudantes de Lauro de Freitas, entre 06 a 14 anos de idade, cursavam o ensino fundamental regular na série correta para a idade (LAURO DE FREITAS, 2017). Registra-se ainda que, nesse mesmo período, 11,1 % da população do município com 10 ou mais anos de idade apresentaram nível superior completo. Conforme demonstrado no gráfico 1, 40,5% da população negra possuem nível superior, enquanto, na população não negra, o percentual eleva para 59,5% os que finalizaram a graduação (IBGE, 2010).

Apesar do distanciamento entre negros e não negros, e dos números estarem longe de serem os ideais, no entanto, sinais de mudanças significativas aparecem na área educacional, o que sinaliza uma nova época. Esses resultados demonstram que, apesar das desigualdades sociais históricas, algumas políticas públicas afirmativas têm ampliado a oferta do ensino aos grupos étnicos historicamente marginalizados.

---

<sup>41</sup> O índice de Gini é um indicador da desigualdade social, varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1 esse indicador se situa, mais concentrada é a renda na sociedade avaliada (IBGE, 2002).

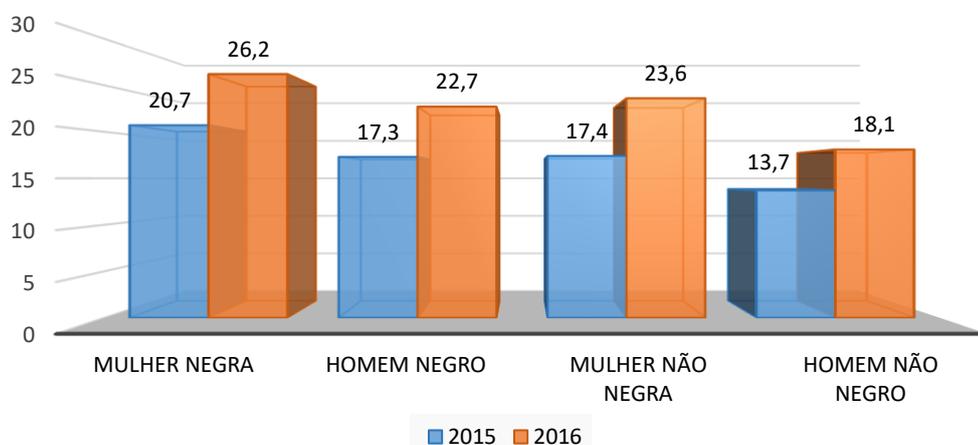
**Gráfico 1:** Grau de Instrução da população acima de 10 anos, segundo raça/cor. Lauro de Freitas/BA, 2010.



**Fonte:** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa, 2010.

Entretanto, ao analisar os dados referente a taxa de desemprego, na Região Metropolitana de Salvador (RMS), entre os anos de 2015 e 2016, mantém-se uma situação desvantajosa, no mercado de trabalho, para a população negra (Gráfico 2). No que se refere às mulheres negras, a situação é mais crítica. Convém destacar a persistente relação desigual em comparação com os demais segmentos populacionais, o que evidencia uma desigualdade não apenas racial, mas também de gênero.

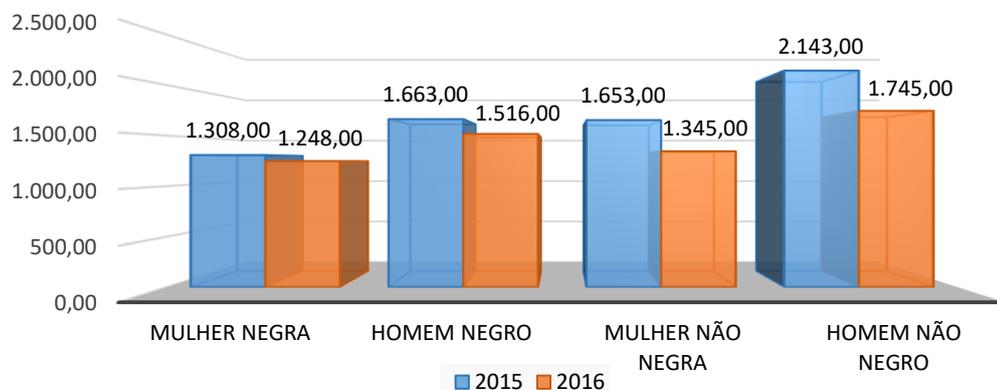
**Gráfico 2:** Taxa de desemprego total das populações negra e não negra, segundo sexo, na Região Metropolitana de Salvador, 2015 e 2016.



**Fonte:** SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais, 2017.

Com relação à remuneração, o rendimento médio real da população negra é menor que o da não negra, essa situação se confirma principalmente para as mulheres negras que auferem os menores rendimentos médios entre os grupos de raça/cor e sexo (Gráfico 3). O rendimento médio mensal dos não negros é cerca de 40% maior que o da população negra, sendo que, da população total, as mulheres negras eram as que ganhavam menos. E importante destacar que, em 2016, o hiato entre rendimentos de negros e não negros diminuiu. Como os não negros, independente do sexo, tiveram decréscimos nos rendimentos superiores aos observados entre os negros, a distância entre os rendimentos desses dois grupos diminuiu. No entanto, cabe destacar que a distância ainda é considerável. Para além disso, esse movimento se deu num contexto onde todos perderam rendimento.

**Gráfico 3:** Rendimento médio mensal em reais da população ocupada, por raça/cor e sexo, na Região Metropolitana de Salvador, 2015 e 2016.



**Fonte:** IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017.

Esses dados apontam uma realidade mais precária enfrentada pelos negros e negras no mercado de trabalho, em comparação com a enfrentada pelos não negros, quando se consideram dados como taxas de desemprego, acesso à educação, renda, entre outros. Tais indicadores nos levam à reflexão de que, quando se situam as desigualdades como produtos de fatores estruturais, é possível constatar diferenças significativas quando combinadas as variáveis gênero e raça. Todas essas informações se refletem na qualidade de vida da maioria da população de Lauro de Freitas, que é de 75% composta de negras e negros. Esse prejuízo educacional, de inserção no mercado de trabalho e no auferimento de renda, pode trazer como consequências, reflexos negativos na saúde.

## 4.2 Atenção à Saúde das Mulheres Negras

Como fruto das reivindicações dos movimentos feministas brasileiro, ecoados nas décadas de 70 e 80, as políticas públicas voltadas às especificidades de gênero não são novidades no Sistema Único de Saúde, especialmente para as mulheres, contudo as discussões sobre a categoria gênero carecem de maior e melhor entendimento (BRASIL, 2010a).

Conforme dados do Ministério da Saúde (2014), existe uma diferença no atendimento às mulheres negras. Em relação ao parto, somente 27% das negras tiveram acompanhamento, ao contrário das brancas que somam 46,2%, além de outras desigualdades. As mulheres negras estão mais submetidas ao aborto inseguro em maior proporção quando comparada com as mulheres brancas, contribuindo substancialmente para a mortalidade materna.

Persiste, portanto, a necessidade de considerar a diversidade e reconhecer as especificidades e particularidades do segmento social feminino, como forma de promover a erradicação das desigualdades de gênero e raça, sobretudo na elaboração das políticas públicas e, assim, contribuir para o pleno exercício da cidadania, particularmente, pelas mulheres negras que ainda sofrem violações.

O processo de incorporação da Atenção Integral à Mulher nas políticas nacionais de saúde engloba várias dimensões, desde a educação em saúde, até a atenção voltada para os diversos ciclos de vida da mulher. Assim, diante das políticas públicas de saúde implementadas, os avanços em direção a integralidade do cuidado são perceptíveis e contabilizados. No entanto, a saúde da mulher negra possui especificidades que o Estado deve considerar ao planejar as políticas públicas.

A partir desse entendimento, recomenda-se que a elaboração de tais políticas seja norteada pela perspectiva de gênero e raça, sobre a ótica da promoção da equidade junto a esse segmento social, até então não amparado nessas políticas. Para além disso, necessário se faz alcançar todos os aspectos da saúde das mulheres negras (BRASIL, 2011).

É preciso salientar que a importância de focar a dimensão étnico-racial e de gênero no âmbito da saúde pública, no Brasil, se origina no reconhecimento da discriminação histórica enfrentada pela população negra em geral, e pelas mulheres negras em particular, e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravidão até a atualidade. Como fruto da atuação dos movimentos sociais ligados à causa negra, a incorporação do quesito cor nos sistemas de informações de saúde possibilitou evidenciar mediante constatações empíricas, diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença (SOARES FLHO, 2012).

Na atualidade, o campo da saúde da mulher negra dispõe de um aparato legal que dá suporte a sua implementação enquanto política pública. Conquistado, sobretudo, graças à integração de forças dos movimentos negros, movimentos feministas e, mais especificamente, do movimento de mulheres negras, tais documentos têm como parâmetro as legislações referentes à Saúde da Mulher e à Saúde da População Negra (SPN). Dito isso, o ponto de partida desse estudo consiste, no primeiro momento, em apresentar legislações elaboradas pelo Ministério da Saúde que tenham em seu texto o enfoque de gênero e raça, como também, ações destinadas ao atendimento às especificidades das mulheres negras, no que tange à saúde. Em seguida, será analisado os documentos oficiais elaborados pela Gestão Municipal com o intuito de identificar se há no desenho institucional, políticas, programas, ações e metas destinadas à redução das iniquidades raciais, sobretudo, para as mulheres negras.

#### **4.2.1 – Política nacional**

Ao analisar as políticas de saúde da mulher, de referência nacional, com enfoque em gênero e raça, identificamos que em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As diretrizes dessa política preconizam que SUS deve ser direcionado para a atenção integral à saúde da mulher, contemplando a promoção da saúde, o controle das patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde. Recomenda, ainda, que a elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher sejam norteadas pela perspectiva de gênero, raça e etnia, ampliando o enfoque e rompendo as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2011a).

Desse modo, é importante ressaltar que a PNAISM amplia as ações para os grupos historicamente alijados das políticas públicas, a exemplo, mulheres negras. Para além disso, enfatiza a melhoria do planejamento familiar, da atenção obstétrica, da atenção ao abortamento inseguro e do combate à violência doméstica e sexual. Inclui a prevenção e tratamento de mulheres com doenças crônicas não transmissíveis, câncer ginecológico, como também, ações voltadas para a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre elas, HIV/AIDS (BRASIL, 2011a).

Amplamente discutida no capítulo 3 do presente estudo, para essa análise, focaremos os pontos da política destinados exclusivamente a saúde da mulher negra, uma vez que, em tal documento, foi incluído um capítulo relativo a esse grupo social. A PNAISM, em seu texto reconhece a existência histórica das desigualdades de acesso à saúde e enfatiza que mulheres negras têm maior risco de adoecer e morrer por diversos tipos de agravos quando comparadas

com as mulheres não-negras (BRASIL, 2004). Assim, estabelece ações específicas a serem implementadas no âmbito do SUS, com o intuito de promover a atenção à saúde desse segmento social, entre elas, destaca-se:

Melhorar o registro e produção de dados; capacitar profissionais de saúde; implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), com ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher no âmbito do SUS; estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionadas à saúde da população negra (BRASIL, 2004b, p.71).

Observa-se que as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos (BRASIL, 2009).

Se por um lado igualdade e desigualdades são conceitos fundamentais para a compreensão de situações de saúde de diferentes segmentos populacionais, por outro, para medir tais desigualdades, necessário se faz analisar bases de dados e sistemas de informação confiáveis que auxiliem na compreensão dos problemas de saúde que impactam determinados grupos populacionais de modo desigual e que exigem medidas mais eficazes e específicas para eliminar as iniquidades em saúde.

É importante lembrar que os objetivos gerais da PNAISM promulgam a melhoria das condições de vida e saúde da população feminina brasileira, ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS, além da redução da morbidade e mortalidade (BRASIL, 2011a).

Dando continuidade as análises dos documentos ministeriais que fazem referência as variáveis gênero e raça em seu texto, registra-se que, em 2005 foi lançado o impresso intitulado “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: a saúde das mulheres negras”. Segundo o Ministério da Saúde, altas taxas de mortalidade materna e neonatal configuram uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e constituem um grave problema de saúde pública, tornando-se imprescindível intervir para redução dessas taxas (BRASIL, 2004).

Na perspectiva de incorporar questões relativas à raça/etnia, e visando que todos os indicadores de saúde considerem esse quesito, o pacto inclui em suas ações a necessidade de fornecer atenção às mulheres e a recém-nascidos(as) negros(as), considerando suas

singularidades e atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade (BRASIL, 2005a). De acordo com tal documento, os dados socioeconômicos disponíveis indicam que:

a maioria das negras encontra-se abaixo da linha de pobreza, exibindo a seguinte situação: taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de famílias sem cônjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, a atenção ginecológica e obstétrica, seja no pré-natal, parto ou puerpério [...] (BRASIL, 2005, p. 7).

Na avaliação de Barata (2009, p.11), as desigualdades nas condições de vida repercutem nas situações de saúde, produzindo/ reproduzindo iniquidades. As desigualdades sociais podem produzir diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como “riqueza, educação, ocupação, raça, etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho. Todos esses componentes, correspondem aos Determinantes Sociais de Saúde e devem ser considerados para a elaboração das políticas públicas.

Ainda, segundo o mesmo documento:

As negras têm 50% a mais de chances de desenvolver diabetes que as brancas. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Mulheres portadoras de diabetes estão mais expostas à gravidez de alto risco (BRASIL, 2005, P. 10)

É sabido que as condições sociais, culturais e históricas impactam nas formas como os indivíduos se posicionam no mundo e estabelecem relações com os demais e podem contribuir para seu adoecimento. Esse nível de determinação, que estaria na ordem mais geral do modelo de Dahlgren e Whitehead *apud* Buss e Pelegrini Filho, é responsável pela manutenção ou reprodução das formas sociais que englobam outros domínios da determinação social da saúde.

De acordo com a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB (2012), o racismo no Brasil surge como uma barreira importante para o gozo pleno do direito à saúde de mulheres negras. Essa discriminação diz respeito não apenas às maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis, mas também à maior carga de doenças e ao menor acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Essa situação decorre, sobretudo, da interferência que o preconceito causa nos processos de redistribuição de bens sociais, impedindo ou dificultando o acesso tanto a recursos para a vida saudável, quanto às políticas e ações do sistema de saúde para os grupos étnicos posicionados em situação de desvantagem.

Tais informações evidenciam a necessidade em implementar políticas de saúde em todos os níveis de complexidade, que atentem para as especificidades das mulheres negras, uma vez que, no campo da saúde pública, as políticas que utilizam o recorte de gênero e raça são relativamente recentes. Nesse ínterim, o documento supracitado considera ser necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas ainda, as questões relativas ao quesito raça/cor, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis.

Vale notar que um dos temas sobre a saúde da mulher que vem suscitando debate no país e que tem repercutido no campo acadêmico e na área governamental se refere ao fenômeno conhecido por feminização da AIDS. A literatura aponta que no Brasil o número de casos da doença é maior entre pessoas negras (51,56%) e, na categoria sexo, (55,9%) dos casos encontram-se em mulheres negras (BRASIL, 2016). Destaca-se que a discussão sobre as políticas de prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) já está posta há mais de duas décadas, no cenário nacional.

A análise integrada de gênero, raça e classe é essencial para compreender como fatores como pobreza e exclusão social, por exemplo, determinam o acesso à prevenção e ao tratamento do HIV/AIDS. A abordagem interseccional permite ainda, a aqueles que elaboram as políticas entender melhor o quanto a pauperização da epidemia do HIV/AIDS contém uma dimensão racial que afeta desproporcionalmente a população negra. Além disso a inclusão de gênero como variável de análise é um passo importante no entendimento de como a feminização da epidemia afeta as mulheres negras.

O Estado brasileiro tem assumido a dianteira ao reconhecer legalmente a necessidade do enfrentamento às IST, entre elas, o HIV/AIDS. Nesse sentido, em 2004, o Ministério da Saúde implanta o Programa Nacional de DST/AIDS, que passa a desenvolver iniciativas voltadas à população negra. Nota-se, um pequeno, porém crescente, número de pesquisas ligadas as disparidades raciais em saúde, entretanto, a falta de dados tabulados por raça e a baixa quantidade de estudiosos concentrados em tais disparidades apresentam desafios ao avanço do desenvolvimento da pesquisa nessa área (CALDWELL, et al, 2012).

Assim, com o intuito de ampliar a produção de conhecimento no campo das relações entre AIDS, população negra e racismo, e apoiar socioeconomicamente estudantes universitários negros que entraram pelo sistema de cotas, o Programa Nacional de DST/AIDS começou a patrocinar, por meio da oferta de bolsas, o Programa Afroatitude, em 2006. Tal política governamental supõe o campo das ações afirmativas como estratégia para minimizar as desigualdades raciais e, conseqüentemente, a vulnerabilidade ao HIV. Em seu primeiro ano de

vida, foi elaborada uma publicação que reuniu um conjunto de experiências produzidas pelos participantes. A partir de um enfoque multidisciplinar e transversal, foi possível verificar que o programa contribuiu para o desenvolvimento de práticas e geração de conhecimento sobre ações afirmativas, direitos humanos e AIDS (BRASIL, 2006a).

Muito embora se ressalve a lacuna de pesquisas que visem esclarecer a relação entre raça/cor, AIDS e condições sociais (CADWELL et al 2012). Entretanto, em um estudo desenvolvido na capital paulista, no Centro de Referência para pacientes soropositivas do sexo feminino demonstrou que o status socioeconômico destas populações estão relacionados a grupos mais vulneráveis. Fatores como baixo nível escolar, baixa renda, número de pessoas sob dependência financeira, possibilidade de acesso aos serviços de saúde, representam desvantagens em saúde e se traduzem em diferenças na vulnerabilidade das mulheres negras, em ser acometida pela doença, quando comparadas às mulheres não negras (LOPES et al, 2007).

Destacam-se, ainda, os estudos que relacionam o contexto sociocultural a maior vulnerabilidade das mulheres ao HIV, no qual a mulher é limitada na tomada de decisões quanto a sua vida sexual e reprodutiva. A vulnerabilidade das mulheres aumenta quando se acrescenta questões socioeconômicas e o racismo que dificultam o acesso de mulheres negras aos serviços de saúde, ocasionando um menor conhecimento no que se refere às questões relacionadas à doença. Para Werneck (2001), a vulnerabilidade ao HIV em mulheres negras, traz à tona a discussão das desigualdades que atingem essa população no Brasil. Nesse sentido, constata-se a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, negra e pobre.

Torna-se claro, dessa forma, como a vulnerabilidade social experimentada pelas mulheres negras permeia as desvantagens em saúde e a restrição ao acesso aos serviços, aumentando o risco para aquisição da doença. O racismo, o sexismo e a pobreza imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos das mulheres negras, vitimando-a, portanto, com um triplo preconceito. A omissão das instituições em atender essas especificidades caracteriza o que se chama de Racismo Institucional.

Para finalizar as análises dos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde com o intuito de promover a equidade a saúde em prol da população negra, observa-se que, no ano de 2009, houve a implantação de outro importante marco legal visando a garantia desse direito para negras e negros, a saber, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída por meio da Portaria Ministerial nº 992/2009. Tal política tem como propósito garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde para negras e negros.

A citada política está inserida na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de estratégias de gestão solidária e participativa e incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2009).

A PNSIPN inclui, ainda, ações de cuidado, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, do controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. Para, além disso, define princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde dessa população. Assim, a implementação dessa política vem materializar tal propósito (BRASIL, 2009). Por se tratar de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre os entes federados, abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos. Reúne um conjunto de objetivos, indicadores e metas de redução das iniquidades raciais.

Ao analisar o texto constitucional da Portaria nº 992/2009, observa-se que no capítulo III que trata das estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, a fim de se criarem respostas as iniquidades raciais em saúde, faz-se referência a ações em benefício das mulheres negras, entre elas: “qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento”, nos estados e municípios. Determina também que haja “incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar ainda que para garantir a implementação da PNSIPN<sup>42</sup>, em 2009 o Plano Operativo foi instituído. Tal instrumento de gestão, se destina à orientação de gestores e técnicos na implementação da política e no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial. Para conselheiros de saúde e movimentos sociais, ele servirá de base para o acompanhamento de sua execução no âmbito local. O plano propõe a operacionalização das ações através de fases. Cada fase inclui metas

---

<sup>42</sup> De acordo com Lopes e Werneck (2009), embora a PNSIPN só tenha sido publicada no Diário Oficial em 13 de maio de 2009, configurando um descompasso entre as duas fases do seu plano operativo (2008-2009 e 2010-2011) e o momento objetivo de sua publicação, configura-se como importante marco na institucionalização de todas essas demandas históricas, abrindo precedente para a consolidação de ações efetivas de promoção da equidade racial em saúde.

específicas a serem atingidas em dois anos e se articulam de forma que a primeira fase propicie as condições necessárias para o cumprimento dos objetivos.

A fase 1 estava prevista para ser implementada entre os anos 2008-2009, e a fase 2, entre os anos 2010-2011. Ambas as fases previam a abordagem dos seguintes problemas: (1) raça negra e racismo como determinante social das condições de saúde: acesso, discriminação e exclusão social; e (2) morbidade e mortalidade na população negra. De acordo com Barbosa (2011), o Plano Operativo pode ser encarado como um marco histórico ao considerar o racismo como determinante social das condições de saúde da população negra ao transversalizar o tema nas ações de saúde, estabelecer estratégias de operacionalização, recursos financeiros, indicadores e metas. O quadro I apresenta ações destinadas a atenção à saúde das mulheres negras, de acordo com cada edição do Plano Operativo.

**Quadro 1:** Detalhamento de ações destinadas à redução das iniquidades raciais

PLANO OPERATIVO	AÇÃO	FASE
<b>I (2008-2009)</b>	- Redução da mortalidade materna	1
<b>I (2010-2011)</b>	- Redução da mortalidade infantil pós-neonatal, com ênfase nas doenças diarreicas e pneumonias	2
<b>II (2013-2015)</b>	- Garantir o acesso das gestantes negras aos exames essenciais durante a gestação (exames laboratoriais e ultrassonografia), assim como, a realização de consultas de pré-natal, de acordo com os protocolos da Rede Cegonha <sup>43</sup> , - Garantir o acesso ao exame de mamografias na faixa etária preconizada (50-69 anos) em mulheres negras, até 2015.	-
<b>III (2017-2019)</b>	- Fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras.	-

A presente análise aponta para uma notória presença da temática da saúde da mulher negra em momentos importantes do planejamento na esfera pública federal. Essas políticas

<sup>43</sup> A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde operacionalizada pelo SUS. Dentre os objetivos propostos por esse programa estão: promover a implementação de um novo modelo de atenção, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Garantia de acesso, acolhimento e resolutividade; e redução da mortalidade materna e infantil. Constam como diretrizes da Rede Cegonha: vinculação da gestante a uma unidade de referência e transporte; boas práticas e segurança do parto e nascimento, acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

evidenciam o avanço do tema em áreas estratégicas do Ministério da Saúde, e configuram-se como importantes instrumentos de efetivação do direito à saúde das mulheres negras no SUS.

A existência de documentos, políticas e programas representam grandes conquistas em direção a equidade racial em saúde e o combate ao Racismo Institucional. Trata-se agora de saber até que ponto a existência formal desses instrumentos se converteu em ações concretas realizadas pela gestão municipal, na elaboração do seu planejamento local, e principalmente, quais impactos essas ações exerceram sobre as disparidades raciais e do acesso aos serviços de saúde pelas mulheres negras.

#### **4.2.2 - Legislação Municipal**

O planejamento em saúde configura-se como uma responsabilidade dos três entes públicos, regulamentado constitucionalmente. Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, o planejamento da saúde é colocado na centralidade da agenda da gestão, apontado como um dos grandes desafios, a necessidade de remodelar e reordenar os instrumentos vigentes. (MANUAL DO GESTOR MUNICIPAL DO SUS, 2016).

Os instrumentos de Gestão em Saúde são mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todos os seus níveis. A Portaria nº 2.135/2013 estabelece diretrizes para elaboração do planejamento no âmbito do sistema público de saúde e define o Plano de Saúde (PS) como o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no campo da saúde em cada esfera da gestão do SUS.

Desse modo, o PS é o instrumento que a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Configura-se como a base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de governo (MANUAL DO GESTOR MUNICIPAL DO SUS, 2016).

Tal documento é resultado do processo de planejamento integrado e constitui a base para programações e previsão de proposta orçamentária, devendo orientar a administração pública, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. É elaborado em duas etapas: uma que envolve a construção da análise situacional e a outra com a definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (MANUAL DO GESTOR MUNICIPAL DO SUS, 2016).

Além de uma exigência legal, condicionada ao repasse dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), o PS é a expressão da responsabilidade do governo com a

saúde da população. É o documento base para a execução, acompanhamento, avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera governamental, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção (MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS, 2016).

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e tem por objetivo anualizar as metas pactuadas no Plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. É um dos instrumentos de gestão exigidos por Lei, cuja finalidade principal é servir de guia para as ações de saúde a serem implantadas e executadas (MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS, 2016).

A PAS contém de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução. Com a publicação da Lei Complementar 141/2012, a análise e emissão de parecer por parte do Conselho de Saúde tornaram-se obrigatórias (MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS, 2016).

O Monitoramento e avaliação do PS e de sua PAS deverão ser realizados com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). Este instrumento apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde apurados com base no conjunto de metas, ações e indicadores dessas, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes (MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS, 2016).

Assim, o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde, instrumentos específicos do setor saúde, devem estar articulados com outros instrumentos gerais de planejamento e orçamento da administração pública, a exemplo, o Plano Plurianual (PPA). Esse tem por finalidade viabilizar a implementação e a gestão das políticas públicas. O PPA estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para 4 (quatro) anos, em especial, aquelas relativas às despesas de capital e aos programas de duração continuada (MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS, 2016).

Apesar dos instrumentos básicos de planejamento em saúde e os instrumentos da administração pública apresentarem lógicas diferenciadas, sendo um com foco nas necessidades de saúde e outro com foco nas necessidades orçamentárias financeiras, todos devem conter minimamente as mesmas prioridades, diretrizes, objetivos e metas, ou seja, é necessário que haja uma integração entre os programas e ações constantes no PPA, PS e PAS. Esses instrumentos de gestão formam um ciclo lógico com o objetivo de nortear os gestores na

elaboração de estratégias para a utilização dos recursos públicos e para o atendimento das necessidades de saúde da população assistida.

O alinhamento dos instrumentos de planejamento e de elaboração das políticas governamentais pode potencializar a efetividade das políticas de igualdade racial e contribuir para a redução das iniquidades raciais no que diz respeito à saúde. Para fins dessa avaliação, foram consultados 14 (quatorze) documentos oficiais, elaborados pela Gestão Municipal. Entre os documentos oficiais analisados, elenca-se: o Plano Municipal de Saúde/PMS (2010-2013/2014-2017/2018-2021), o Plano Plurianual/PPA (2014-2017/2018-2021), Programação Anual de Saúde/PAS (2014/2015/2016/2017/2018) e Relatório Anual de Gestão/RAG (2014/2015/2016/2017).

A importância de garantir a presença da temática racial em documentos estratégicos de gestão da saúde é pautada na necessidade da pactuação de metas diferenciadas para a redução das iniquidades raciais em saúde. Esses instrumentos permitem que o Estado planeje as políticas e direcione recursos e esforços com base em detalhado conhecimento da realidade na qual se quer intervir. No caso da saúde, os indicadores se converteram em importantes instrumentos de gestão e controle social da situação sanitária do país, já que oferecem dados confiáveis para a tomada de decisão e gestão baseada em evidências.

Sendo assim, em Lauro de Freitas, dos impressos analisados<sup>44</sup>, destacando apenas os documentos identificados que não preveem ações e metas destinadas à promoção da equidade racial em seus objetivos e diretrizes, observa-se 3 (três) deles, a saber, Programação Anual de Saúde do ano de 2017 e Plano Municipal de Saúde dos quadriênios (2010-2013/2018-2021).

No mesmo caminho, foram identificados 7 (sete) documentos com metas ou objetivos direcionados à redução das iniquidades raciais. São eles:

- Plano Municipal de Saúde/PMS (2014-2017);
- Plano Plurianual/PPA (2014-2017/ 2018-2021);
- Programação Anual de Saúde/PAS (2014/2015/2016/2018);

Relacionam-se a seguir, cinco ações presentes no Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2014-2017, eleitos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como pontos de atuação da Política de Promoção da Igualdade Racial no poder Executivo:

---

<sup>44</sup> O Relatório Anual de Gestão (RAG), é um documento cujo o objetivo é avaliar os resultados alcançados, no que refere as metas, ações e programas, previamente fixados na Programação Anual de Saúde, por essa razão, esse instrumento de gestão não será analisado nesse momento do estudo.

- Implementar o Programa de Combate ao Racismo Institucional;
- Implementar Pontos Focais em Saúde da População Negra na Rede Municipal de Saúde;
- Incorporar a abordagem étnico- racial pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Desenvolver ações de combate a intolerância religiosa;
- Implantar o I Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Negra.

Ainda segundo o mesmo documento, a municipalidade reconhece como um dos problemas de gestão e serviços de saúde a fragilidade na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e, estabelece como meta na Atenção Básica reduzir para 40%, o registro de ignorados no quesito raça/cor no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em relação ao eixo saúde da mulher, as diretrizes preconizadas são: promover a atenção integral à saúde da mulher e implementar a Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, tendo como objetivo promover a atenção à saúde da mulher e reduzir a morbimortalidade decorrente de doenças e agravos prevalentes (LAURO DE FREITAS, 2014a). Embora, textualmente haja o destaque sobre a necessidade em “privilegiar” populações com maior vulnerabilidade, entretanto, observa-se uma importante fragilidade no que se refere ao estabelecimento de metas específicas para a redução das iniquidades raciais e indicadores desagregados por raça/cor, visando atender as especificidades das mulheres negras.

Essa é uma das marcas do não reconhecimento do Racismo Institucional (RI) como determinantes das condições de saúde; ou seja, o que se apresenta como princípio da PNSIPN, sequer está sendo considerado, tanto no planejamento e gestão das ações e programas, quanto na organização dos serviços. O RI pode ser descrito como os trilhos (a estrutura, as decisões a priori) a partir do que os diferentes destinos e caminhos (as políticas e ações) são desenvolvidos. Ele não é uma escolha explícita empreendida no momento de cada ação cotidiana. Ao contrário, ele está embutido nas escolhas institucionais feitas a priori e que determinam o funcionamento de "políticas, procedimentos, operações e a cultura de instituições públicas ou privadas, reforçando estereótipos, preconceitos individuais e sendo por eles reforçado". (FIREFIGHTERS, 2000, P. 26)

De acordo com Werneck (2016), apesar das reivindicações de negras, negros e de movimentos sociais por um acesso adequado a um sistema com integralidade e equidade, suas manifestações não foram suficientes para inserir mecanismos explícitos de superação das

barreiras enfrentadas por pessoas negras no acesso a esse fundamental direito, particularmente aqueles interpostos pelo racismo.

As questões raciais vêm sendo debatidas há muito, por diversos estudiosos das relações raciais brasileiras. Entretanto, observamos que, no âmbito das políticas públicas, o processo de discussão dessas temáticas, pela sociedade civil e pelo Estado como um todo, carece de um tempo maior para o entendimento sobre a pertinência dessas questões na elaboração de soluções em políticas públicas. O racismo permanece como um entrave à garantia do direito à saúde. Desse modo, abordar a questão da saúde da mulher negra e a maneira como o Estado encara e realiza esse enfrentamento, constitui uma necessidade no sentido de produzir informações visando o delineamento de políticas que atendam às especificidades desse segmento social, e, assim, a redução das iniquidades raciais.

Segundo o Relatório Saúde Brasil 2014, enquanto cerca de 84,9% das mulheres brancas relataram terem feito ao menos 6 (seis) consultas de pré-natal, apenas 69,8% das mulheres negras realizaram a mesma quantidade de consultas (BRASIL, 2015). Dito isso, é possível depreender que as mulheres negras se encontram em situação maior de vulnerabilidade no que se refere à sua saúde, em especial, quando se trata da saúde sexual e reprodutiva. Isso se deve, sobretudo, ao somatório do racismo e do sexismo existentes no país, o que acarreta um duplo grau de preconceito para com esse grupo social. Dessa forma, as mulheres negras estão mais propensas a complicações decorrentes da gravidez, uma vez que, em geral, realizam menos consultas de pré-natal em comparação com as mulheres brancas.

Dando continuidade as análises, no PPA do quadriênio, 2014-2017, observa-se que o Plano Plurianual foi organizado por meio de Agendas Transversais<sup>45</sup>, apresentando formas diferenciadas de acompanhamento da ação governamental sobre públicos e temáticas específicas. Tal organização, além de permitir uma visão global e sistematizada das ações do poder público, demandam uma outra perspectiva de monitoramento, uma vez que, essas agendas refletem não apenas as ações a serem implementadas pelo órgão responsável, no caso aqui em questão, a Secretaria Municipal de Saúde, mas todas as ações que, direta ou indiretamente possam contribuir com a temática racial, evidenciando, dessa forma, a necessária transversalidade das políticas públicas e um dos princípios da PNSIPN.

---

<sup>45</sup> Quando aplicado a políticas para grupos populacionais específicos, por exemplo, o conceito compreende ações que, tendo por objetivo lidar com determinada situação enfrentada por um ou mais destes grupos, articulam diversos órgãos setoriais, níveis da Federação ou mesmo setores da sociedade na sua formulação e/ou execução (IPEA, 2009, p. 780).

Foram pactuadas 4 (quatro) Agendas Transversais: Juventude, Igualdade Racial, Educação e Política para Mulheres. Para ilustrar, seguem abaixo alguns compromissos e metas destinados à Promoção da Igualdade Racial de negras e negros, residentes em Lauro de Freitas:

1. Implantar Observatório para Crimes de racismo, sexismo e lesbofobia;
2. Promover atividades culturais e esportivas para a juventude negra;
3. Implantar o Programa de Formação Profissional para jovens negras;
4. Estabelecer políticas públicas e programas para o fortalecimento da juventude negra;
5. Reduzir em 52,38% o número de homicídios de jovens mulheres negras no município;
6. Promover a redução das desigualdades raciais e melhoria das condições de vida, através da implementação e ampliação de políticas voltadas para inclusão e igualdade da população negra;
7. Capacitar professores da rede municipal em gênero, raça e etnia, com base na indicação do Capítulo 2 do Terceiro Plano Nacional de Políticas para Mulheres de 2013;

Entretanto, há de se dizer que o principal entrave encontrado na avaliação das políticas de cunho transversal pauta-se na dificuldade de acesso às informações referentes à sua implantação. Assim, no âmbito dessa análise, não foi possível obter informações sobre a implementação das metas e compromissos acima listados. Essa dificuldade impede de saber, no momento, o poder de incidência das ações de caráter transversal para a promoção da equidade racial prevista no referido documento, mas sugere uma fragilidade institucional no que tange o monitoramento, alcance e efetividade das políticas governamentais.

É sabido, principalmente, no caso das políticas públicas, que a existência da programação não garante a efetivação de ações concretas que contribuam para a redução das iniquidades raciais. Sendo assim, para que ocorra de fato uma mudança profunda, não basta apenas, a inclusão da palavra “negra” nos objetivos e metas dos programas de governo, é necessário a elaboração de políticas que garantam o acesso de modo igualitário e de qualidade para negras e negros. Nesse ponto, é importante salientar que uma das principais formas de atuação do racismo como determinante social é através da negação ou apropriação de direitos de grupos étnicos não hegemônicos. Ademais, chama a atenção ainda para além da ausência de indicadores de monitoramento das políticas públicas, a baixa aderência de ações e metas específicas destinadas às mulheres negras.

No eixo temático da saúde, o citado instrumento de planejamento governamental destacou duas metas: 1) implementar a Política de Saúde da População Negra, e 2) dar visibilidade aos agravos prevalentes na População negra. Nessa ambiência, o PPA atual, 2018-2021, também não apresentou nenhuma inovação quando comparado ao seu anterior. Visando a redução das iniquidades raciais em saúde, definiu como meta: desenvolver projeto voltado para a atenção à saúde da população negra, nas unidades de saúde do município. No eixo da agenda transversal, estabelece:

1. Criar equipamentos de promoção da igualdade racial;
2. Realizar fóruns anuais para tratar de temáticas étnicas e raciais;
3. Promover a revitalização dos equipamentos existentes de promoção da igualdade racial;

O racismo e o sexismo repercutem de diferentes formas na sociedade, e, ao se tratar de mulheres negras, considera-se, ainda, a ação de um duplo preconceito. É importante ressaltar que, em todos os documentos de gestão analisados, há uma importante fragilidade em relação a abordagem da temática da saúde da mulher negra na agenda governamental. As políticas e programas destinados à agenda de gênero, ainda abordam a mulher como figura universal, assim sendo, nenhum instrumento avaliado apresentou metas ou indicadores desagregados por raça/cor. Violações cotidianas de direitos humanos têm como legado os piores indicadores de qualidade de vida concentrado entre as mulheres negras. A exemplo disso, dados do Ministério da Saúde (2005, p.12) revelam que:

A esperança de vida para as mulheres negras é de 66 anos, enquanto que para as mulheres brancas é de 71 anos. Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e autoestima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse.

Considerando o racismo e a discriminação racial como fatores determinantes das condições de saúde, e a partir da compreensão de como o racismo opera e do pressuposto de que a saúde e a doença não são fatalidade ou “obras do destino”, é que se faz necessário que seja utilizada a variável raça/cor para fomentar as discussões para a elaboração de políticas

públicas mais sensíveis às particularidades do grupo beneficiário, enfocando a equidade, entendida como a superação das diferenças injustas e evitáveis, no acesso aos serviços de saúde.

A saúde da população negra, enquanto campo de produção de conhecimento e saberes, atitudes, práticas e estratégias de gestão, é construída e aprimorada a partir da necessidade de compreender e intervir nos impactos do racismo sobre a saúde das pessoas, em particular de mulheres negras, de confrontá-los e superá-los como pressuposto para a consecução de uma sociedade efetivamente democrática, menos desigual e injusta.

Em que pese as políticas de promoção à redução das iniquidades raciais, essas ainda enfrentam uma série de obstáculos para serem implementadas e executadas. Prova disso é que, em Lauro de Freitas, ao analisar o Relatório Anual de Gestão (RAG) dos anos de 2014, 2015 e 2016 evidencia-se que de todos os Programas, Metas e Ações definidos e detalhados na Programação Anual de Saúde (PAS), em seus respectivos anos de referência (ver quadro 2), nenhum deles foi alcançado, ou seja, mesmo com a abordagem da temática racial inserida em instrumentos legais da gestão municipal da saúde, na prática, não houve efetivação da política. Por sua vez, a RAG de 2017 não faz nenhuma referência a temática racial.

**Quadro 2:** Programas, metas e ações da PAS que dialogam com a redução das iniquidades.

PROGRAMA	META	AÇÃO
Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no Município de Lauro de Freitas. <b>(PAS 2014)</b>	Reduzir para 40% de ignorados no quesito raça/cor no Sistema Informação de Agravos de Notificação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar o Programa de Combate ao Racismo Institucional</li> <li>• Implementar pontos focais em saúde da população negra na rede Municipal de Saúde</li> <li>• Incorporar a abordagem étnico racial pela Secretaria Municipal de Saúde</li> <li>• Desenvolver ações ao combate à intolerância religiosa</li> <li>• Implantar o I Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Negra.</li> </ul>
Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no município de Lauro de Freitas. <b>(PAS 2015)</b>	Elaborar o Plano Municipal de Saúde Integral da População Negra no município em parceria com a SUPIR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar grupo de trabalho para elaborar o plano;</li> <li>• Agendar reuniões com a SUPIR para conhecer a política municipal;</li> <li>• Elaborar o plano.</li> </ul>
Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no município de Lauro de Freitas. <b>(PAS 2016)</b>	Elaborar o Plano Municipal de Saúde Integral da População Negra no município em parceria com a SUPIR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar um grupo de trabalho para elaborar o plano;</li> <li>• Agendar reuniões com a SUPIR para conhecer a política municipal;</li> <li>• Elaborar o plano.</li> </ul>
Nenhum programa pactuado visando a redução das iniquidades raciais em saúde no município de Lauro de Freitas <b>(PAS 2018)</b>	Realizar 01 ação voltada para o Novembro Negro em 50% das USF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a equidade e a Humanização na Atenção à Saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e estigmatizadas.</li> </ul>

Os resultados encontrados e apresentados são exemplos de que o racismo impacta a saúde de negras e negros, mas, sobretudo, evidenciam que a ausência de ações governamentais orientadas para o enfrentamento desse cenário seja pela “cegueira institucional” (Lopes, 2005), seja pela reprodução do racismo no cotidiano do setor da saúde, contribuem para a permanência e o agravamento das iniquidades, configurando o racismo institucional, que pode ser definido:

[...] como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública (JACCOUD, 2008, p. 58).

Nesse ponto, é importante salientar que, diante do observado nos instrumentos de planejamento de saúde da gestão municipal, constatamos que não há ações, políticas ou programas específicos voltados à atenção à saúde das mulheres negras, em Lauro de Freitas. Tal constatação, evidencia que prerrogativas importantes da PNSIPN não estão sendo consideradas na elaboração de políticas públicas para esse segmento social. Evidenciam também a necessidade de se refletir sobre o longo trajeto a ser percorrido para a consolidação e institucionalização das políticas de equidade racial no município em questão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora cerca de 51% da população do Brasil seja composta por pessoas negras, segundo dados de 2010 do IBGE, ainda convivemos em uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais e raciais, sendo estas, perceptíveis em diversas áreas, inclusive na saúde pública. Negras e negros têm diferente acesso à saúde, sobretudo, devido ao seu passado histórico de escravidão, aliado ao mito da democracia racial, utilizado por muito tempo para disseminar a ideologia de que as diferenças e desigualdades raciais não seriam relevantes no país. Tal ideologia se tornou um eficaz instrumento de dominação de grupos étnicos posicionados em situação de desvantagem.

Historicamente, a sociedade brasileira tem escamoteado diferenças entre práticas culturais de brancos e negros, como forma de retirar dessa sua virtualidade política, seu potencial como marca de alteridade. Negras e negros não são visíveis aos olhos do poder público. O sistema de saúde brasileiro compromete a saúde dessas pessoas quando não as percebe como um grupo com particularidades a serem observadas e quando desconsidera as condições socioculturais no diagnóstico, tratamento e prognóstico, o que fere as premissas do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, evidencia-se que os métodos oficiais de coleta de dados, utilizados pelo governo brasileiro, furtaram-se durante muito tempo de incluir informações estatísticas desagregadas por raça/cor, inclusive em áreas relacionadas à saúde, pois se julgava que todos os cidadãos brasileiros usufruíam dos mesmos direitos civis e sociais, não havendo portanto, a necessidade de discriminá-los. Esse entendimento se fez presente inclusive, na formulação de políticas de caráter universal, pois, não contemplavam peculiaridades específicas dos diferentes grupos populacionais, a exemplo, mulheres negras, baseado na premissa que, as políticas gerais seriam capazes de eliminar iniquidades (SOARES FILHO, 2012).

Necessário se faz lembrar que o racismo constitui um mecanismo fundamental de poder, utilizado historicamente para dominar povos, raças e etnias. Os mecanismos de discriminação produzidos e operados pelas instituições os reproduzem e os fortalecem. Talvez, por essa razão, no Brasil, negras e negros enfrentem não apenas a discriminação racial devido ao preconceito racial, como também, o racismo institucional que influencia as políticas estatais que lhes são dirigidas.

Explicando melhor, trata-se da discriminação racial praticada pelo Estado ao atuar de forma diferenciada em relação a esses segmentos populacionais, introduzindo, conforme explica Foucault (2002, p.304), “um corte entre o que deve viver e o que deve morrer”,

promovendo a limpeza étnica por intermédio das políticas públicas. Tal conduta, ainda de acordo com o autor, é inteiramente compatível com o exercício do biopoder, ou seja, do poder estatal de regulamentação exercido sobre populações. O racismo e sua forma institucional estão sempre se reelaborando.

Assim posto, falar de saúde da população negra, conforme escreve Barbosa (2011), é inserir o racismo no campo da dimensão sociocultural do processo saúde-doença; é ter o racismo como categoria analítica das condições do nascer, viver e morrer, considerando-o como um dos determinantes sociais de saúde. Implica ainda em admitir que o acesso universal e igualitário constitucional é benéfico, porém insuficiente para garantir os direitos humanos em saúde para negras e negros.

Nesse cenário, pensar em políticas públicas de saúde, a partir de um recorte étnico-racial, é desde muito uma reivindicação dos movimentos sociais ligados à causa negra, razão pela qual, a temática saúde da população negra é gestada fora das fronteiras acadêmicas, sobretudo, por iniciativa de ativistas do movimento negro e pesquisadores, particularmente, de mulheres negras. As primeiras reivindicações na agenda das políticas públicas de saúde datam da década de 1980. (BARBOSA, 2011; CARNEIRO, 2002; WERNECK, 2016). A luta contra o racismo e em prol da construção de uma política pública de saúde destinadas à negras e negros ganha capilaridade no decorrer dos anos

Como resultado da manutenção do processo de mobilização da militância negra e como forma de promover a equidade no que se refere à garantia do direito humano à saúde, inicia-se o processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN), sendo esta, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e instituída por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, em que estabelece princípios, diretrizes, estratégias e responsabilidades de cada ente federado, com vistas a melhoria das condições de saúde desse segmento da população, priorizando o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2009).

Tendo como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, a PNSIPN emerge como um importante instrumento na reestruturação da saúde por meio de uma política que adere a demanda e a realidade étnico racial do país (BRASIL, 2013). A Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, foi primordial para melhorar o acesso de negras e negros aos serviços de saúde e aprimorar a qualidade daquilo que lhe é oferecido.

É importante assinalar que o debate sobre a temática da saúde da mulher antecede a instituição da Política de Saúde da População Negra. Com ações específicas do movimento

feminista, no âmbito da saúde reprodutiva e saúde da mulher e apoiados por instituições acadêmicas e filantrópicas, o movimento de mulheres negras torna-se protagonista em pesquisas e intervenção social no campo da saúde da mulher. Tal organização e atuação política teve como fruto, a institucionalização das primeiras políticas públicas de saúde com o recorte de gênero, a partir de meados da década de 1980.

Uma questão de interesse do presente estudo foi acessar o registro oficial, assumido pelo poder público municipal, diante das questões étnico raciais em saúde, no que tange a elaboração e implementação de políticas públicas, destinadas a atenção à saúde das mulheres negras, residentes em Lauro de Freitas e identificar possíveis sinergias com a Política de Saúde da População Negra. A pesquisa não pretendeu aprofundar de forma exaustiva tais análises, mas sim, lançar um olhar panorâmico que subsidiasse essa avaliação.

Assim, com uma população constituída majoritariamente por negras e negros, a cidade de Lauro de Freitas não institucionalizou a PNSIPN em seu território. A transformação desta política em realidade concreta depende de apoio político, técnico, logístico e que estas iniciativas sejam empreendidas por municípios, estados e sociedade civil (BRASIL, 2004). Na avaliação de Barbosa (2011), a implementação da Política de Saúde da População Negra (SPN) não está ocorrendo, sobretudo, pela falta de compreensão do que é uma política transversal. Ou seja, uma ação efetiva na busca da equidade racial só será concretizada no momento em que o poder público em conjunto com seus diversos setores assuma a responsabilidade pela construção desse objetivo.

Ao analisar os documentos estratégicos da saúde, elaborados pela gestão municipal, a primeira constatação foi a ausência de indicadores de saúde desagregados por raça/cor. Essa ausência dificulta uma análise mais consistente sobre as desigualdades raciais existentes, uma vez que, é por meio do acompanhamento dos indicadores que, gestores podem verificar se as intervenções foram adequadas às necessidades de cada um dos segmentos populacionais considerados, como também, se os resultados foram satisfatórios e equitativos e, em última instância, se houve ou não alterações no quadro de iniquidades. Desse modo, se constitui como estratégia, exigir que a gestão pública considere a questão racial e de gênero como conceito norteador para a implementação das políticas públicas.

Ademais, tendo como base as legislações referentes à saúde da população negra e a saúde da mulher, foi possível ainda, identificar nesse estudo que, em relação aos programas direcionados a atenção à saúde da mulher, nota-se que o município de Lauro de Freitas, convive com uma legislação universalizante, ou seja, mesmo com as inúmeras evidências sobre as iniquidades raciais em saúde e as consequentes necessidades diferenciadas em saúde para

mulheres negras, nos documentos analisados, não foram encontrados, programas, ações e metas específicas para a redução das iniquidades raciais em saúde para esse segmento social.

A existência de políticas avançadas no papel é um grande passo, mas não é suficiente para garantir avanços sociais de fato, tanto em relação aos impactos das políticas como em relação ao direcionamento de recursos e esforços estatais. O sucesso das políticas depende da capacidade de priorização desse tema e de sua incorporação em programas governamentais. Prova disso é que, apesar do aparato legal, as legislações não têm sido suficientes para que as mulheres negras tenham suas peculiaridades reconhecidas quando na elaboração das políticas públicas, no município de Lauro de Freitas/BA.

Diante do observado nos documentos da gestão, conclui-se nesse estudo que, os programas de atenção à saúde das mulheres, implantados em Lauro de Freitas/BA, não atendem às necessidades específicas das mulheres negras, conforme preconizam as políticas e legislações vigentes. Ou seja, os programas instituídos, especialmente, os destinados a saúde materno-infantil, ainda, consideram as mulheres como um segmento social homogêneo. Tal abordagem, além de confirmar a hipótese central dessa pesquisa, colabora para a manutenção de uma sociedade menos inclusiva e pouco democrática no que se refere ao acesso a políticas e serviços de saúde que atendam as peculiaridades das mulheres negras.

A invisibilidade reservada ao tema saúde da mulher negra em documentos estratégicos de gestão, a utilização da variável raça/cor como subsídio para a elaboração e implementação de políticas públicas comprometidas com a reinserção e reposicionamento das minorias étnicas, a instituição da Política Nacional de Saúde da População Negra, bem como a criação de redes sociais voltadas ao controle social das políticas de equidade racial em saúde configuram-se como importantes desafios a serem considerados e enfrentados pela gestão municipal de Lauro de Freitas.

Refletir sobre as condições sociais e de saúde da população negra, especialmente em suas interfaces com relação às mulheres negras, mostrando a importância da vinculação entre raça, gênero e classe como fenômenos historicamente determinados, é fundamental para avaliarmos a efetividade das políticas públicas. Devemos ainda, reconhecer que as lutas das mulheres negras por equidade têm sido parte fundamental dos amplos segmentos que constroem cotidianamente o Brasil como nação. Ainda que violentamente invisibilizadas pois atuam num contexto de racismo e sexismo colocam a disposição da sociedade anos de lutas, de pensamento a serviço da ação transformadora.

Em seu horizonte, uma sociedade sem iniquidades, sem racismo, sexismo, sem as desigualdades de classe social, de orientação sexual, de geração ou de condição física e mental,

entre muitas outras. Mas reconhecemos que, apesar de muitas lutas, ainda há um longo caminho a ser trilhado para que o Brasil venha a ser um ambiente confortável para a existência de todas. Trata-se de um percurso acidentado, tortuoso, que representa uma multiplicidade de trajetórias, de linhas de força em disputa. Estas linhas envolvem interesses de diferentes sujeitos políticos, diferentes projetos. E mais, somam, em seu desenho complexo, diferentes cenários e circunstâncias, oportunidades perdidas ou conquistadas, o que resulta em mobilização que não cessa (WERNECK, 2013).

## REFERÊNCIAS

ABRAMO, Laís. Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. Brasília, DF: OIT, 2004.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte. Editora: Letramento, 2018.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. **Tempo Social**, São Paulo, v.27, n.1, p.177-194, 2015.

ARAÚJO, Edna Maria de. **Mortalidade por causas externas e raça/cor de pele:** uma das expressões das desigualdades sociais. 204f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

ARAÚJO, Marcos Vinícius R. **O Movimento Negro e a Política de Saúde Integral da População Negra: heterogeneidade e convergências.** 127f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ARRAES, Jarid. Mulher negra e saúde: “A invisibilidade adoce e mata”. **Geledés**, 10 dez. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2U75r23>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS (BRASIL). Saúde da Mulher Negra: Via para defesa dos direitos das mulheres negras. Cadernos Informação AMNB. Porto Alegre: 76p, 2012.

AZEVEDO, Thales de. **Les élites de couleur dans une ville brésilienne.** Paris: Unesco, 1953.

AZEVEDO, Thales de. **As elites de cor numa cidade brasileira:** um estudo de ascensão social & classes sociais e grupos de prestígio. 2.ed. Salvador: Edufba: EGBA, 1996.

BAIROS, Luíza. Nossos Feminismos Revisitados. In: RIBEIRO, Matilde (Org.) Dossiê Mulheres Negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.3, n.2, p.458-463, 1995.

BARBOSA, Maria Inês da Silva. É mulher, mas é negra. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n.23, mar. 2001.

\_\_\_\_\_. Saúde da População Negra, ano 8, edição 70, Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2687:catid=28&Itemid=23](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2687:catid=28&Itemid=23), 2011. Acesso em 20/03/2020.

\_\_\_\_\_. Ações para a saúde da população negra exigem pensamento estratégico, Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/acoes-para-a-saude-da-populacao-negra-exigem-pensamento-estrategico/7938/>, 2014. Acesso em 20/03/2020.

BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F (Org). Saúde da população negra – 2ª edição. Coleção negros e negras: pesquisas e debates. Petrópolis-RJ, Editora: D & P, 2012.

BERQUÓ, Elza. "Como se Casam Negros e Brancos no Brasil". *In Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo*. Belo Horizonte, Cedeplar. 1991.

\_\_\_\_\_. "Nupcialidade da População Negra no Brasil". *Textos NEPO*, nº 11, Campinas, 1987.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 1.390, de 03 de julho de 1951**. Lei Afonso Arinos - Inclui entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de cor. Rio de Janeiro: Casa Civil, 1951.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 5.250, de 09 de fevereiro de 1967**. Regula a liberdade de manifestação do pensamento e de informação. Brasília: Casa Civil, 1967.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989**. Lei Caó - Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília: Casa Civil, 1989.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 setembro de 1990**. Brasília: Casa Civil, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões Étnicas, na População brasileira Afrodescendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids DST**, v.16, n.1, p.29-30, 2002.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.10.639, de 9 de janeiro de 2003**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que 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". Brasília: Casa Civil, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.632, de 15 de dezembro de 2004**. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. 18 a 20 ago. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. **Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (I Conapir): Relatório Final**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: A saúde das mulheres negras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Brasil Afroatitude: Primeiro ano do Programa**. Série Anais, Seminários e Congressos nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. PCRI – Programa de Combate ao Racismo Institucional. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: PCRI, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional Integral da População Negra**. Brasília. Distrito Federal, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST's**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Plano Operativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília: Casa Civil, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade. Brasília, DF: 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política do SUS. 2.ed. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014.** II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde, **Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília – DF. 464p, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População. Brasília; 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 16, de 30 de março de 2017.** III Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 49, nº 45, out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre mortalidade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmmap.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bomfim. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs.). **Saúde da população negra.** 2.ed. Brasília-DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, Cap.3, p.62-91, 2012

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CARNEIRO. Sueli. **Gênero e Raça.** In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. Gênero (Orgs.), Democracia e Sociedade Brasileira. Rio de Janeiro: Editora 34, p. 167-193, 2002.

CARNEIRO, Sueli. “**A batalha de Durban**”. Revista de Estudos Feministas. Florianópolis, v.10, n.1, p.2.009-2014, 2002.

\_\_\_\_\_. “**Enegrecer o feminismo: Situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**”. In: ASHOKA EMPREENDIMIENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (Orgs.). Racismos Contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, p.49-58, 2003.

\_\_\_\_\_. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v.17, n.49, p.117-132, 2003.

\_\_\_\_\_. Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil. Editora Selo Negro, São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. **Contribuições críticas do feminismo negro para o empoderamento das mulheres**. In: Feminismos Plurais. Coleção Gênero, Cultura e Mudança. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

CARMICHAEL, Stokely; HAMILTON, Charles V. **Black power: the politics of liberation in America**. New York: Vintage, 1967.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6.ed. Petrópolis, RJ; Vozes. Coleção Psicologia Social. 2014.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CALDWELL, J.T., Melkani, G.C., Huxford, T., Bernstein, S.I. Expressão transgênica e purificação de isoformas de miosina utilizando o sistema muscular de voo indireto *Drosophila melanogaster*. *Métodos* 56 (1): 25--32. 2012.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1909-1916, 2015.

CRENSHAW, Kimberlè. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. **Revista de Estudos Feministas**, v. 7, n. 12, p. 88-171, 2002.

COSTA, Ana Maria. Participação Social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COSTA PINTO, Luiz de Aguiar. **O negro no Rio de Janeiro: relações de raças numa sociedade em mudança**. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1953.

\_\_\_\_\_. **O negro no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.  
Costa AM. **Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil** [tese]. Brasília (DF) Universidade de Brasília; 2004

CRUZ, Ana Cristina Juvenal da. Protagonismo do pensamento negro no Brasil: o lugar das mulheres e crianças negras no Projeto UNESCO. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.34, e191259, 2018.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p.415-422, junho 2005.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Jussara, et. al. **Perguntar não ofende: qual a sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir**. Série: Prevenção às DST/AIDS. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2009.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **RAP – Revista de Administração Pública**, v.35, n.1, p.119-145, 2001.

\_\_\_\_\_. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.47-71, 2004.

FERNANDES, Florestan. **A Integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Globo, 2008.

FEUERWERKER, Laura; COSTA, Heloniza. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.25-35, 2000.

FIGUEIREDO, Ângela. Dialogando com os estudos de gênero e raça no Brasil. In: SANSONE, Lívio; ARAÚJO, Osmundo (Orgs). **Raça: novas perspectivas antropológicas**. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia/EDUFBA, 2008.

FONSECA, João José Saraiva da **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 2005.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v.15, n.14/15, p.231-239, 2006.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**. Rio de Janeiro: Liv. José Olympio; 1975.

GIFFIN, Karen. A mulher, a cidade e os programas sociais. In: IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal. **Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991, p.169-186.

\_\_\_\_\_. Pobreza, desigualdade e equidade em Saúde: Considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, Suplemento, p.103-112, 2002.

GÓES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo. **Saúde da população negra: Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia**, 2ª.ed. Brasília, p. 274-287, 2012.

GÓES, Emanuelle Freitas. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v.37, n. 99, p. 571-579, out./dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Racismo Científico, definindo humanidade de negras e negros. **Observatório de Análise Política em Saúde**, 2016.

GOMES, Cristina. **Discriminação e racismo nas Américas: Um Problema de Justiça, Equidade e Direitos Humanos**. Curitiba: CRV, 2016.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Classes, raças e democracia**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, Editora 34, 2002. p.47-105.

\_\_\_\_\_. Depois da democracia racial. **Tempo Social**, v.18, n.2, p.269-287, 2006.

\_\_\_\_\_. O Projeto UNESCO na Bahia. In: PEREIRA, Cláudio; SANSONE, Lívio. **Projeto Unesco no Brasil: Textos Críticos**. Salvador: Edufba, 2007. p.25-37.

HASENBALG, Carlos A.; SILVA, Nelson do Valle. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, n.73, p.5-12, 1990.

\_\_\_\_\_. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOOKS, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. In Rev. Bras. Ciênc. Polít. 2015, n.16 pp. 193-210.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 15/03/2020.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa nacional de saúde: 2013, acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos**. Brasília, 24 de nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Município de Lauro de Freitas**. IBGE – Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/lauro-de-freitas/panorama>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Avanços e desafios da transversalidade nas políticas públicas federais voltadas para minorias**. In: \_\_\_\_\_ Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas, vol 3. p. 779-795. Brasília: 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. Brasília: IPEA, 2011.

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.

JONES, Camara. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **American Journal of Public Health**, v.90, n.8, p.1212-1215, 2000.

\_\_\_\_\_. C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon*, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

Key, S., "Firefighter Training and Emergency Care Skills," *Fire*, Vol. 93, No. 1141, 2000, p. 26

KRIEGER, Nancy. Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. **International Journal of Epidemiology**, v.30, p.668-677, 2001.

\_\_\_\_\_. Glosario de epidemiología social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.11, n.5/6, p.480-490, 2002.

\_\_\_\_\_. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. **American Journal of Public Health**, v.102, n.5, p.936-945, 2012.

LAURO DE FREITAS (BA). **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Lauro de Freitas: Prefeitura, 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº 1.509, de 18 de dezembro de 2013**. Plano Plurianual do Quadriênio 2014-2017. Lauro de Freitas: Prefeitura, 2013.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde 2014.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2014b.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº 1.596, de 19 de novembro de 2015.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde 2015.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde 2016.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2016.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde 2017.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2017a.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº 1.718, de 20 de dezembro de 2017.** Plano Plurianual do Quadriênio 2018-2021. Lauro de Freitas: Prefeitura, 2017b.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2018a.

\_\_\_\_\_. **Programação Anual de Saúde 2018.** Lauro de Freitas: Prefeitura, 2018b.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, p.100-107, 2005.

LEITE, Ana Cristina da Nobrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.16, n.3, p.705-714, 2009.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, p.121-34, 2012.

LOPES, Sara Regina Souto; PIOVESAN, Érica Torres de Almeida; MELO, Luciana de Oliveira; PEREIRA, Márcio Florentino. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LOPES, Ana Lúcia. **Negros e mestiços na Faculdade de Pedagogia**. São Paulo: FFLCH/Departamento de Antropologia, USP, 2005.

LOPES, F.; WERNECK, J. Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, J. (org.). **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Criola, p. 5-23, 2009.

MALOMALO, Bas'llele. Branquitude como dominação do corpo negro: diálogo com a sociologia de Bourdieu. 2010. p. 175-200

\_\_\_\_\_. **Filosofia do Ubuntu: Valores civilizatórios das ações afirmativas para o desenvolvimento**. Curitiba: CRV, 2014.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade maternal de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2473-2479, 2006.

\_\_\_\_\_. **Near miss e mulheres negras em três municípios da região metropolitana de Curitiba**. 106f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade da questão. **Revista Estudos Feministas**, v.17, p.31-48, 2009.

MELUCCI, Alberto. **Challenging codes**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

MOREIRA, Nubia Regina. **Organização das feministas negras no Brasil**. Vitória da Conquista: Edições UESB, Ciências Sociais-Sociologia, 2011.

MOREIRA, Diva e S. SOBRINHO, Batista, "Casamentos Inter-Raciais: O Homem Negro e a Rejeição da Mulher Negra". In A. O. Costa e T. Amado (orgs.), *Alternativas Escassas. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*. Rio de Janeiro, Editora 34. 1994.

MUNANGA, Kabengele; GOMES Nilma Lino. **O negro no Brasil de hoje**. Coleção para entender, São Paulo: Global, 2006.

NOGUEIRA, Oracy. Relações raciais no município de Itapetininga. In: BASTIDE, Roger; FERNANDES, Florestan. **Relações raciais entre negros e brancos em São Paulo**. São Paulo: Anhembi, 1955.

OLIVEIRA, Fátima; RIBEIRO, Matilde; SILVA, Nilza Iraci. **A mulher negra na década: a busca da autonomia**. São Paulo: Geledés- Instituto da Mulher Negra, 1995.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003.

OLIVEIRA JÚNIOR, Adolfo Neves de. A invisibilidade imposta e a estratégia da invisibilização entre negros e índios: Uma comparação. **Interethnic@ - Revista de Estudos em Relações Interétnicas**, v.1, n.1, p.38-46, 2013.

OSIS, Maria Jose Martins Duarte. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. 191f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 1994.

\_\_\_\_\_. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, suplemento1, p.25-32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIXÃO, Marcelo. **Crítica da razão culturalista: relações raciais e a construção das desigualdades sociais no Brasil**. Tese de doutorado em Sociologia: Instituto universitário de pesquisas do Rio de Janeiro. Iuperj, Rio de Janeiro, 2005.

PAIXÃO, Marcelo; ROSSETO, Irene; MONTOVANELE, Fabiana; CARVANO, Luiz M. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil, (2009-2010)**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

\_\_\_\_\_. et al. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (2009-2010)**. Ed Garamond Ltda. 2010.

PEREIRA, Cláudio; SANSONE, Livio. **Projeto Unesco no Brasil: Textos Críticos**. Salvador: Edufba, 2007.

PINOTTI, José Aristodemo. **Atendimento integral à saúde da mulher**. Trabalho apresentado na reunião sobre a Saúde da Mulher na Aliança para a Saúde das Mulheres da OMS/FIGO realizada no Banco Mundial, Washington, DC, out. 1998.

PRADO, Guilherme do Val Toledo; SOLIGO, Rosaura. **Porque escrever é fazer história**. Campinas: Gráfica FE, 2005.

RAMOS, Arthur. O espírito associativo do negro brasileiro. **Revista do Arquivo Municipal**, XLVII: 105-126, 1938.

REZENDE, Patrícia de Souza. **A atenção à saúde das mulheres**: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RIBEIRO, Denize A. Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. 2.ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p.122-145. (Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates).

RIBEIRO, Djamila. Feminismo Negro para um novo marco civilizatório. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v.13, n.24, p.99-104, 2016.

\_\_\_\_\_. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras brasileiras, de Bertioga a Beijing. **Revista Estudos Feministas**, v.3, n.2.p.446-57, Campinas (SP), 1995.

RIBEIRO, Matilde. Relações raciais nas pesquisas e processos sociais: Em busca de visibilidade para as mulheres negras. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA Suely de (Orgs). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, p.87-105.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras: uma trajetória de criatividade, determinação e organização. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.3, p.987-1004, 2008.

RIBEIRO, René. **Religião e relações raciais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1956.

RIOS, Flavia Mateus. **Elite política negra do Brasil**: Relação entre movimento social, partidos políticos e Estado. 246f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

RODRIGUES, Cristiano Santos; PRADO, Marco Aurélio Máximo. Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o Estado brasileiro. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.3, p.445-456, 2010.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, ano 3, n.95, p.506-514, 1995.

SANTOS, Gislene Aparecida dos Eichmann, o racismo institucional e as políticas públicas: reflexões sobre o PIMESP e outras políticas. **Revista Gestão & Política Públicas**, v.3, n.1, p.113-131, 2015.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativa dos profissionais da atenção primária sobre a nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**, v.37, n.99, p.563-570, 2013.

SANTOS, Joselito. **Assistência à Saúde da Mulher no Brasil**: aspectos de uma luta social. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2005.

SANTOS, Katia Regina da Costa; SOUZA, Edileuza Penha de. **SEPPIR – Promovendo a Igualdade Racial para um Brasil sem Racismo**. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, 2016.

SANTOS, Myrian Sepúlveda e Chagas, Mario. *Ecomuseu Ilha Grande*. (mimeo.) 2001.

SARTI, Cynthia Andersen. **O feminismo brasileiro desde os anos 1970**: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, n.2, p.35-50, 2004.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Espetáculo da miscigenação. **Estudos Avançados**, v.8, n.20, p.137-152, 1994.

SCOTT, Joan. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press. 1988.

\_\_\_\_\_. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2), 71-99. 1995.

SEPÚLVEDA, Maria Alicia Carrillo. Breve histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil. **Hospital Virtual**, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

SINGER, Paul; BRANT, Vinícius Caldeira. **São Paulo: o povo em movimento**. Petrópolis: Editora Vozes; São Paulo: CEBRAP, 1980.

SOARES, Vera. Movimento feminista: paradigmas e desafios. **Revista Estudos Feministas**, v. especial, p.11-24, 1994.

SOARES FILHO, Adauto Martins. **O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde no Brasil**: Potencialidades para a tomada de decisão. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da População Negra* Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; p. 34-43, 2012.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à saúde da Mulher: uma análise da integralidade e gênero. **SER Social**, v.10, n.22, p.161-182, 2008.

SOUZA, Irenilda. Violência de Gênero e Políticas Públicas: Avanços sociais no atendimento das vítimas de violência doméstica em Cuiabá. In: **Anais da Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz do Maranhão, 26 ago. 2011.

SOUZA, Vera Cristina de. **Mulher negra e miomas**: uma incursão na área da saúde, raça/etnia. São Paulo: PUC, 1995.

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. **A classe operária tem dois sexos**: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1991.

TARLOV, Alvin. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, David; BRUNNER, Eric; WILKINSON, Richard G. (Eds.). **Health and social organization: towards a health policy for the 21st century**. London: Routledge, p.71-93. 1996.

TELLES, Edward. **Racismo à brasileira**: uma nova perspectiva sociológica. Trad. Nadjeda Rodrigues Marques, Camila Olsen. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

TURRA, Cleusa; VENTURI, Gustavo. **Racismo cordial - a mais completa análise sobre preconceito de cor no Brasil**. São Paulo: Ática, 1995.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **O Correio da UNESCO**. Ano III, n.8, p.8, 1950.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das Mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: \_\_\_\_\_. **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: UNFPA, p.15-31, 2005.

WAGLEY, Charles, et al. **Race and class in rural Brazil**. Paris: Unesco, 1952.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência**. FLACSO: Brasília, 2015.

WERNECK, Jurema. Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde**, n.23, p.53-58, 2001.

\_\_\_\_\_. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, p.315-386, 2005.

\_\_\_\_\_. **Políticas públicas para negras e negros – Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs.). **Saúde da população negra**. 2.ed. Brasília-DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Cap.2, p.34-61.

WERNECK, Jurema. **Racismo Institucional, uma abordagem conceitual**. São Paulo: Geledés – Instituto da Mulher Negra, 2013.

\_\_\_\_\_. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade. v. 25, n. 3, pp. 535-549, 2016.