



Universidade de Brasília
Faculdade de Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Gestão em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

ELAINE RODRIGUES SERPA

**A INTERSECÇÃO DE RAÇA E GÊNERO EM DUAS POLÍTICAS
PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL**

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

Brasília - DF
Julho, 2015.

ELAINE RODRIGUES SERPA

**A INTERSECÇÃO DE RAÇA E GÊNERO EM DUAS POLÍTICAS
PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.^o Dr.^o Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

Brasília - DF

Julho, 2015.

ELAINE RODRIGUES SERPA

**A INTERSECÇÃO DE RAÇA E GÊNERO EM DUAS POLÍTICAS
PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora com vistas à obtenção do título de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Brasília, DF 13 de julho de 2015.

Banca Examinadora:

Prof.^o Dr.^o Cláudio Fortes Garcia Lorenzo – Orientador

Prof.^a Dr.^a Maria Inez Montagner

Aos meus pais, irmãs, meu companheiro e meus amigos que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu agradeço a minha família que acreditou em mim e depositou a confiança que eu precisava para seguir em frente. A minha mãe Cleuza, que esteve do meu lado e não me deixou baixar a cabeça em tempo algum, por maiores que fossem os desafios. As colegas de turma que no dia-a-dia nos ensinam ainda que indiretamente a sermos pessoas capazes de aceitar as diferenças e conviver com elas, nos motivando ao desafio e nos fazendo analisar e melhorar nossa prática enquanto aprendizes. Ao Professor e orientador Cláudio Lorenzo, que incentivou e auxiliou na realização deste estudo, e conseguiu arduamente entender o que eu realmente queria transmitir neste trabalho. Agradeço as minhas amigas Diane, Natasha, Samira, e Amanda, que sempre me ajudaram com sugestões para o enriquecimento do meu trabalho. Agradeço também ao meu companheiro Marcos, que me apoiou durante esses cinco anos de faculdade, não me deixando desanimar perante os desafios. Por fim, agradeço a todos que acreditaram em mim, e a todos que porventura não foram aqui mencionados, mas que de alguma forma me ajudaram nessa gratificante jornada.

A INTERSECÇÃO DE RAÇA E GÊNERO EM DUAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

UnB – Universidade de Brasília
Curso Superior de Gestão em Saúde Coletiva

Elaine Rodrigues Serpa
Orientador: Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

RESUMO: Se preconceito e discriminação ligados à raça e etnia já constituem determinantes de saúde, esse problema se torna ainda mais grave quando dirigido à mulher, devido à condição de dominação de gênero implicada com maior vulnerabilidade social. O discurso da diferença e de minoria são limitadores para práticas de equidade em saúde. O racismo social e institucional irá se refletir em práticas que segregam essa população reduzindo a acessibilidade e a qualidade da atenção ofertada à saúde. Este trabalho busca apresentar indicadores sociodemográficos e de saúde para caracterizar a iniquidades de que é alvo a mulher negra no Brasil e analisar os textos das políticas de saúde elaboradas para promover equidade para essa população, tendo como finalidade confrontar a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, investigando como estão abordadas as questões do gênero feminino na primeira e a questão de raça na segunda.

Palavras-Chave: equidade, gênero, raça, políticas públicas de saúde.

ABSTRACT: If prejudice and discrimination linked to race and ethnicity are already determinants of health, this problem becomes even more serious when directed to women, due to gender dominance condition implied with a greater social vulnerability. The discourse of difference and minority are limiters for equity in health practices. The social and institutional racism will be reflected in practices that segregate this population reducing the accessibility and quality of care offered to health. This study aims to present sociodemographic and health indicators to characterize the iniquities of that is targeted black women in Brazil and analyze the texts of elaborate health policies to promote equity for this population, with the purpose of confronting the National Health Policy Integral Population Black and the National Policy for Integral Attention to Women's Health, investigating how they addressed the female gender in the first and the issue of race in the second.

Key-Words: equity, gender, race, public health policies.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	9
2- JUSTIFICATIVA	10
3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1 Preconceito e Estigma: Origens e Impactos sociais	11
3.2 População negra e indicadores sócio-demográficos com foco na mulher	14
3.3 Condições de raça e iniquidades em saúde.....	16
3.4 Raça e Gênero em soma para determinação em saúde	17
3.5 Participação dos Movimentos Sociais para a criação de políticas afirmativas ...	21
4- OBJETIVOS	23
5- MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
6.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	24
6.1.1. História da Elaboração e Caracterização do Documento	24
6.1.2 A abordagem de gênero	27
6.2 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	28
6.2.1. História da Elaboração e Caracterização do Documento	28
6.2.2 A abordagem de raça/cor.....	30
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde

1- INTRODUÇÃO

No decorrer da minha graduação em Saúde Coletiva, questões relacionadas a acessibilidade e equidade em saúde sempre foram questões que me interessaram. Pra mim, o estudo sobre a mulher é uma temática que merece atenção uma vez que ela é maioria na população brasileira e ainda passa por diversas desigualdades em relação aos homens. Da mesma forma, a atenção à saúde da população negra, como resultado histórico de uma colonização baseada em escravidão e desvalorização racial é hoje objeto de profundas iniquidades.

Como gestora em saúde em formação, considero que tratar sobre a população negra no Brasil é de suma importância, já que essas pessoas passam rotineiramente por preconceito, estigma e racismo tendo assim consequentemente, impactos psicológicos e sociais.

Assim, neste trabalho de conclusão de curso busquei realizar uma pesquisa sobre a saúde da mulher negra, que se fez necessária uma vez que a interseção entre o gênero e a raça-cor são ainda determinantes dessas desigualdades. Pude examinar que a vulnerabilidade da mulher negra é evidenciada pelos níveis de mortalidade, riscos de saúde e racismo institucional.

Partindo do preceito de que a saúde é um direito de todos os brasileiros conforme garantidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988 pelo artigo 196, diferente desse acesso universal previsto as condições de acesso dos negros à saúde são desiguais, as mulheres negras apresentam altos índices de doença e mortalidade por causas evitáveis.

No campo da saúde, a variável raça/cor determina a vulnerabilidade dessa população, demonstrando os riscos de saúde que essas pessoas estão expostas e diferenças até mesmo na qualidade do serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para falar sobre saúde, precisamos entender que o SUS foi regulamentado pela lei 8080 em 1990, onde definiu um conjunto das ações e serviços prestados em caráter universal para todos os níveis de atenção saúde pelas instituições públicas. Desde a criação do SUS preconizou-se que a saúde

deveria ser relacionada com qualidade de vida, sendo priorizadas ações como promoção e prevenção, a fim de prevenir agravos (BRASIL, 2000).

Destacarei neste trabalho, especificamente o discurso de um acesso universal e equânime que foi previsto pela lei do SUS, mas que tem apresentado vários desafios, principalmente para a população negra e a mulher negra em especial, por ser objeto de duas das mais frequentes formas de discriminações em nosso meio, a raça-cor e a de gênero. A mulher negra está mais vulnerável no serviço público de saúde do que a mulher branca, conforme podemos visualizar na seguinte citação:

“A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.” (BRASIL, 2004, p.50).

Dessa forma, percebi a necessidade de compreender a construção do preconceito e estigma na sociedade brasileira atual, assim como suas consequências e as políticas disponíveis hoje que tenham a saúde da mulher negra como pauta. É de suma relevância também abordar sobre a participação social dos movimentos da população negra e feministas na construção de políticas de equidade.

Neste trabalho busquei apresentar indicadores sociodemográficos e de saúde para caracterizar a iniquidades de que é alvo a mulher negra no Brasil e analisar os textos das políticas de saúde elaboradas para promover equidade para essa população, tendo como finalidade confrontar a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, investigando como estão abordadas as questões do gênero feminino na primeira e a questão de raça na segunda.

2- JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho justifica-se uma vez que já está estabelecido que as iniquidades em saúde relacionadas ao quesito raça-cor são agravadas na intersecção com o gênero feminino. Torna-se, portanto, de grande

relevância analisar se as ações e diretrizes previstas nas políticas destinadas a esta parcela da população são capazes de alcançar a complexidade do processo discriminatório e através da disponibilidade de acessibilidade e qualidade em serviços, buscando elementos formadores de recursos humanos em combate ao racismo geral e institucional.

3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Preconceito e Estigma: Origens e Impactos sociais

“A questão do negro permanece, no Brasil, praticamente inalterada e, em alguns aspectos, até retrocedida, em relação ao início do século XX. Por culpa de um processo abolicionista que não adotou medidas posteriores que assegurassem aos ex-escravos e seus descendentes, como um todo, o direito pleno à cidadania, a sociedade brasileira engendrou o seu maior problema.” (LOPES, 2004, p.17).

A história do Brasil, assim como muitos países, foi marcada pela diáspora de africanos escravizados. Durante séculos diversas etnias vieram da África, deixando nítida sua presença até os dias atuais, sobretudo as diferenças culturais, sociais e políticas. O processo de escravatura brasileira durou cerca de três séculos, neste tempo milhares de negros de diversas regiões da África eram retirados de suas terras através do tráfico atlântico, sendo comercializados como produtos para o trabalho escravo no país (WOOD, 2001).

Esse processo presente no Brasil colonial deixa marcas até hoje nos descendentes desses povos que carregam características fenotípicas como a cor da pele, sob as quais foram também produzidas as desigualdades sociais e a segregação racial. Dessa forma, após a abolição da escravidão, o discurso de uma sociedade igualitária conviveu com o aumento da desigualdade e a menor oferta de oportunidades de ascensão do negro no Brasil pós-colonial (WOOD, 2001).

Assim, a partir dessas consequências relacionadas à desigualdade baseada em raça-cor, envolvendo as populações autóctones do novo mundo e as populações formadas pela diáspora africana, surgiram tanto movimentos sociais desses grupos quanto também formulações teóricas de diversos

estudiosos, a fim de compreender os fenômenos acerca dessas questões. É neste contexto que surgem, por exemplo, os estudos da pós colonialidade, inicialmente mais ligados à questão dos povos autóctones, mas que em seguida começou também a ser aplicado em relação à população de afrodescendentes (BHABHA, 1998; RIBEIRO, 1995).

Os Estudos da pós colonialidade é a tomada de consciência das “relações neocoloniais remanescentes no interior da nova ordem mundial e da divisão do trabalho multinacional”, esse olhar identifica tanto as histórias consequentes de resistência à escravização como também aos processos de exploração dos países em desenvolvimento (BHABHA, 1998).

“Os retratos pós-coloniais (...) convergem no ponto de fuga de duas tradições familiares do discurso da identidade: a tradição filosófica da identidade como processo de auto-reflexão no espelho da natureza (humana) e a visão antropológica da diferença da identidade humana enquanto localizada na divisão Natureza/Cultura. No texto pós-colonial, o problema da identidade retorna como um questionamento persistente do enquadramento, do espaço da representação, onde a imagem - pessoa desaparecida, olho invisível, estereótipo oriental - é confrontada por sua diferença, seu Ou-tro.” (BHABHA, 1998, p. 6).

Conforme Bhabha (1998) explica na citação anterior, a identidade do negro no mundo pós- colonial passa por inúmeras barreiras devido a sua “diferença” quando comparada ao estereótipo vigente de beleza europeu.

O estudo da identidade negra nos países pós- coloniais se baseia no resgate e na valorização de elementos perdidos com o colonialismo (RIBEIRO, 1995).

Os termos “raça” e o “racismo” são referidos atualmente não por uma diferença biológica entre os seres humanos e sim como uma condição social, que se apoia nas diferenças culturais e psicossociais entre grupos sociais de etnias diferentes (JANNI, 2004). A raça na categoria social é caracterizada por um traço, fenótipo, gênero ou algum signo que coloque determinado indivíduo nos diversos tipos de organização social, processos coletivos e de hierarquização como um “estigma”, ou seja, a marca se transforma em estigma.

Goffman (1891) explica que a identidade social foi construída pela sociedade a fim de agrupar pessoas conforme suas características, “marcas”, as colocando assim em ambientes sociais conforme as categorias em que elas

se encaixam. A identidade social real passa pelo estigma, que é caracterizado como “um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (p.7) sendo que ele sempre visa à redução da humanidade (GOFFMAN,1891). Existem três tipos de estigma, segundo Goffman, que são as abominações do corpo, as culpas de caráter individual e os estigmas tribais de raça. O estigma neste contexto produz o racismo e a discriminação que se enquadrariam neste último tipo classificado pelo autor.

Hall (1992) explica que devido à globalização o meio social tem sido mediado e a homogeneização cultural passa a ser um objeto de estudo, pois fortalece as desigualdades sociais por meio de uma troca cultural também desigual. Neste contexto, a identidade é considerada por Hall (1992), como um elemento de constante mudança e ele observa que na sociedade moderna tem se notado uma “crise de identidade”, devido às desigualdades geradas pelo processo de globalização.

A globalização representa a nova forma de organização e relações da modernidade marcada pela propagação da racionalidade e dos avanços científico tecnológico europeu. Nesta situação, o que se opõe a essa nova lógica “globalizante” é estigmatizado (HALL, 1992).

A necessidade da reconstrução da identidade negra, segundo Ribeiro (1995) surge como um “movimento reativo” que se originou devido ao comportamento de superioridade da identidade e cultura europeias. Ribeiro (1995) explica que essa “identidade à parte” é necessária enquanto houver o discurso estigmatizado pela diferença entre o branco e o negro.

Ribeiro (1995) fala que o “embate cultural da problemática identitária” deve ser entendido como um processo de permanente construção e fluidez, devendo-se também ser entendido como significação cultural baseada na diferença e não na diversidade.

A identidade negra representa um instrumento de luta e de reivindicação, que fortalece os movimentos negros pelo mundo. Compreender que o negro foi discriminado e ocupa uma posição desigual hoje na sociedade brasileira é fundamental para que a questão do preconceito e aumento de oportunidades para a população negra seja fortalecido e faça pauta da agenda política.

“É por intermédio das múltiplas modalidades de protesto e mobilização que o movimento negro vem dialogando, não apenas com o Estado, mas principalmente com a sociedade brasileira. A trajetória desse movimento vem se caracterizando pelo dinamismo, pela elaboração e reelaboração, em cada conjuntura histórica, de diversas estratégias de luta a favor da integração do negro e erradicação do racismo na sociedade brasileira.” (DOMINGUES, 266, p.122).

A resistência da população negra e de suas tradições nos tempos atuais decorre dos movimentos sociais que se iniciaram da década de 60 do século passado (CARDOSO et al., 2011). O movimento negro no Brasil eclodiu nos anos de 1970, denominado “Movimento Negro Unificado - MNU” passou a reivindicar mais sistematicamente o combate ao racismo e também à necessidade de criação de políticas que abrangessem as diversas comunidades negras brasileiras (CARDOSO et al., 2011).

A atuação dos movimentos sociais proporcionou maior visibilidade, aumentando assim projetos acadêmicos com o tema raça-cor e desigualdades. Algumas agências financiadoras nacionais e internacionais apoiaram esses estudos e permitiram ampliar essa visibilidade demonstrando assim as diversas iniquidades raciais (BRASIL, 2012).

Apesar das lutas dos movimentos sociais e os avanços em leis e políticas, as diferenças nos indicadores socioeconômicos e de saúde continuam a demonstrar uma grande desigualdade existente, tanto em relação aos gêneros quanto em relação ao quesito raça cor.

3.2 População negra e indicadores sócio-demográficos com foco na mulher

O negro tem sido tratado como minoria na sociedade, entretanto, no Brasil, em 2010, a população negra pela primeira vez, ultrapassou a população branca, chegando a 51% da população que se declara negra/ preta ou parda. O aumento da população negra pelo Censo de 2010, pode estar relacionado por mais pessoas terem se autodeclarado negras (IPEA, 2011).

Nesta mesma pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2011), mostra que o aumento do número de brasileiros negros foi equivalente a 2,5%, os brasileiros negros e negras hoje são 97

milhões em contrapartida aos 91 milhões de brasileiros auto-declarados brancos.

Uma das justificativas para a inversão desse indicador pode ser devido à taxa de fecundidade da mulher negra que, segundo essa mesma pesquisa, é superior à branca. A taxa de fecundidade brasileira diminuiu nos 10 anos do estudo que foram de 1999 a 2009, entretanto essa queda para as brasileiras negras foi menor: “a fecundidade da população negra passou de 2,7 filhos para 2,1, enquanto na branca caiu de 2,2 para 1,6” (IPEA, 2011).

Sobre a questão de renda per capita, destaca-se que os negros possuem uma renda familiar inferior em relação aos brancos e estão em sua maioria entre os pobres. Quando se trata de renda per capita superior a 1,5 salário mínimo a diferença salarial se torna ainda mais nítida, cerca de 36% da população branca recebe essa remuneração contra 15,6% da população negra (IPEA, 2014). Essa diferença salarial é evidenciada pelo IPEA (2014): “em 2012 o valor obtido pelos negros nunca foi superior a 62,9% do que é pago aos brancos” (p. 26).

Destaca-se ainda que cerca de 9% da população brasileira vive em pobreza extrema, recebendo cerca de R\$ 2,00 por dia, nesta condição 71% são negros, não tendo acesso a condições básicas como energia elétrica e água potável (IPEA, 2011).

A população brasileira negra é maior quantitativamente, entretanto os empregos com melhor remuneração são dos brasileiros brancos, tal indicador é reforçado por recente pesquisa do IPEA (2013), onde afirma que em 1995 os negros recebiam 44% do rendimento de um homem branco e em 2009 foi em torno de 52%; já as mulheres neste mesmo recorte recebiam 40% em 1995 da renda de uma mulher branca, chegando em 2009 a receber 51%, Nota-se que houve um aumento do rendimento tanto dos homens quanto das mulheres, mas a estrutura de desigualdade continua basicamente a mesma.

Essa disparidade de renda tem direta ligação à baixa escolarização da população negra, que mesmo com políticas afirmativas de inserção, continua sendo inferior em relação à população branca. Têm-se como impacto diversas desvantagens sociais, como a dificultosa inserção no mercado de trabalho, ficando na maioria das vezes com “menores salários, menores chances de ascensão, menores proporções de cargos de chefia, emprego em outras áreas

que não aquela que se especializaram” (LOPES, 2004, p.54). Essa diferença se torna ainda mais nítida para as mulheres negras como explicitado por Lopes (2004): “No mundo do trabalho se paga um preço alto por ser negro e um preço muito mais alto por ser mulher e ter a pele negra” (p. 54).

Pesquisas como estas feitas pelo IPEA servem como embasamento para a discussão de criação de políticas que ampliem o acesso dos negros e negras aos diversos serviços públicos e também subsidiam o movimento negro com dados que demonstram a desigualdade.

3.3 Condições de raça e iniquidades em saúde

A condição de raça e as condições sociais por ela produzida, no contexto de estigmatização, discriminação e preconceito vai incidir na saúde tornando-se um de seus determinantes. Inúmeros são os estudos que demonstram como o quesito raça-cor estão relacionados à piores indicadores de situação de saúde, menor acesso a serviços e bens de saúde, maior prevalência e incidência de doenças agudas e crônicas, bem como pior consequências das mesmas.

Indicadores em saúde que demonstram as diferenças entre o branco e o negro no Brasil, podem ser reforçados com dados como a expectativa de vida e violência. Em 2000, a expectativa de vida ao nascer do negro era de 67,54, pardos 67,87 e para os brancos era de 73,99, uma diferença de 6,35 do negro inferior ao branco (LOPES, 2005). Outra questão são as mortes por causas externas, a violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha todo o desenvolvimento da humanidade, adquirindo um caráter endêmico e considerado um problema de saúde pública, porque afeta a saúde individual e coletiva (WIEVIORKA, 2006). Cerca de metade das mortes dos negros é por homicídio contra cerca de 34,4% dos brancos, sendo que 32% destes óbitos dos negros foram por ataque com arma de fogo (LOPES, 2005).

Desta forma, há uma mortalidade precoce do negro no Brasil, sendo que o racismo é um fator patogênico onde, por exemplo, a mulher negra não tem a mesma longevidade que a mulher branca. Óbitos ocorridos antes de 50 anos de uma mulher negra se aproxima a do homem branco, sendo 39% e 40,7% respectivamente (OLIVEIRA, 2003).

A vulnerabilidade dos negros nos problemas de saúde “incorpora a vulnerabilidade social, biológica, de sexo/gênero e hierárquica, todas situações nas quais o poder e a autonomia encontram-se diminuídos” (OLIVEIRA, 2003, p. 32).

O racismo institucional na saúde corrobora como um dos indicadores para as iniquidades em saúde. Ele pode ser caracterizado como:

“O fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica” (KALCKMANN et al, 2007, p.146).

A prática do racismo institucional na área da saúde afeta diretamente a pessoas negras, por meio dos profissionais de saúde os serviços fortalecem as barreiras de acesso e aumentam a vulnerabilidade desse grupo provocando assim o afastamento destes usuários. O racismo institucional se reflete na invisibilidade de doenças que são mais comuns nestes grupos populacionais, determinando diferenças significativas entre as doenças e mortalidade entre brancos e negros (KALCKMANN et al, 2007).

O racismo presente nos serviços de saúde interfere na capacidade de diálogo, fortalecendo a exclusão social incidindo na auto estima e na saúde mental dos usuários. Assim, “a discriminação racial interfere sobremaneira na construção das identidades e na produção dos sujeitos, e conseqüentemente na saúde das pessoas” (KALCKMANN et al, 2007, p.153).

Se preconceito e discriminação já se constituem como determinantes de saúde de forma geral ligado a raça e etnia, esse problema se torna ainda mais grave quando se reflete sobre a mulher, sendo esta historicamente posta em uma condição de dominação de gênero e passando até os tempos atuais sob situação de maior vulnerabilidade social.

3.4 Raça e Gênero em soma para determinação em saúde

A desigualdade entre homem e mulher existe há centenas de anos, a crença de que a mulher era inferior em relação ao homem pela escala

metafísica era usada pelos gregos antigos. A mulher foi destinada ao cuidado do lar e dos filhos, ou seja, uma vida privada e já ao homem uma vida pública. Essa divisão de funções por gênero sempre foi nitidamente marcada na sociedade (SILVA, 2010).

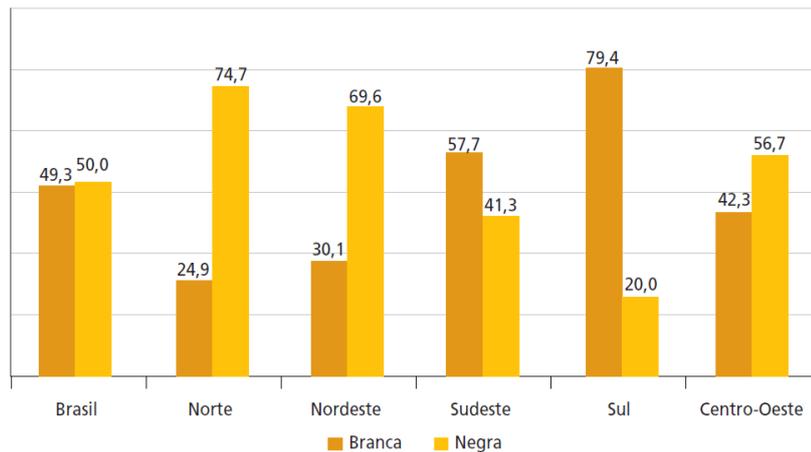
Neste contexto, destaca-se também a importância do feminismo negro que trouxe inúmeras contribuições, pois tornou o debate de raça mais central no debate de gênero, possibilitando assim, a compreensão das intersecções de opressões e também dando maior pluralidade ao conceito de mulher (COSTA et. al., 2011).

A mulher negra é estigmatizada por sua cor e por seu gênero, ou seja, ela caracteriza dois tipos de minorias marginalizadas no Brasil, sofrendo um preconceito de raça e gênero (EVARISTO, 2009). Segundo Ribeiro M. (1995), as relações de poder são determinadas tanto pela raça quanto pela cor, colocando a mulher negra assim em uma posição inferior ao homem negro e a mulher branca.

“O que poderia ser considerado como história ou reminiscências do período colonial permanece, entretanto, vivo no imaginário social e adquire novos contornos e funções em uma ordem social supostamente democrática, que mantém intactas as relações de gênero segundo a cor ou a raça instituídas no período da escravidão. As mulheres negras tiveram uma experiência histórica diferenciada que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não tem reconhecido, assim como não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida teve e ainda tem na identidade feminina das mulheres negras.” (CARNEIRO, 2013, p.01)

Em 2009, mulheres negras respondiam a um quarto da população brasileira. A quantidade de mulheres negras em 2009, segundo pesquisa do IPEA foi superior à branca, sendo 50 e 49,3 respectivamente (Gráfico 01), chegando a cerca de 600 mil negras a mais do que brancas (BRASIL, 2009).

Gráfico 01: Distribuição de mulheres, segundo a raça/cor – Brasil (2009).



Fonte: IPEA, 2011 (BRASIL, 2013).

Conforme pesquisa feita pelo IPEA, foi somente a partir de 2008 que a quantidade de mulheres negras foi superior à branca, segundo elas isso se deve a mudança na forma como elas se percebem em sua própria cor. Essa mudança de percepção se dá graças aos movimentos sociais e as constantes inserções dessa questão na agenda política.

No que tange os arranjos familiares observou-se que as mulheres em seu papel social, tiveram um aumento considerável como chefia nos domicílios, tendo crescimento expressivo entre as mulheres negras: “A contribuição das mulheres brancas no total da renda das famílias foi de 36,1% e a das negras, de 28,5%” (IPEA, 2011). Segundo o IPEA (2011) essas novas configurações modificam a estrutura tradicional familiar.

Entretanto, esta pesquisa demonstra que mesmo quando as mulheres negras estão empregadas elas estão mais envolvidas em cargos domésticos do que as brancas, o que indica uma desigualdade de gênero (IPEA, 2013): “crescem as ocupações de menor qualidade com alta informalidade e menor renda voltadas para pessoas com baixa escolaridade” (p.56). Esse indicador ocupacional demonstrou também que os serviços de nível superior são predominantes entre as mulheres brancas e indicam que as mulheres negras ocupam em sua maioria cargos que exigem baixa escolaridade.

No campo da saúde as desigualdades da mulher negra em relação às brancas também são marcantes. As mulheres negras, segundo pesquisas do Ministério da Saúde, recebem menos tempo de atendimento médico, compõem 60% das vítimas de mortalidade materna e apenas 27% tiveram

acompanhamento durante o parto, em todas as pesquisas a mulher negra esteve em grande desvantagem em relação à mulher branca (ARRAES, 2014).

Existem ainda fatores que agravam mais essa situação, como abuso por discriminação racial, preferência de atendimento a mulheres brancas, o não uso ou o uso tardio da anestesia, sendo este erroneamente justificado por uma resistência de dor da mulher negra superior em relação à mulher branca (ARRAES, 2014).

Na pesquisa de Domingues et al, (2013) evidenciaram que as mulheres negras nos serviços de saúde recebem ações insuficientes de cuidado e promoção em saúde, estando expostas a receberem tratamentos inadequados. Essas desigualdades são evidenciadas principalmente na saúde reprodutiva, as mulheres negras tem menos acesso ao cuidado pré-natal, há também uma maior proporção de mulheres negras que nunca fizeram o exame de prevenção de câncer do colo do útero conforme relatado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2008 (MS, 2008).

Em pesquisas sobre mortalidade materna, as mulheres negras apresentam maiores razões de morte por doença hipertensiva específica da gravidez e por hipertensão arterial sistêmica (MARTINS, 2006), algumas das causas podem ser a falta de acesso ou a baixa qualidade do cuidado pré-natal (DOMINGUES, 2013).

Existem ainda, doenças que são mais incidentes nas mulheres negras, como doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas HIV/Aids (TAQUATTE, 2010), doenças como anemia e doenças falciformes, hipertensão arterial, diabetes mellitus, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, síndromes hipertensivas na gravidez (BRASIL, 2007).

A existência dessas desigualdades nos serviços de saúde pode ser justificada pela influência da raça e classe social, como determinantes para a discriminação racial e preconceito, gerando o racismo institucional na prestação do cuidado em saúde (DOMINGUES et al, 2013).

Tal fato pode ser corroborado pela pesquisa de Goes e Nascimento (2013), onde afirmam que quanto menor a renda e escolaridade, menor o acesso aos serviços de saúde. Quando as mulheres tem acesso ao serviço de saúde ele apresenta diferenças, as mulheres brancas avaliam que possuíram melhor qualidade no acesso enquanto as mulheres negras avaliam que acesso

o foi ruim, onde infere-se que o racismo é um determinante para as condições de acesso das mulheres negras:

“As mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento.” (GOES & NASCIMENTO, 2013, p.572-573).

Na pesquisa de SOUZAS & ALVARENGA (2007) elas afirmam que mulher negra sofre uma tripla discriminação por seu gênero, classe e raça, o que reafirma as questões da desigualdade no acesso citadas anteriormente.

Diante da realidade representada pelos dados discutidos acima, buscamos observar em que medida as diretrizes e ações propostas pela política de saúde integral da população negra mulher e o documento de discussão do MS sobre a política nacional de saúde integral da mulher, dão conta das especificidades ligadas à condição da mulher negra no Brasil.

3.5 Participação dos Movimentos Sociais para a criação de políticas afirmativas

O Brasil reconhece que o racismo faz uma barreira ao acesso aos serviços e bens de saúde, e devido a isso têm sido criadas políticas afirmativas em saúde a fim de promover um atendimento equânime a essa população. Conforme apresentado anteriormente, a participação tanto do movimento negro brasileiro quanto do movimento feminista tem sido de extrema relevância para a construção de políticas que promovam a equidade para os negros e as mulheres.

A participação social desses movimentos sociais na saúde proporciona promoção da equidade a fim de melhorar a atenção à saúde, sendo importante para a avaliação e aprimoramento, pois ela faz uma real abertura do sistema de saúde à população (COELHO, 2012).

O movimento das mulheres negras, sobretudo, se destaca na reivindicação dessas políticas afirmativas em busca de equidade em saúde:

“Graças à integração de forças dos movimentos da sociedade civil em geral – mais especificamente do movimento de mulheres negras – e de alguns representantes da academia o que permitiu iniciar, no país, um movimento político-ideológico cujo objetivo central consistiu em revelar o racismo mediante evidências empíricas dos diferenciais raciais nas condições socioeconômicas e demográficas da população.” (BRASIL, 2012, p. 23-24).

A metodologia adotada pelos movimentos sociais de reivindicação para a criação de políticas foi buscar informações que confirmassem as desigualdades raciais, bem como mobilizar gestores das três esferas – federal estadual e municipal, para conscientizar sobre a importância de reversão do processo de iniquidade racial. Os militantes sociais, em suma, foram os defensores dos direitos humanos e as mulheres negras (BRASIL, 2012).

Esse processo foi marcado por algumas conquistas como a utilização da variável raça-cor em pesquisas e também o aumento da população autodeclarada como negra ou parda no censo de 2001, isso se deu devido a campanhas publicitárias afirmativas, que tiveram como slogan “Não deixe sua cor passar em branco” (BRASIL, 2012). Outra conquista a partir de lutas de lideranças negras foi à lei de cotas nº 12.177/2012 que é uma das ações afirmativas de maior repercussão na esfera federal (SEPPIR, 2014).

Segundo Ferreira (2005), nota-se a relevância da participação desses movimentos sociais na formulação de políticas, mostrando assim a importância da “cidadania ativa”, sendo este conceito “baseado na possibilidade de reivindicação de direitos e de participação popular junto às questões de interesse público” (p.14).

4- OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Examinar os princípios, diretrizes e ações previstas pela política de saúde integral da população negra e pela política de atenção integral à saúde da mulher são capazes de abarcar a complexidade das interseções de iniquidade entre raça e gênero.

4.2 Objetivos Específicos

- Confrontar as duas políticas buscando semelhanças e diferenças na abordagem de raça e gênero;

- Examinar em que medida os problemas de estigma, preconceito e racismo institucional são abordados pelos princípios e diretrizes destas duas políticas;

- Investigar a presença de ações propostas de educação para combate ao racismo com vistas à melhoria de acessibilidade e qualidade dos serviços;

- Observar as referências à participação dos movimentos sociais na construção das duas políticas.

5- MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma análise documental, envolvendo dois documentos oficiais: o texto da PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (portaria 992/2009) e o documento¹ PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004.

Estamos chamando de uma análise documental a interpretação direta dos documentos de forma direcionada pelos objetivos estabelecidos, sem a necessidade de uso de metodologias pré-estabelecidas para a análise de conteúdo ou de discurso.

Foram feitas leituras repetidas para grifar todas as partes de ambos os documentos onde havia menção a questões de gênero feminino na PNSIPN e para população negra na PNAISM. Em seguida os enunciados envolvendo esses objetos de busca foram interpretados e criticados com base nos referenciais teóricos e dados relacionados à problemática de raça e gênero segundo os objetivos definidos. Foram observadas também as ausências de procedimentos ou conceitos considerados relevantes para a abordagem da intersecção raça/gênero.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

6.1.1. História da Elaboração e Caracterização do Documento

Por meio da Lei n.º 10.678, de 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que representa uma conquista do movimento negro, tendo como objetivo “promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, (...) dentre os quais o da saúde, e outros órgãos do governo brasileiro” (BRASIL, 2007, p.20).

¹ Embora ainda não haja uma portaria instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o documento tem sido discutido como tal, tanto no âmbito dos serviços, quanto da literatura.

Em 2004, é criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra que a fim de assessorar o Ministério da Saúde (MS) para a criação e formulação de políticas voltadas para a equidade racial. Neste mesmo ano, o MS juntamente com a SEPPIR assinou o Termo de Compromisso afirmando a promoção da igualdade racial no âmbito o SUS, no documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, realizando o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (BRASIL, 2007).

Todos esses avanços citados acima conquistados pelo movimento negro na saúde foram determinantes para a criação da PNSIPN - Política de Nacional de Saúde Integral da População Negra. A PNSIPN foi aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, mas só foi pactuada em 2008 pela Comissão Intergestores Tripartite e publicada por meio de portaria somente em 2009 (BRASIL, 2012). Nota-se que o processo histórico de construção do preconceito na sociedade brasileira é de extrema relevância para a compreensão da conquista desta política voltada para a população, principalmente por ela reconhecer as consequências do racismo na sociedade brasileira:

“A construção de equidade racial em saúde para a população negra é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde na portaria 992/2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra, cuja marca é: “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”.” (BRASIL, 2012, p.9).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Ela tem como objetivo geral “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2009). Em seus objetivos específicos, fala sobre garantir e ampliar o acesso da população negra em suas diversas localidades - rural e urbana, melhorar e ampliar a qualidade dos serviços de saúde identificando suas especificidades, monitorar e avaliar indicadores, identificar e prevenir situações de assédio moral e realizar mudanças na cultura institucional.

A PNSIPN possui três capítulos. O capítulo I é sobre os princípios gerais e a marca. Em princípios gerais aborda as referências para a criação desta reafirmando alguns elementos presentes da Constituição Federal de 1988 como a promoção da saúde para todos independente, de raça, sexo, cor, religião ou qualquer outra forma de discriminação e dá ênfase a participação popular, do controle social e equidade. Na 'marca' da política, no final deste capítulo ela reconhece o racismo no Brasil como uma barreira para a equidade: "Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde" (Brasil, 2009).

Assim, como evidenciado anteriormente neste trabalho questões de estigma e preconceito, a PNSIPN reforça estes elementos os tornando propulsores para a criação desta política, demonstrando assim a relevância dessa questão para práticas de equidade em saúde.

O Capítulo 2 aborda sobre as diretrizes gerais da lei e os objetivos, tendo 6 diretrizes gerais, 1 objetivo geral e 12 objetivos específicos. Em diretrizes se fala sobre inclusão da temática de racismo e saúde da população negra para fins de educação permanente para trabalhadores em saúde, fortalecimento e ampliação da participação do movimento social negro baseando nos princípios da gestão participativa do SUS, incentivo a produção de conhecimento científico nessa temática, ações de monitoramento e avaliação das ações e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação.

Observa-se que essas diretrizes estão voltadas para o combate do racismo institucional que representa uma barreira no acesso da população negra nos serviços de saúde e também apresenta meios para garantir à acessibilidade dessa população a saúde. Ela também valoriza a participação do movimento social negro, já que este movimento foi o maior propulsor para a criação desta política. Cabe ressaltar que a participação do Movimento Social Negro nas 11^a e 12^a Conferências Nacionais de Saúde de 2000 e 2003, respectivamente, foi essencial para o fortalecimento da criação desta política.

Por último, o capítulo 3 é das estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, é dividido em duas partes: estratégias de gestão com 13 tópicos e responsabilidade das esferas de gestão que é subdividido em gestor

federal com 12 tópicos, gestor estadual com 14 ações e gestor municipal com 13 ações.

Em estratégias de gestão ela se caracteriza por ter um caráter transversal, devendo estar em constante articulação com o MS, essa parte fala então das ações dessa política para realização dos seus objetivos, como ações de combate ao racismo institucional e redução de disparidades étnico-raciais, atenção à saúde da população negra em todos os momentos da vida e dentre outros.

Observa-se a preocupação desta política de colocar os gestores nos três níveis – estadual municipal e federal para realizar processos de educação continuada baseados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (portaria 1996/2007), o fomento a pesquisa, promoção da equidade em saúde e também a inclusão de indicadores raça-cor para a construção de dados.

Examinou-se também que a política é construída por meio das reivindicações populares e que a participação social é fortemente citada por todo o seu contexto, assim como medidas para o combate de racismo institucional tendo vistas a desigualdades nos serviços de saúde. Portanto, ela reafirma vários elementos trazidos neste trabalho e busca meios de criação e fortalecimentos de ações a fim de minimizar as iniquidades em saúde sofridas pela população negra.

6.1.2 A abordagem de gênero

No final das diretrizes gerais o termo “gênero” aparece na PNSIPN, no Capítulo I que trata sobre transversalidade: “[a PNSIPN] contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, (...) as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual”. Gênero então aparece pela primeira vez na política, mas junto com outra temática que é orientação sexual.

A palavra mulher/mulheres aparece três vezes nessa parte, na primeira é sobre saúde mental: “VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros”, em um mais específico sobre os tipos de violência contra as mulheres negras: “X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência

sexual, doméstica e intrafamiliar” e por ultimo, em relação a humanização: VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica”. Este último trata sobre a necessidade de humanização em saúde da mulher negra uma vez que esta sofre grande desigualdade em saúde.

Nos objetivos específicos fala também sobre a inclusão do combate a discriminações de gênero e orientação sexual no processo educação permanente para os trabalhadores. Até este ponto da política, gênero é citado pela segunda vez, mas de forma breve e ao lado de outra temática que é orientação sexual novamente, ou seja, nos objetivos específicos dessa política as desigualdades de gênero por raça-cor teve pouco destaque.

Nota-se que a mulher negra não ganha destaque nesta política, sendo que o termo gênero apareceu citado somente duas vezes em toda a política e sempre relacionado à orientação sexual, que por sua vez, não é o foco deste trabalho. Já quando buscado ‘mulher/mulheres’ nesta mesma política esta apareceu somente três vezes relacionadas à saúde mental, violências contra a mulher e humanização. As abordagens sobre gênero e mulher na política são relevantes, mas a visão de mulher negra está limitada, pois, conforme apresentado neste trabalho, são diversas as questões em que a mulher negra sofre em desvantagem com a mulher branca nos serviços de saúde, entretanto, são poucas as ações na PNSIPN a fim de reduzir essa desigualdade.

6.2 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

6.2.1. História da Elaboração e Caracterização do Documento

As políticas de saúde voltadas para a mulher historicamente sempre foram voltadas para a atenção materno-infantil, esse quadro mudou a partir do fortalecimento do movimento feminista na década de 70. O movimento colocou em pauta a saúde da mulher em sua forma mais ampla, assim, em 1983, foi lançado o PAISM – Programa Nacional à Saúde Integral da Mulher, que representou um grande marco nas políticas públicas da época (KNAUTH et al.,2012).

Após vinte anos da criação do PAISM, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) a fim de implantar uma política eficiente em território nacional. A PNAISM foi criada em 2004 pelo documento do Ministério da Saúde – Série C Projetos, Programas e Relatórios: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, a fim de criar uma política em saúde específica devido às mulheres serem as principais usuárias do SUS e a maioria na população brasileira.

Essa política é legitimada pelas instâncias de controle social do SUS, demonstrando assim sua relevância. A PNAISM foi constituída por vários departamentos e secretarias do MS e também por contribuições do movimento de mulheres, mulheres negras, trabalhadoras rurais e como também estudiosos e estudiosas da área:

“(PNAISM) reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual.” (FREITAS et. al., 2009).

A organização da PNAISM difere da PNSIPN, pois por não ter uma portaria instituída e sim apresentada por meio de um documento do MS, a sua estrutura se dá por meio de contextualização e também revisão bibliográfica.

Dessa forma, inicialmente ela apresenta seus princípios que são humanização e qualidade. Assim, logo no início da apresentação da política, ela já aborda sobre a equidade na humanização e qualidade em saúde baseando nas “condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero” (BRASIL, 2004, p.59). A diante é abordado os princípios da humanização e qualidade que são 11 no total, em suma, fala sobre capacitação de profissionais e usuários, condições de acesso, acolhimento, disponibilidade de recursos, ações de promoção de saúde, monitoramento e avaliação e dentre outros.

Em seguida, ela apresenta as suas 14 diretrizes, dentre elas, reafirma princípios do SUS quanto à garantia do direito à saúde tendo como foco a mulher, atendimento a mulher com visão ampliada do seu contexto de vida, estimular a participação das mulheres na elaboração e execução das políticas.

Nota-se que nesta parte as diretrizes são mais especificadas e oferecem mais possibilidades de aplicação nos diversos serviços de saúde em relação a PNSIPN.

Após as diretrizes, ela descreve seus objetivos que são três, destaca-se o objetivo mais amplo que diz que a política busca “(...) a garantia de direitos legalmente constituídos (à saúde das mulheres) e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação” (BRASIL, 2004,p.67).

Em seguida, ela apresenta seus objetivos específicos e estratégias. A política apresenta 14 objetivos específicos e para cada um deles suas estratégias, a quantidade de estratégia varia conforme cada objetivo.

Em seus objetivos específicos a PNAISM coloca em pauta questões como: mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/Aids, violência doméstica e sexual, a saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e saúde da mulher em situação de prisão (BRASIL, 2004).

6.2.2 A abordagem de raça/cor

Já nesta política que o foco central é a mulher, o foco de observação foi à abordagem de termos como raça, etnias, negra e preta. Diferentemente da PNSIPN, a PNAISM traz várias abordagens no seu contexto sobre mulheres negras.

A primeira abordagem se apresenta logo no início, na parte dos princípios de humanização e qualidade conforme citado anteriormente, onde considera raça, etnia e gênero como elementos essenciais compartilhar saberes e reconhecimento de direitos.

A palavra “negra” foi citada três vezes. Primeiramente foi abordado nas diretrizes: “A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, (...) e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais...)”. Essa diretriz

reforça o direito a saúde universal conforme garantidos na Constituição e elenca todas as especificidades do gênero feminino que devem ser resguardadas por este direito.

Novamente nas diretrizes, a abordagem de diferenças é mencionada, explicitando que o atendimento em saúde deverá ser baseado por respeito e sem discriminação: “A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais” (BRASIL, 2004, p. 64).

Nos objetivos específicos, “negra” apareceu duas vezes, ganhando destaque de um objetivo específico: “Promover a atenção à saúde da mulher negra” (p. 71) onde elenca cinco estratégias para a sua realização como a produção de dados, capacitação profissional, implantar programa de anemia falciforme, incluir recorte racial nas ações de saúde e “estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra” (BRASIL, 2004 p.72).

Ao ler esta política e confronta-la com PNSIPN o enfoque da PNAISM amplia o espaço da mulher negra e da etnia, além de mostrar a importância da capacitação dos profissionais a fim de realizar a desconstrução de racismo, estigma e preconceito nos serviços de saúde, como também a inclusão de dados e recorte racial que permite a construção de indicadores.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao confrontar as duas políticas buscando semelhanças e diferenças na abordagem de raça e gênero pode notar que a mulher negra carece ainda de políticas que busquem promover a equidade em saúde de maneira transversal, isso se reflete pela baixa incidência de objetivos e especificidades na PNSIPN para as iniquidades provocadas pela intersecção raça-cor e gênero. A PNAISM abarca mais especificidades sobre a mulher negra, entretanto, ela têm tido pouca força no combate das iniquidades, pois conforme visualizamos com pesquisas recentes a desigualdade ainda é nítida quando comparadas a saúde da mulher branca.

Ao realizar este trabalho, pude confirmar que o discurso da diferença e de minoria são limitadores para práticas de equidade em saúde, o racismo, assim como o estigma recaído às mulheres negras são questões ainda praticadas e que segregam essa população. Os problemas de estigma, preconceito e racismo institucional são abordados pelos princípios e diretrizes das duas políticas, elas reconhecem que há a discriminação, tal fato pode ser justificado pela contribuição afirmativa dos movimentos sociais na elaboração dessas políticas.

Quanto à participação social e valorização dos movimentos sociais, pude constatar que o movimento feminista de mulheres negras e o movimento negro tiveram forte influencia sobre a criação das políticas e são várias as referencias à participação dos movimentos sociais nessa construção.

A presença de ações de educação para combate ao racismo com vistas à melhoria de acessibilidade e qualidade dos serviços foi abordada também em ambas as políticas, a educação permanente foi proposta como uma ação afirmativa principalmente para a redução do racismo institucional em saúde. Entretanto, não há menção a métodos educacionais mais adequados ao enfrentamento de preconceitos arraigados nas subjetividades, através dos quais os profissionais tivessem oportunidade de compreender a formação em si mesmo dos estigmas e buscar desconstruí-los. Pela natureza mesma do preconceito, não há possibilidades de combatê-los apenas pela exposição de informações puramente cognitivas sobre racismo e direitos.

Pude notar com a realização deste trabalho houve crescente aumento de pesquisas acadêmicas após o ano 2000 que falam sobre as desigualdades relacionadas à saúde da mulher negra, devido à inserção do quesito raça-/cor nas fichas de notificação. Entretanto, carecem ainda pesquisas de análises da PNSIPN a fim de ver quais foram as mudanças e avanços que puderam ser conquistados após a sua criação.

No processo de realização deste trabalho tive limites de pesquisa, pois ainda há poucos trabalhos que falem sobre as políticas abordadas e principalmente tendo como foco a gestão em saúde coletiva neste contexto. Pude notar que existem dados que demonstram a desigualdade, mas em contrapartida, há poucas ações e propostas sobre os caminhos a serem tomados para a reversão desse quadro.

A realização deste trabalho serve como contribuição para futuras pesquisas a fim de visualizar como essas iniquidades na saúde de raça-cor por gênero tendem a se portar futuramente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAES, Jarid. **Mulher negra e saúde: “a invisibilidade adoce e mata!”**. Publicado em 2014. Disponível em: <http://revistaforum.com.br/digital/176/mulher-negra-e-saude-invisibilidade-adoce-e-mata/> Acessos em maio de 2015.

BARBOSA, Muryatan Santana. HOMI BHABHA LEITOR DE FRANTZ FANON: Acerca da Prerrogativa Pós-colonial. **Revista Crítica Histórica**, Ano III, Nº 5, Julho/2012.

BHABHA, Homi. K. **Interrogando à identidade. In: O Local da Cultura**. Belo Horizonte: Humanitas, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Impresso no Brasil 2007.

BRASIL. **Saúde da População Negra. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates**. 2º edição Revista e ampliada – 2012

CARDOSO, Lourenço; GOMES, Lilian. **Movimento Social Negro E Movimento Quilombola: para uma teoria da tradução**. XI Congresso Luso Brasileiro de Ciências Sociais – Diversidades e (Des) Igualdades. Salvador 7 a 10 de agosto de 2011.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer O Feminismo: A Situação Da Mulher Negra Na América Latina A Partir De Uma Perspectiva De Gênero**. Maio de 2013. Disponível em: <https://rizoma.milharal.org/files/2013/05/Enegrecer-o-feminismo.pdf> Acessos em maio de 2015.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

COSTA, Ana Alice Alcantara; IOLE, Alexnaldo Teixeira; VANIN, Macedo - Organização. - Salvador: **Ensino e Gênero: Perspectivas Transversais / UFBA** -247 p. NEIM, 2011.

DOMINGUES PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC, et al. **Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; 22(2): 285-92. 2013.

DOMINGUES, Petrônio. **Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos.** Revista Tempos - Publicação em março de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07> Acessos em maio e junho de 2015.

EVARISTO, Conceição. **Literatura negra: uma poética de nossa afro-brasilidade.** SCRIPTA, Belo Horizonte, v. 13, n. 25, p. 17-31, 2º sem. 2009.

FERREIRA, Roberta Oliveira. **Participação social e políticas sociais: o trabalho desenvolvido pelo Programa Morar Legal da Secretaria Municipal de Habitação do Município do Rio de Janeiro.** Dissertação Mestrado em Política Social da Universidade Federal Fluminense, Março - 2005.

FREITAS GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** Rev. Eletr. Enf. 2009.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, p. 571-579, Dec. 2013.

GOFFAMAN, Erving. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada** . Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004 Data Publicação Original: 1891.

HALL, Stuart. A identidade cultural na pós-modernidade, **DP&A Editora**, 1ª edição em 1992, Rio de Janeiro, 102 páginas, 11ª edição em 2006.

IPEA, 2011. **Ipea: número de negros ultrapassa o de brancos pela primeira vez no Brasil.** Disponível em: <http://www.ufjf.br/ladem/2011/05/13/ipea-numero-de-negros-ultrapassa-o-de-brancos-pela-primeira-vez-no-brasil/> Acessos em abril 2015.

IPEA, 2014. **Situação social da população negra por estado / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ; Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.** – Brasília: 115 p. 2014.

JANNI, Octavio. **A metamorfose da etnia em raça.** Pro-Posições, v. 15, n. I (43) - jan./abr. 2004. Disponível em:

<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/43-ensaios-iannio.pdf>
Acessos em maio de 2015.

KALCKMANN, Suzana. **Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?**. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. I Seminário Saúde da População Negra 2004.** Disponível em: <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/053-102Fernanda.pdf>
Acessos em maio e junho de 2015.

LOPES, Fernanda. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005

LOPES, Nei. **Enciclopédia Africana Brasileira da Diáspora Africana.** São Paulo. Ed. Selo Negro, 2004.

MARTINS, Alaerte Leandro. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 22(11):2473-2479, nov, 2006.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília (DF): MS; 2008.

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

RIBEIRO, Fernando Rosa. **Estudos Afro- Asiáticos – O que é ser negro ou africano, afinal de contas?.** p. 203 – 211, abril de 1995.

RIBEIRO, Matilde. **Mulheres negras brasileiras: de bertioga a beijing.** Estudos feminista. 2º semestre 1995. Disponível em: http://clam.tempsite.ws/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1077_1824_ribeiro_matilpagu.PDF Acessos em abril 2015.

SEPPPIR, 2014. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial: **Estudo do Ipea analisa presença de negros no serviço público.** Disponível em: http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2014/02/estudo-do-ipea-analisa-presenca-de-negros-no-servico-publico. Acessos em abril 2015.

SILVA, Sergio Gomes da. **Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 30 (3), 556-571, 2010.

SILVA, Tatiana Dias; SILVA, Josenilton Marques da. **Nota Técnica: Reserva de vagas para negros em concursos públicos: uma análise a partir do**

Projeto de Lei 6.738/2013. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA. Fevereiro de 2014.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade.** Saude soc., São Paulo , v. 16, n. 2, p. 125-132, Aug. 2007.

TAQUATTE, Stella R. **Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/AIDS.** Saúde Soc, vol 19, suppl2, p.51-62. Dez -2010.

WIEVIORKA, Michel. **Violência hoje.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1147-1153, 2006.

WOOD, A. J. R. Russell. **Através de um prisma africano: uma nova abordagem ao estudo da diáspora africana no Brasil Colonial.** Revista: Tempo (12) núm. 12, dezembro – 2001.