



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE E BIOLÓGICAS  
FACULDADE DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

**JHEYCIELE NAIRA DOS SANTOS**

**GÊNERO, RACISMO E SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO CRISMU  
DE MARABÁ-PA**

**MARABÁ-PA  
2019**

JHEYCIELE NAIRA DOS SANTOS

**GÊNERO, RACISMO E SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO CRISMU  
DE MARABÁ-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Joseline Simone Barreto Trindade.

**MARABÁ-PA  
2019**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Setorial Campus do Tauarizinho da Unifesspa**

---

Santos, Jheyciele Naira dos

Gênero, racismo e saúde: um estudo sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) no CRISMU de Marabá-PA / Jheyciele Naira dos Santos ; orientadora, Joseline Simone Barreto Trindade. — Marabá : [s. n.], 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Faculdade de Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, 2019.

1. Negras - Saúde e higiene - Marabá (PA). 2. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 3. Saúde pública - Marabá (PA). 4. Política pública. 5. Política de saúde. I. Trindade, Joseline Simone Barreto, orient. II. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. III. Título.

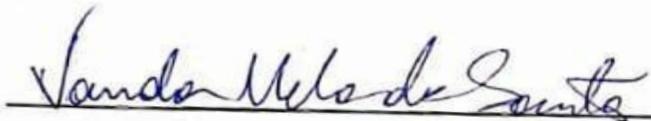
CDD: 22. ed.: 613.04244

**JHEYCIELE NAIRA DOS SANTOS**

**GÊNERO, RACISMO E SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO CRISMU  
DE MARABÁ-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

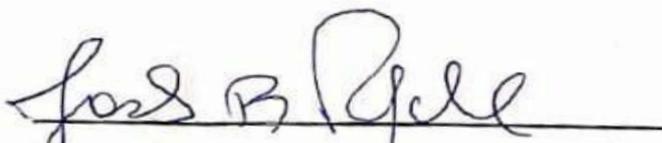
**COMISSÃO JULGADORA:**



**Esp. Vanda Mello**  
**Examinador Externo – SEDUC/PA**



**Dra. Priscila da Silva Castro**  
**Examinadora Interna – FASC/UNIFESSPA**



**Dra. Joseline Simone Barreto Trindade**  
**Orientadora – Presidente da banca examinadora - FACSAT/UNIFESSPA**

Marabá-PA, Dezoito de dezembro de 2019

**“Agora é pra fazer valer. Sou força, porque todas nós somos. Sigo porque seguiremos todas nós juntas. Eu sou Marielle Franco: mulher, negra, mãe, da favela. Eu sou porque nós somos”**

- Marielle Franco

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é sinônimo de reconhecer ou retribuir um gesto ou atitude, isso significa dizer que não conseguirei aqui citar todos os nomes a quem direciono gratidão, pois sou grata a todas aquelas mulheres e homens que lutaram, e ainda lutam, para que hoje uma mulher preta da periferia tivesse acesso ao ensino superior, “Eu sou porque nós somos”, como nos ensina a filosofia Ubuntu.

Agradeço em primeiro lugar a minha mãe Maria Raimunda e minha Madrinha Jacinta que são minhas maiores inspirações e que sempre me apoiam emocionalmente, psicologicamente e financeiramente.

A minha companheira, Carla Moraes, por acreditar em mim, nunca desistir de lutar ao meu lado e pelo apoio acadêmico e pessoal.

Aos meus irmãos Maria Solange, Alexsandro, Jheyson, Jheyciane e Jheyciene que sempre estiveram ao meu lado, e aos meus sobrinhos, Yan Davison, Yana Maria, Yanne Hellena, Maria Eduarda, Caio Henrique e Jeovana que me fazem querer lutar por um mundo melhor.

Ao meu incentivador e amigo Edinan por sempre acreditar na minha coragem de vencer mesmo remando contra as disparidades sociais.

Ao meu eterno amigo Luciano (in memoriam) pelo exemplo de sabedoria e humildade.

Aos meus professores que de diferentes formas me ajudaram a me tornar uma pessoa melhor, principalmente Samatha Hasegawa e Solange Cristo por diversas vezes acreditar no meu potencial e sempre mostrar que posso ir mais longe que imagino.

Aos meus amigos Carla, Jairo, Ruth, Yana, Vitor, Daiane, Marcos, Raissa, Gisely, Tatiana que nos meus momentos instáveis se fizeram presentes.

A minha orientadora, Joseline Trindade, que foi de suma importância para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

Aos membros da banca examinadora, Priscila Castro, Vanda Melo e Margarida Negreiros, pela disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

A equipe do Departamento de Apoio Psicossociopedagógico (DAPSI), em especial, Mayara Sindeaux e Lidiane Rodrigues por me auxiliarem academicamente no decorrer do curso.

A turma de Saúde Coletiva 2014, pioneira na implantação do curso de Saúde Coletiva na UNIFESSPA, por mostrar que a vida não é tão colorida, mas que para ser precisamos nos impor sem medo de ser uma ou duas andorinhas em um verão fervente.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos profissionais no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha – Anexo Crismu, que me receberam de braços abertos e colaboraram significativamente com a minha formação, a Enfermeira Kecyani, Agente comunitário de Saúde (ACS) Adonirom, ACS Cláudia, ACS Cledinéia, ACS Iranildes, ACS Isaac, ACS Isacleude, ACS Ivone, ACS Maria Aparecida, ACS Rogério e a Técnica Rosa e, principalmente, às mulheres negras do bairro folha 33 que foram essenciais para o desenvolvimento da pesquisa.

## RESUMO

O presente trabalho se coloca como uma tentativa de compreender como as questões étnico-raciais e de gênero se inserem nas políticas públicas de saúde na cidade de Marabá a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU), mais especificamente no que diz respeito a saúde das mulheres negras. Para tanto, realizamos pesquisa bibliográfica, análise de algumas políticas públicas de saúde, entrevistas com profissionais de saúde e discussão de dados secundários em saúde. Discutir as políticas públicas de saúde para as mulheres negras é um desafio, que apesar de ainda não estar suficientemente sistematizado nos revela que as políticas de saúde não são implementadas da melhor forma possível, por diversas situações e de certo modo o Sistema Único de Saúde ainda reproduz muitas desigualdades e preconceitos, mas é um mecanismo de extrema importância para a saúde pública desse País. É que ser mulher negra em uma sociedade racista, machista, patriarcal e eurocêntrica constituída a partir de um sistema escravocrata é conviver diariamente com diversas formas de violências e opressões onde é necessário (re)existir.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulheres Negras; Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CRISMU – Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher

CSEZ – Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FCP – Fundação Cultural Palmares

GAC – Grupo de Ação Cultural de São Felix

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

N'UMBUNTU –

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pará

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPA – Universidade Federal do Pará

UNIFESSPA – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Raça, cor ou etnia das Mulheres Privadas de liberdade .....	33
<b>Gráfico 2.</b> Proporção de ocupados por tempo parcial, na semana de referência, por sexo (%).....	35
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição percentual da população feminina segundo cor/raça e região – 2015 .....	36
<b>Gráfico 4.</b> População residente em Marabá, segundo cor ou raça.....	39

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>17</b>
<b>O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A INTERSECÇÃO COM AS QUESTÕES ÉTNICO RACIAIS</b> .....	<b>17</b>
1.1 O Sistema Único de Saúde: 30 anos de resistência .....	17
1.2 A Luta da População Negra nas Políticas Públicas de Saúde .....	19
1.3. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) .....	22
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>25</b>
<b>A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS: O ACESSO À SAÚDE TEM COR?</b> .....	<b>25</b>
2.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM: a Política da inclusão ou da exclusão? .....	27
2.2 A Mulher negra e o protagonismo na luta pelo direito à saúde .....	29
2.3 Desigualdades Regionais: as realidades das mulheres negras na Amazônia .....	32
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>38</b>
<b>A SAÚDE COM OU PARA MULHERES NEGRAS EM MARABÁ?</b> .....	<b>38</b>
3.1 Situando Marabá .....	38
3.2 Serviços e Redes de Saúde: a atenção Básica em Foco .....	40
3.3 O Olhar do Agente Comunitário de Saúde Sobre a Saúde da Mulher Negra .....	42
<b>CONSIDERAÇÕES</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>48</b>
<b>SUJEITAS INTERLOCUTORAS</b> .....	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado “Gênero, Racismo e Saúde: um estudo sobre a Estratégia Saúde Da Família (ESF) no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU) de Marabá-PA” se insere no campo de estudo das relações étnico-raciais no Brasil, dessa forma a reflexão aqui presente busca discutir as políticas públicas de saúde para as mulheres negras desenvolvidas na ESF.

O interesse em pesquisar sobre esse tema com foco nas políticas públicas de saúde voltadas para às mulheres negras, surgiu quando cursei a Unidade Ensino e Aprendizagem Políticas Públicas de Saúde I, em 2014, ministrada pela Professora Solange Cristo, do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA).

Nas aulas debatíamos sobre as políticas de saúde para os diversos grupos e sujeitos, entre elas, as que tratavam sobre a saúde das mulheres, a partir daí refleti que eu como mulher negra, usuária direta do Sistema Único de Saúde (SUS) poderia pesquisar sobre essa questão.

Nesse processo, fui percebendo que no município de Marabá-PA, os estudos voltados tanto para a questão da saúde da população negra, quanto para a saúde das mulheres negras, eram difíceis de encontrar em plataformas e bibliotecas. Com o passar do tempo aprofundi tal tema para alguns trabalhos do curso, focando sempre em pesquisas que fosse no viés da temática, como por exemplo a implementação de políticas voltadas às mulheres negras em Marabá, a violência no ambiente acadêmico sofrida por discentes negras no âmbito acadêmico da UNIFESSPA e estudos sobre as políticas para a saúde da população negra.

Em setembro de 2016 coordenei o “I Workshop em Fortalecimento à Saúde e Cultura da População Negra: o negro no contexto saúde, social e cultural”, esse evento foi produto da Unidade de Ensino Aprendizagem Seminários Integrados I, do curso de Saúde Coletiva. No ano de 2017 cursei a disciplina História e Cultura Afro-Brasileira, no curso de Ciências Sociais da UNIFESSPA<sup>1</sup>. Nessa disciplina tive a oportunidade de ministrar uma roda de conversa para estudantes da Escola Estadual de Ensino Médio Dr. Gabriel Sales Pimenta, onde apresentei o trabalho “Perspectivas

---

<sup>1</sup> Disciplina do curso de Licenciatura em Ciências Sociais, que na ocasião esteve sendo ministrada pela docente Joseline Trindade.

e desafios na promoção da saúde da população negra no ambiente escolar”. Na disciplina pude conhecer algumas autoras que abordam sobre as relações étnico-raciais, como Kabengele Munanga (2004), Cristina Oshai (2018), Jurema Werneck (2010; 2016).

Em janeiro de 2018 fui convidada para participar como bolsista voluntária do Projeto “Diversidade étnico-racial e saúde no Estado do Pará: uma análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN”, coordenado pela professora Cristina Maria Areda Oshai, da Universidade Federal do Pará (UFPA), campus Belém, que teve como objetivo discutir a implantação da PNSIPN no estado do Pará. A professora Solange Cristo fez parte do projeto como professor participante externo, e me orientou como aluna voluntária, onde em conjunto, pesquisamos sobre “Análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no sudeste do Pará”. A partir desse projeto realizamos trabalhos, como: Análise do Plano Plurianual (2014-2017) de Marabá – Pará; Discussões sobre o lugar das questões étnico raciais nas políticas públicas de saúde, reflexões sobre a interrelação entre a marginalização e o acesso à saúde para a população negra. Como resultado apresentamos o trabalho intitulado “Compreendendo o lugar da Política Nacional de Saúde da População Negra no Pará Relações Étnico-Raciais”, na Semana de Atividades Curriculares Parfor/Unifesspa e IV Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão do N’umbuntu: Educações e Processos Formativos: reflexões no âmbito das questões indígenas, de gênero e das relações étnico-raciais; e no Belém+30 XVI Congresso da Sociedade Internacional de Etnobiologia e XII Simpósio Brasileiro de Etnobiologia e Etnoecologia, apresentamos o trabalho intitulado “População negra: meio ambiente e saúde”.

Esse conjunto de atividades e acúmulos conceituais me incentivaram a discutir sobre saúde das populações negras o que resultou nesse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), assim solicitei a orientação da professora Joseline Trindade e fizemos um projeto para discutir a implementação de políticas públicas de saúde para as mulheres negras no bairro São Felix, já que em minhas pesquisas notei que havia poucos debates sobre o tema na cidade. Escolhemos São Felix por ser um bairro periférico, de origem negra e fortemente marcado por trajetórias de pessoas negras, à exemplo, o Grupo de Ação Cultural (GAC) que existe há mais de 10 anos no bairro e vem trazendo importantes reflexões sobre cultura negra juntamente com aquela comunidade.

Apesar desse interesse inicial, ao tentar desenvolver a pesquisa, encontramos algumas dificuldades para ter acesso aos documentos do setor da saúde que pudesse conter dados primários sobre a implantação das políticas, ou dispor qualquer informação que fosse relevante para a pesquisa. No mesmo período iniciei o Estágio Supervisionado Obrigatório II, no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU) juntamente com a equipe de Estratégia de Saúde da Família, atividade essa que demandava maior parte do meu tempo e me impossibilitava de dedicar mais esforços ao bairro São Felix, decidi, então, desenvolver minha pesquisa nesse local. Assim, a proposta desse trabalho é realizar uma análise na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU), buscando compreender como as questões étnico-raciais se inserem nas políticas públicas de saúde na cidade de Marabá?

É necessário ressaltar aqui, aquilo que Kimberlé Crenshaw (2004) chamou de Discriminação Interseccional, que é a combinação de duas formas ou mais de discriminação, no caso discriminação de gênero e discriminação racial que é responsável por muitas mazelas em que as mulheres negras são submetidas. Realizarei esse trabalho como uma tentativa de contribuir com as diversas lutas diárias das mulheres negras em Marabá, que de acordo com o relatório Desenvolvimento Humano para Além das Médias, apresentado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017) é a cidade que tem o pior índice de desenvolvimento humano para as mulheres.

Este trabalho tem o objetivo de “discutir as políticas públicas de saúde para as mulheres negras desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF)”, assim está dividido em três capítulos, sendo que: o capítulo 1 é intitulado “O Sistema único de Saúde e a Intersecção com as questões étnico-raciais” e trata da história de criação do SUS e de como as questões étnico raciais são tratadas nesse percurso; o capítulo 2 é intitulado “A Saúde das Mulheres Negras: O Acesso a Saúde tem cor?” e discute as dificuldades de acesso aos serviços sociais pelas mulheres negras e como isso tem consequências na realidade dessas mulheres, trazendo também a realidade da Amazônia nesse cenário de discriminação interseccional. Já o capítulo 3, trata de como a saúde dessas mulheres é vista e abordada pela Equipe da ESF e é intitulado “A Saúde com ou para as Mulheres Negras em Marabá?”

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar os objetivos propostos nesse trabalho, fiz uma pesquisa bibliográfica a partir da literatura existente, buscando autoras que discutem sobre a realidade das mulheres negras no Brasil, especialmente no campo da saúde pública, como Jurema Werneck e Rita Barata, para compreender os aspectos holísticos que compõe uma realidade tão profunda e desigual, e auxiliar no levantamento de questionamentos.

Realizamos análise de algumas políticas de saúde, principalmente, aquelas que impactam efeitos diretos na vida as mulheres negras são elas: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria Nº 992, de 13 de maio De 2009, e que foi criada pelo Ministério da Saúde como resposta a desigualdade social que essa população está submersa e as constantes lutas que são cada vez mais expressivas por parte desses sujeitos; e, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) ampliada em 2004 com o objetivo de atender as especificidades imposta pelo gênero aos cuidados e atenção à saúde das mulheres.

Realizamos ainda, a análise de dados secundários encontrados nos sistemas de saúde, especialmente, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que apesar de ser um sistema, de certa forma, desatualizado e com alto grau de dificuldade para manuseamento, disponibiliza informações objetivas das desigualdades existentes no País, pois se dizemos que as mulheres negras são as principais vítimas de morte materna, existem os dados oficiais para provar isto. Além disso utilizamos dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e outros dados a nível nacional que são de suma importância para compreensão da realidade.

Na observação de campo, enquanto acompanhava a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o trabalho dos Agente Comunitários de Saúde (ACS) durante a realização do Estágio Supervisionado II, busquei compreender como essas mulheres são cuidadas na prática do acesso aos serviços de saúde.

Para obter respostas concretas a respeito de como essas questões se inserem na execução das ações em saúde, entrevistei a enfermeira chefe da ESF e 50% do corpo de Agentes Comunitários de Saúde, buscando entender como as mulheres negras são atendidas e quais as políticas são implementadas. Entre os

escolhidos para entrevistar priorizei as mulheres, que ao total eram 6 (seis), mas uma encontrava-se de férias e outra estava com sobrecarga de trabalho fazendo planejamento de ações para cobertura e por isso preferiu não se comprometer com a entrevista, assim entrevistamos 4 (quatro) ACS e todas as entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, quando elas encontravam tempo para responder os questionamentos. Essas entrevistas foram gravadas e, conforme solicitação dessas sujeitas, optamos pela não identificação das mesmas para não comprometer o desenvolvimento de suas funções profissionais, tendo em vista que, mesmo que os profissionais não recebem subsídios como capacitação e formação continuada para compreender e atender certas demandas, eles são cotidianamente cobrados como se detivessem tais conhecimentos.

Além da análise dos dados e das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, consegui entrevistar algumas mulheres negras da folha 33 que conheci durante a realização das observações de campo e lá mesmo consegui questionar sobre o acesso aos serviços de saúde. Apesar de não permitir a gravação ou registro fotográfico e não serem discutidas no corpo deste trabalho, deram importantes contribuições para a reflexão acerca do que se passa no interior dos serviços de saúde. Concordando com Minayo, “A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum de identidade com o investigador” (MINAYO, 2001, p.14), assim é importante destacar o comprometimento social desta pesquisa com os sujeitos pesquisados.

As principais dificuldades encontradas, que de certa forma impuseram alguns limites à realização da pesquisa, diz respeito as poucas pesquisas desse caráter realizadas na região. A falta de espaço físico, sobrecarga dos profissionais, ausência de formações e capacitações para os profissionais e os sistemas de informações que estão constantemente desatualizados.

# CAPÍTULO I

## O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A INTERSECÇÃO COM AS QUESTÕES ÉTNICO RACIAIS

### 1.1 O Sistema Único de Saúde: 30 anos de resistência

O objetivo do presente capítulo será de conhecer brevemente como se constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) e como ele se relaciona com a história do povo negro de luta por existência, e, portanto, direito ao acesso à saúde. Refletir sobre a história do SUS significa trazer à tona uma série de discussões relativas as diversas lutas travadas para a concretização do que hoje conhecemos como direito à saúde pública, gratuita e de qualidade. De modo que as últimas décadas foram marcadas por grandes transformações no sistema de saúde brasileiro, que vão desde a criação de uma concepção de saúde pública até a criação de políticas de saúde voltadas aos diversos grupos sociais.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que se tinha de cuidados com a saúde era constituído em torno de categorias profissionais e dependia de um vínculo empregatício com empresa que tivesse parceria com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), e posteriormente com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que vieram a substituir as CAPs.

Após as Caixas e os IAPs, em 1966, fora criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e assim todos com vínculo empregatício foram agregados para a assistência médica. No ano de 1974, foi estabelecido o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), “definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições.” (FLEURY e CARVALHO, 2009)

Sendo assim, a população geral não tinha acesso aos serviços de saúde e mesmo os trabalhadores que possuíam a assistência dos Institutos eram condicionados aos serviços (quantidade e qualidade) disponibilizados na parceria com a empresa. Com o advento da Ditadura Militar, regime marcado por um processo de desarticulação da participação social, além de endurecimento político e econômico e desfavorecimento da população mais necessitada, criou-se um instituto para cuidar

da saúde, entretanto os modelos de serviços de saúde não englobavam a população de forma equânime e universal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com o objetivo de garantir a saúde para todo cidadão independente de raça, classe, gênero e renda. Nessa perspectiva, a regulamentação da saúde como um direito universal justifica a titulação da composição cidadã, a efetivação desse direito é norteada por princípios éticos e organizacionais estratégicos, entre os quais se destaca a participação e controle social, a universalidade e a igualdade do acesso, a integralidade da atenção e a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). É claro que, por vivermos em um País notadamente racista, muitas vezes o SUS não tem revelado seu caráter “universal, integral e equânime”, por isso mesmo dizemos que são 30 anos de resistência.

Portanto, precisamos reconhecer que essa universalização garantida na legislação só foi possível graças as inúmeras lutas praticadas pela população, lutas essas que desencadearam, outros direitos políticos destacando a construção da democracia do país. Nesse campo, cabe lembrar, a saúde teve papel preponderante no ideário de nossa Constituição cidadã.

Desse modo, as lutas para garantir tal direito passaram por diversos debates, entre esses estavam as pautas voltadas para as mulheres negras, pois eram as que mais ficavam as margens das políticas públicas, principalmente, o acesso aos serviços de saúde.

A Constituição Federal e a Lei Nº. 8080/1990 também representam um divisor de águas na concepção de saúde na medida em que atestam as influências de determinantes sociais, e não apenas biológicos, no processo de saúde-doença. Portanto, se anteriormente à implantação do SUS, prevalecia o modelo biomédico e hospitalocêntrico, com práticas de cuidado individualizadas, a nova concepção impôs a necessidade de alteração de tal modelo, com a previsão de ações individuais e/ou coletivas, com ênfase na prevenção de doenças e agravos, na promoção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades, sendo consideradas as especificidades.

Por outro lado, o reconhecimento da diferença é o ponto primordial na elaboração de políticas que de fato possam alcançar uma maior equidade em saúde,

nessa perspectiva a criação do SUS se concretizou como um passo inicial (BRASIL, 2018).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) se deu na perspectiva de reivindicar direitos perdidos na ditadura militar e outros ainda não alcançados. Tendo início na década de 1970, o movimento era baseado em uma integração de ideias que faziam analogia às transformações imprescindíveis no setor saúde. Ressalta-se que essas transformações eram necessárias para a saúde e para qualidade de vida da população.

De modo geral, podemos dizer que esse movimento surgiu da organização da sociedade e dos profissionais do setor que “a partir dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista que, ao incentivar as discussões, buscou encontrar respostas para os dilemas da política nacional de saúde” (BERTOLLI FILHO, 2011, p.63).

No mesmo sentido dos avanços advindos com a Constituição de 1988, os debates sobre as necessidades específicas das populações historicamente marginalizadas (mulheres, negros, indígenas, entre outros...) têm se intensificado cada vez mais, tanto no âmbito da saúde quanto em outras áreas de direitos historicamente negados.

Como afirma Jurema Werneck, “todo o século XX no Brasil foi marcado por diferentes fases e formas de mobilização social em defesa de direitos fundamentais” (WERNECK, 2010, p. 06), onde população negra tem sido grande protagonista dessas diversas lutas sociais, especialmente àquelas ligadas a saúde e a qualidade de vida, mesmo que na prática, poucos avanços se tenham alcançado quando analisamos os mecanismos voltados à superação do racismo e da desigualdade racial.

## **1.2 A Luta da População Negra nas Políticas Públicas de Saúde**

Discutir sobre a saúde da população negra envolve uma série de problemáticas que necessitam ser considerado para se ter o mínimo de legitimidade no assunto. A primeira delas é a marginalização histórica que essa população vem sofrendo desde os tempos da escravização, e a segunda possui uma relação direta de causa e consequência com a primeira, que é a questão do racismo institucional que de acordo com a PNSIPN é

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. (BRASIL, 2013, p. 16)

Desigualdades sociais, de acordo com Barata (2009, p. 11), são 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. Portanto pensando o processo saúde-doença como a resultante de um processo complexo de determinações e mediações entre as diferentes dimensões da realidade é possível compreender as diversas dimensões possíveis na abordagem do problema. (BARATA, 2001, p. 7).

Através da compreensão de que existe uma desigualdade racial, que é possível identificarmos quais fatores condicionam e determinam os problemas responsáveis para tal situação ou seja as desigualdades sociais e raciais estruturam as organizações da sociedade. A Lei 8.080, no artigo 3º define que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

A população negra, historicamente foi e vem sendo colocada às margens do processo de formação do que chamamos de sociedade. Pois foram mais de 300 anos de escravidão do povo negro, depois, com a assinatura da Lei Áurea, esse povo simplesmente foi jogado na rua sem nenhum tipo de assistência, amontoados nos cortiços, nas favelas ou nas periferias, sem acesso à educação, saúde ou qualquer outra política que garantisse o mínimo de existência digna, consequência disso é que:

Na sociedade brasileira, brancos, negros – pretos e pardos – e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que se refletem nos indicadores sociais: negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm menos acesso a bens e serviços sociais. Estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e social, e restrições à participação política. (BATISTA, MONTEIRO e MEDEIROS 2013, p. 682)

A imagem desses sujeitos esteve sempre atrelada ao sujo, ao atrasado, ao marginal, ou a qualquer outro termo que represente o indesejado. Dessa forma, o racismo é caracterizado como:

um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. (BATISTA, MONTEIRO E MEDEIROS, 2013, p. 682)

Apesar de este ser um problema histórico da sociedade brasileira, segundo Werneck, “A vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde chegou à agenda da gestão pública com mais força após a realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995.” (WERNECK, 2016, p. 537) através da força cada vez mais crescente do Movimento Negro, o que nos leva a refletir como, no Brasil, as questões sociais só são consideradas mediante à exigências das organizações civis.

É notável que apesar de todos os problemas apresentados, o povo negro sempre lutou e resistiu, seja por direito a vida ou por qualquer outro direito humano sistematicamente negado. Uma consequência importante, dentre outras várias é que, como apresenta Werneck “grande parte das formulações conceituais de diretrizes e estratégias e da atuação em saúde da população negra teve origem fora do sistema de saúde, a partir da atuação dos sujeitos negros organizados, de suas análises, conhecimentos e valores.” (WERNECK, 2005, p. 539)

A participação da população negra nas lutas para a concretização do SUS, apesar disso observa-se que na prática temos necessidade da implementação de políticas específicas para alcançar as especificidades desse público. De acordo com Werneck,

A defesa do SUS se coloca então como fundamental neste momento. Pois quando falamos de saúde da população negra em seus diferentes aspectos, temos que ter no horizonte a constatação de que sem o SUS muito pouco poderá ser feito. E isto não é uma questão de técnicos, é sim política. As organizações negras e sua mobilização devem explicitar cada vez mais suas pautas e ações de defesa das políticas públicas e do SUS como questão de princípio e de sobrevivência. É preciso pressionar, denunciar, não permitir recuos nas políticas municipais, estaduais e federais. É preciso ter em mente o que já foi feito e já foi dito: ‘Como alguém que tenha vivido entre camponeses ou favelados sabe muito bem, a saúde do povo é influenciada muito mais por políticos, grupos de poder e pela distribuição da terra e da riqueza do que é pela prevenção e tratamento de doenças’. (WERNECK, 2010, p. 21)

Sendo assim, observamos que a promoção da saúde da população negra passa a ser entendida em sua especificidade a partir, principalmente, da ação do Movimento Negro. Já as reivindicações das mulheres negras passaram pela necessidade de reconhecimento deste segmento nas políticas de promoção da igualdade racial e a incorporação da saúde da mulher negra no SUS.

Por outro lado, há que se destacar também a vulnerabilidade social em que as mulheres têm sido colocadas nesse País desde à sua constituição, e especialmente as mulheres negras, que foram escravizadas, violentadas e dizimadas durante 300 anos e que ainda hoje tem suas existências negadas diante da constituição de políticas públicas.

### **1.3. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**

Apesar de ser um problema crônico há séculos, ainda existe inúmeras tentativas de invisibilização da questão, assim como houve durante muito tempo a tentativa de apagamento deste povo e de suas especificidades, principalmente através das teorias do “branqueamento” e da democracia racial. Heringer (2002, p. 8) afirma que “por toda nossa história nacional de negação do racismo como problema, de confinamento dos negros aos espaços mais degradados da sociedade e de mascaramento da discriminação latente através de uma suposta valorização da cultura negra” é que hoje é tão complexo desenvolver ações afirmativas que realmente venham a enfrentar o racismo.

Uma das estratégias criadas para enfrentar iniquidades em saúde referentes a população negra foi a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), através da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, visando “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS.”.

Portanto, entende-se como *política* uma dada distribuição do poder no Estado, na sociedade e instituições (PAIM, 2006, p. 36). As políticas públicas se consolidam por meio do protagonismo dos sujeitos sociais e de ações institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. De acordo com Heringer,

As políticas de ação afirmativa são instrumentos desenhados na perspectiva da promoção da igualdade, em situações concretas,

geralmente tendo como unidade de implementação uma instituição pública ou privada (empresa, prefeitura, universidade, ONG, cooperativa etc.). (HERINGER, 2002, p. 9)

Somente através da implementação sistemática de políticas de ações afirmativas que pressuponha “a geração de informações desagregadas, bem como a tomada de decisão em oposição ao *status quo* produtor ou mantenedor das desvantagens.” (WERNECK, 2016, 540) em todas as esferas da sociedade é que será possível a compreensão holística da desigualdade racial nesse país e a criação de uma estrutura antirracista.

A PNSIPN é uma medida compensatória que tenta minimizar a discriminação e as desigualdades, sofridas pelo meu povo negro. Tendo em vista, a história de desigualdades, principalmente racial, isso acaba refletindo diretamente no acesso à saúde. Desta maneira, o reconhecimento social e político transcorre em decorrência da compreensão das especificidades da saúde da população negra.

Nessa perspectiva ressalto que a construção da PNSIPN é um importante marco que apesar de existirem muitas dificuldades em sua implementação, como aponta diversos estudos (NOGUEIRA, 2016; OSHAI, 2018), é um importante instrumento conquistado pelo Movimento Negro, especialmente, das mulheres negras. Ao reconhecer o racismo institucional, as desigualdades raciais e o racismo de forma geral, a PNSIPN elenca uma serie de diretrizes e ações que devem ser implementadas nas esferas federal, estadual e municipal para um combate eficaz das desigualdades étnico-raciais.

Em concordância com Barata (2009), as políticas propostas para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde variam em função da compreensão que se tenha do problema. Deste modo, uma política de saúde com as características do Sistema Único de Saúde procura, através da realização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, compensar, no plano do consumo, as desigualdades produzidas pela organização social. (BARATA, 2001, p.7)

O protagonismo das mulheres nas lutas sociais é inegável, principalmente quando se trata de uma sociedade machista que invisibiliza a participação das mulheres é importante destacar que a luta das mulheres negras, especialmente a partir do feminismo negro, se fez de suma importância para a conquista da PNSIPN, além de outras políticas e diversas ações e estratégias de combate ao racismo e à qualquer desigualdade social.

Com o debate iniciado na década de 1970 o Feminismo Negro promoveu o protagonismo das mulheres negras em busca de visibilizar suas demandas. Considerando suas especificidades em relação de gênero, classe e raça. Assim sendo, afirmamos que as “Mulheres negras vêm historicamente pensando a categoria mulher de forma não universal e crítica, apontando sempre para a necessidade de se perceber outras possibilidades de ser mulher”. (RIBEIRO, 2016, p. 02)

Desde antes do nascimento as mulheres já são condicionadas à um papel social, um comportamento específico que anula, invisibiliza, oprime e até mata outras possibilidades de ser mulher e por ser mulher. Ainda de acordo com Ribeiro,

“A pessoa achar que machismo não existe não muda o fato de que a cada cinco minutos uma mulher é agredida no Brasil segundo o Mapa da violência de 2012. São mulheres sendo mortas pelo simples fato de serem mulheres. (...) São de vidas de pessoas que estamos falando, e não de preferências gastronômicas.” (RIBEIRO, 2018, p. 34).

Quando se nasce mulher negra é ainda mais complicado, pois além de todo um sistema machista imposto, existe ainda todo um sistema racista que violenta cotidianamente esta mulher. E, há ainda a questão da pobreza, que acomete maior parte da população negra e que dificulta ainda mais a existência de um sujeito que já nasce condicionado. Ressaltamos que nos serviços de saúde essas questões se acumulam, pois a saúde é uma das áreas que mais há comprovações da atuação do racismo como mecanismo de clivagem no atendimento (FERREIRA, 2018).

Reflete-se a importância de abordar esses fatores constantemente, para que as mulheres que sofrem descaso em qualquer departamento, sendo público ou privado, reconheçam e denunciem. É preciso um comprometimento dos profissionais para um atendimento integral e livre de qualquer tipo de preconceito e discriminação. Não só os usuários e os profissionais têm que estar atentos as situações que impossibilita um atendimento universal, o Estado também tem obrigação de dispor subsídios para o desenvolvimento dessas ações.

Salientamos que para enfrentar os mecanismos que são responsáveis pelas diversas formas de opressões é preciso estabelecer debates que englobam a equidade, igualdade, integralidade e a universalidade em aspectos que tange as retratações de raça e gênero.

## CAPÍTULO II

### A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS: O ACESSO À SAÚDE TEM COR?

“Sempre é essa questão, ‘a gente vai discutir os problemas maiores e depois a gente discute essa questão’, sem entender que não tem problema maior no Brasil hoje do que discutir o racismo, que acaba gerando várias desigualdades. Num País em que a cada 23 minutos um jovem é assassinado, num País em que aumenta em 54% o feminicídio de mulheres negras, o que é a grande questão?” – Djamila Ribeiro<sup>2</sup>

Discutir a saúde das mulheres negras não se trata de uma questão somente epistemológica, mas de uma necessidade, em escala crescente, de entender como o racismo afeta diariamente a vida das populações mais marginalizadas. É necessário destacar aquilo que estamos conceituando como racismo, segundo Kabengele Munanga,

o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, lingüísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo a qual ele pertence. De outro modo, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são conseqüências diretas de suas características físicas ou biológicas. (MUNANGA, 2004, P.8)

Historicamente, a nossa sociedade constituída em privilégios machistas, racistas e eurocêntricos, tem produzido e reproduzido uma serie de iniquidades sobre as existências dos/as sujeitos/as que não atendem esse padrão privilegiado.

as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos. (WERNECK, 2010, p. 76)

Acontece que mesmo tendo, na teoria, políticas que englobam as necessidades desses sujeitos, elas não conseguem alcançar a intersecção de gênero e raça que além de possuir características particulares, possuem também variados

---

<sup>2</sup> Djamila Ribeiro em entrevista a Luís Eduardo Gomes do Sul21 em agosto de 2018, disponível em <<https://www.geledes.org.br/djamila-ribeiro-nao-tem-problema-maior-hoje-no-brasil-do-que-discutir-o-racismo/>> acesso em 14 de maio de 2019.

contextos, ainda mais se levar em consideração que as políticas existentes encontram-se em estado de sucateamento, abandono, esquecimento e muitas vezes até rejeição. Não queremos dizer com isso que esses sujeitos não tenham realizado intensas lutas e resistências em prol do direito ao acesso à saúde e ao atendimento de suas especificidades, considerando aqui, a definição de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1974, no qual define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade".

“No entanto, as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas” (WERNECK, 2016, p. 540).

A luta por melhores condições de vida e de saúde da mulher negra entrelaça nossa trajetória e perpassa toda a história desse País. É preciso lembrar que, quando falamos na saúde da mulher negra, não podemos esquecer que saúde não se limita apenas ao modelo biomédico, é um conceito amplo que se constitui em necessidade de existência, qualidade de vida e bem-estar, de modo que as iniquidades raciais são determinantes na existência das populações mais marginalizadas, seja pelo descaso ou pela falta de acesso, por isso é importante destacar que quando falamos de marginalização estamos falando sobre os/as sujeitos/as que historicamente tem ficado às margens de produtos e serviços essenciais para a reprodução da vida.

No âmbito da saúde gestacional, tanto a saúde pública quanto a privada cometem atrocidades contra as gestantes, gerando assim a violência obstétrica, (FERREIRA, 2018, p. 9) onde as mulheres negras têm sido as principais vítimas. Essa violência, é evidenciada através de violações acometidas no procedimento, abordagem e assistência do parto. De acordo com Vitória Ferreira, violência obstétrica

destaca-se por ser um tipo específico de violência contra a mulher, é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui a perda da autonomia e decisão sobre seus corpos, além de compreender o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, como a realização de práticas dolorosas e desagradáveis que não possuem embasamento científico. Alguns exemplos dessas práticas são tricotomia (raspagem de pelos pubianos), indução do trabalho de parto, episiotomias de rotina (corte cirúrgico feito na região do períneo feminino), realização de enema (lavagem intestinal) e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto. (FERREIRA, 2018, p. 9)

Quando nos referimos sobre a saúde da mulher negra na gestação, precisamos refletir sobre as disparidades sociais, onde destaca-se que “60% da mortalidade materna ocorre entre mulheres negras, contra 34% da mortalidade entre mães brancas”. (ALENCASTRO, 2019) e que ainda “entre as atendidas pelo SUS, 56% das gestantes negras e 55% das pardas afirmaram que realizaram menos consultas pré-natal do que as brancas.” (ALENCASTRO, 2019).

É importante destacar que mesmo com os mínimos avanços atuais, esses são frutos de intensas lutas, e que ainda assim não representam, nem de longe, um cenário ideal. Pois a violência contra a mulher é instituída com um grave problema de saúde pública, que viola seus direitos de reprodução ameaçando seu desenvolvimento na sociedade e repercutindo nos diversos âmbitos de sua vida.

## **2.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM: a Política da inclusão ou da exclusão?**

As mulheres, por volta das décadas de 1960 e 1970, começaram a desconstruir as representações de “ser mulher” ao qual estiveram tradicionalmente inseridas, entrando para o mercado de trabalho, estudando e se incorporando nos espaços que antes era integralmente definido como do homem. O que era destinado para as mulheres enquanto política fazia parte de padrões morais, onde as mulheres deviam ser “mães exemplares”. Portanto, as mulheres foram em busca do controle em relação à fecundidade e aos métodos contraceptivos, além de direitos a participação da vida pública, saindo assim da esfera “do lar”, a partir daí a mulher começa a se integrar nos espaços, mesmo que timidamente.

A luta das mulheres pela participação na política no Brasil, historicamente transcorreu diversas barreiras, destacando nessa época a desigualdade de gênero, mas foi a “partir dos anos 1970, verificaram-se profundas transformações, tanto no que diz respeito à visibilização de demandas políticas antes silenciadas, quanto à forma com que estas passaram a ser apresentadas por diferentes grupos sociais” (SEPPIR, 2012)

No que tange, especificamente, à saúde da mulher existem vários conceitos que perpassam desde “concepções mais restritas, que abordam apenas aspectos da anatomia e biologia do corpo feminino, até concepções mais ampliadas, que interatuam com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania”. (BRASIL, 2004).

Nessa trajetória de debate sobre a saúde das mulheres negras destacamos momentos históricos como: I Encontro Nacional de Mulheres Negras, realizado em 1988 na cidade de Valença, interior do estado do Rio de Janeiro. O encontro mobilizou 440 representantes de 19 estados, onde a discussão englobou demandas acerca do “lugar da mulher negra”, dando pontapé aos debates sobre o feminismo negro; em 2000 a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, que teve como pauta o enfrentamento das desigualdades de gênero e; a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada no ano de 2007, produziu as diretrizes do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM).

Nas reuniões auto organizadas as mulheres debatiam sobre como as desigualdades de gênero, política, econômica e social se revelam nas relações entre homens e mulheres, e conseqüentemente, acarretam problemas de saúde. Tais discussões, seja na esfera local, regional ou nacional tem mobilizado a organização e a luta de mulheres por todo o País.

Contudo, não podemos esquecer de citar a base desses marcos, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que teve início na década de 1970, na luta pela democracia e saúde, que através da discussão provocada pelo movimento o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi avançando, e em 1984 ocorreu sua implementação.

O PAISM integrou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo

ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984, p. 18).

Essa proposição leva o cuidado à saúde da mulher para outro patamar, de não apenas tratamento, mas também de diagnóstico, prevenção e ações educativas. No ano de 2004 o PAISM, passou por um processo de ampliação, sendo transformado

na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), passando assim de programa para política nacional, com os seguintes objetivos:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004, p. 67)

Em uma das diretrizes da PNAISM, observa-se que a política

deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (Brasil, 2004, p. 64).

Por estar redigido no texto da PNAISM a integração das mulheres negras, podemos dizer que essa política inclui essa população? A realidade da saúde pública no Brasil tem nos revelado uma prática muito diferente da teoria, que persiste apesar da constante luta das mulheres negras por melhores condições de existência.

## **2.2 A Mulher negra e o protagonismo na luta pelo direito à saúde**

O protagonismo das mulheres negras ampliou sua visibilidade nos anos 70, momento em que “verificaram-se profundas transformações, tanto no que diz respeito à visibilização de demandas políticas antes silenciadas, quanto à forma com que estas passaram a ser apresentadas por diferentes grupos sociais” (SEPPIR, 2012). Não se trata de uma questão recente, mas de uma luta histórica para a construção de sujeitas que saíram da esfera privada, ao qual foram condicionadas, para lutar por direitos e participação na esfera pública. Sendo assim, concordamos com Rocha quando afirma que:

É inegável a contribuição das mulheres na construção da democracia e da cidadania, não apenas por elas se constituírem na maior parcela da população brasileira, mas pela possibilidade concreta de agregar a sua experiência, a sua história e a sua sensibilidade à elaboração de leis e à construção de políticas públicas sob a ótica da equidade de gênero e, por isso mesmo, transformadoras das relações sociais. (ROCHA, 2010, p. 13)

O Brasil é constituído, desde a invasão dos “colonizadores”, por uma estrutura patriarcal, onde a mulher foi reservada aos espaços privados e a vida pública era “coisa de homem”, assim as políticas elaboradas não eram apenas feitas por homens, mas também para homens. Foram necessárias muitas lutas das mulheres, intituladas de bruxas, loucas e feministas, para que essa realidade começasse a ser modificada e somente em 1932 que o direito ao voto foi conquistado.

Apenas com o Estatuto da Mulher Casada de 1962 (BRASIL, 1962), que à mulher foi dado a liberdade econômica, já que anteriormente só poderia exercer qualquer atividade profissional com a autorização do marido. Por outro, as mulheres negras sempre estiveram no “mercado de trabalho”, sejam escravizadas ou como empregadas domésticas servindo e re-existindo.

A luta das mulheres negras, intitulada também de feminismo negro, no Brasil, perpassou muitos problemas evidenciados até os dias de hoje, que apesar de costumeiramente falarmos de “passado” e “reparação histórica”, se trata de uma questão atual que violenta diariamente as mulheres negras nesse país. Afinal, temos apenas 131 anos de “liberdade” e como diz Yzalu, na letra da música “Mulheres Negras”:

Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo  
As negras duelam pra vencer o machismo, o preconceito, o racismo  
Lutam pra reverter o processo de aniquilação  
Que encarcera afrodescendentes em cubículos na prisão  
Não existe lei maria da penha que nos proteja  
Da violência de nos submeter aos cargos de limpeza  
De ler nos banheiros das faculdades hitleristas  
Fora macacos cotistas?

Digo com propriedade que atualmente ainda vivemos problemas antigos, problemas esses que as gerações de mulheres negras lutaram para acabar, mas que persiste, violenta e executa Marielles e Cláudias diariamente. Tais questões levam a reflexão acerca de como lutar por direitos básicos, como acesso à saúde, em um cenário de luta por garantia da vida?

A luta é uma constante na vida das mulheres negras, não atoa, temos tantos direitos conquistados que nos permitem ter melhor qualidade de vida. Nessa luta, é importante destacar em que cenário foi forjado a experiência de construção das mulheres negras nesse país, vendidas como mercadoria de péssima qualidade,

açoitadas, estupradas, criando filhos das mulheres brancas enquanto viam seus filhos serem vendidos também como escravos.

No caso das mulheres negras e suas lutas, é possível considerar que tais formas organizativas tiveram participação importante na organização da série de ações de resistência à escravidão empreendidas ao longo dos séculos que durou o regime no Brasil, tanto aquelas ações cotidianas de confronto entre senhores e escravos, como as fugas individuais e coletivas, os assassinatos (justiçamentos) de escravocratas mulheres e homens, as revoltas nas fazendas e as revoltas urbanas lideradas por africanos e afro-brasileiros que marcaram a história do país e deram uma feição especial a todo o século XIX. (WERNECK, 2016, p. 87)

Quando “libertas”, deixaram de ser propriedade dos senhores, mas foram expulsas das casas e fazendas sem direitos, bens, moradias, ou qualquer outra coisa que permitisse sobreviver, sendo obrigadas a re-existir. “Com o fim da escravidão e do regime colonial, a luta das mulheres assumiu outras frentes, voltadas para a garantia de participação de negras e negros na sociedade brasileira em condições de equidade.” (WERNECK, 2016, P. 88)

Além de problemas estruturais, como a pobreza e a miséria a que as mulheres negras estão expostas, são problematizadas a naturalização do racismo e do sexismo como parte das injustiças contra mulheres negras que permanessem invisibilizadas em nossa sociedade. Mais estritamente relacionados à questão de saúde e gênero, aponta-se a permanência do descaso com doenças de maior prevalência na população negra, o impacto do racismo na saúde mental, os estereótipos e a violência (SOUZAS, 2010, p. 04)

Essa resistência, ao qual as mulheres negras foram obrigadas a construir modificaram, ainda que minimamente, as estruturas desse país, afinal a mudança não é fruto de uma bondade dos privilegiados, mas consequência da luta dos excluídos. Atualmente, ainda temos diversos problemas que estão atrelados a desigualdade social, racial e política.

[...] Mulheres e homens; populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Diante de tal constatação, é essencial que, no campo das políticas públicas ou institucionais, o processo de definição de diretrizes e metas não restrinja o conceito de igualdade ao seu aspecto formal e que seja considerado o impacto de preposições e ações sobre grupos populacionais específicos. (LOPES, 2005, p. 1599)

Quando uma sociedade reproduz costumes que originam as desigualdades, ferem com isso não apenas o direito ao acesso aos serviços, mas o direito à vida, no qual as mulheres negras lutam para garantir diariamente.

### 2.3 Desigualdades Regionais: as realidades das mulheres negras na Amazônia

É necessário destacar que quando falamos de mulheres negras, não queremos dizer que se trata de uma demanda única e universal, pois existem diversas formas de ser mulher negra em um país tão grande e diverso. Queremos dizer apenas que no que diz respeito ao enfrentamento da intersecção de racismo, machismo e sexismo, essas diferentes realidades se aproximam, forjando a identidade dessas sujeitas na labuta do dia a dia.

Sabemos que tem sido a partir de condições profundamente desvantajosas em diferentes esferas que as mulheres negras desenvolveram e desenvolvem suas estratégias cotidianas de disputa com os diferentes segmentos sociais em torno de possibilidades de (auto)definição. Ou seja, de representação a partir de nossos próprios termos, a partir do que se projetam novos horizontes. Estratégias que deviam e devem ser capazes de recolocar e valorizar nosso papel de agentes importantes na constituição do tecido social e de projetos de transformação. (WERNECK, 2016, p. 83)

A Amazônia é uma região fortemente marcada pela presença de comunidades indígenas, já que existem no Brasil em torno de 305 povos indígenas e mais da metade deles vivem na Amazônia Brasileira (WATSON, 2018), e também pela presença de muitas comunidades quilombolas que se constituíram em oposição ao período da escravidão, onde de acordo com a Fundação Cultural Palmares (FCP, 2019) “o Brasil possui mais de 3.300 quilombos certificados.”

Além disso, na atualidade a Amazônia é marcada por intensos períodos de migração incentivados e patrocinados pelo Estado, que com a desculpa de desenvolver a região, implantou grandes projetos de desenvolvimento capitalista e atraiu grande parte da população pobre deste país que sonhava com melhores condições de vida. Que na perspectiva de Silva

as populações locais e regionais ficaram invisíveis ou só foram vistas através de estereótipos e preconceitos. ‘Índios, negros (quilombolas) e caboclos têm sido considerados nos planos e nos projetos econômicos criados para a região como sendo portadores de uma cultura pobre, primitiva, tribal e, portanto, inferior’ (SILVA, 2006, p. 40)

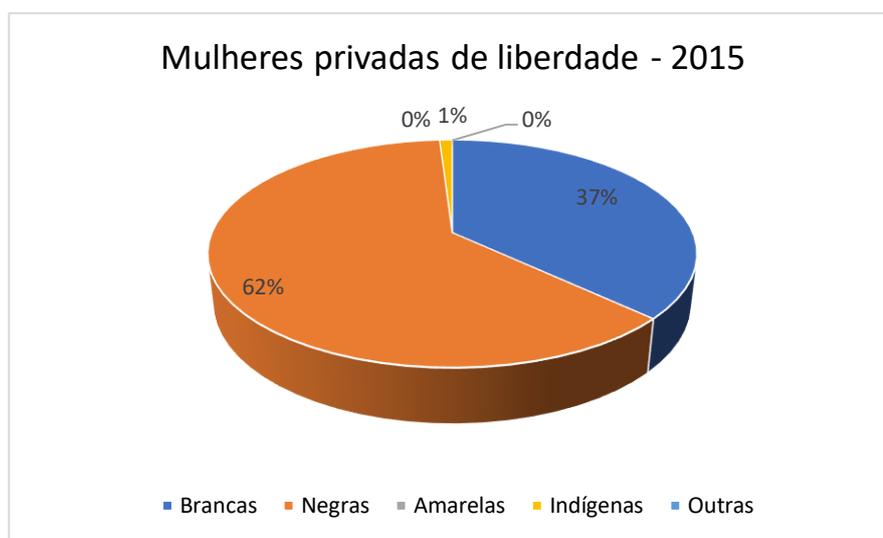
Esses projetos de exploração da Amazônia, que persistem ainda hoje violentando as comunidades locais, produzem um contexto totalmente particular ao restante do País, já que essa região é sempre vista como fonte de lucro, sem levar em consideração que esses projetos afetam drasticamente a vida das pessoas. Outro ponto importante dessa discussão é que a Amazônia, talvez por conta da distância do eixo sul do país ou simplesmente por não ser de interesse do Estado, é colocada as

margens das políticas públicas para a população, produzindo assim um certo “atraso” em relação ao restante do País.

Sendo assim, existem diversas formas de ser mulher negra na Amazônia, que é muito diferente de ser mulher negra nos morros do Rio de Janeiro, mas também é uma representação que se constrói a partir das lutas diárias e das aspirações de novos horizontes. É um reconhecimento construído em contraste com o outro, pois ser mulher negra é uma resistência dupla frente aos privilégios dessa sociedade meritocrática, já que é preciso resistir ao machismo e ao racismo que nos impregna os piores índices sociais. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015), em 2013 havia uma população de 59,4 milhões de mulheres negras no Brasil, constituindo 51,8% da população feminina total e 27,7% da população total.

De acordo com o Levantamento de Informações Penitenciárias, do Ministério da Justiça e Segurança Pública (2018), em 2015, as mulheres negras representam 62% do total de mulheres privadas de liberdade.

**Gráfico 1. Raça, cor ou etnia das Mulheres Privadas de liberdade**



Fonte: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2018.

Mesmo depois do período da escravidão quando todo o contexto de inúmeras violências foi teoricamente encerrado, não existiu uma política sequer de reparação das desigualdades impostas, assim para as mulheres negras têm sido historicamente imposto os piores índices sociais, não à toa representam maior parte da população feminina encarcerada, muitas vezes, por conta do racismo institucional ou pela falta de acesso a bens e serviços que impossibilita melhores condições de vida.

No que diz respeito a taxas de analfabetismo, de acordo com dados do IPEA (2017) também em 2015, apenas 4,9% das mulheres brancas eram analfabetas, enquanto as mulheres negras, eram 10,2%. Já a taxa de desocupação das mulheres,

era de 11,6% – enquanto a dos homens foi de 7,8%. No caso das mulheres negras, a proporção chegou a 13,3% (a dos homens negros, 8,5%). Os maiores patamares encontram-se entre as mulheres negras com ensino médio completo ou incompleto (9 a 11 anos de estudo): neste grupo, a taxa de desocupação em 2015 foi 17,4%. (IPEA, 2017, p. 2)

Isso não significa, porém, que as mulheres negras estejam fora do mercado de trabalho, mas estão desempenhando atividades subalternas, principalmente como domésticas, já que este emprego remunerado é a ocupação de 18% das mulheres negras (IPEA, 2015). Isso sem contar com as diaristas ou com aquelas em situação ainda mais precária que fazem “bico” ou atividades domésticas semelhante.

no caso de saúde da mulher, a oferta ainda é precária e revela a permanência da desigualdade de acesso entre mulheres brancas e negras, entre aquelas residentes nas áreas urbanas e rurais e entre as regiões mais pobres do país, como a Norte e Nordeste, onde se situa a maior parte da população vivendo abaixo da linha de extrema pobreza. (IPEA, 2011, p. 23)

No caso da região norte, que compreende também a região Amazônica, as mulheres negras também são inferiorizadas em relação às mulheres brancas, aos homens negros e também aos homens brancos, além de terem menos acesso a serviços e direitos que as mulheres do restante do país. O gráfico a seguir nos mostra que as mulheres do norte e nordeste trabalham por mais tempo que as mulheres do Brasil, em geral, e do que as mulheres do sul, sudeste e centro-oeste. Além disso, o gráfico mostra que as mulheres negras em geral, trabalham mais que as mulheres brancas e que as mulheres e todo o país trabalham mais que os homens, isso de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por domicílio contínua, do IBGE, de 2016.

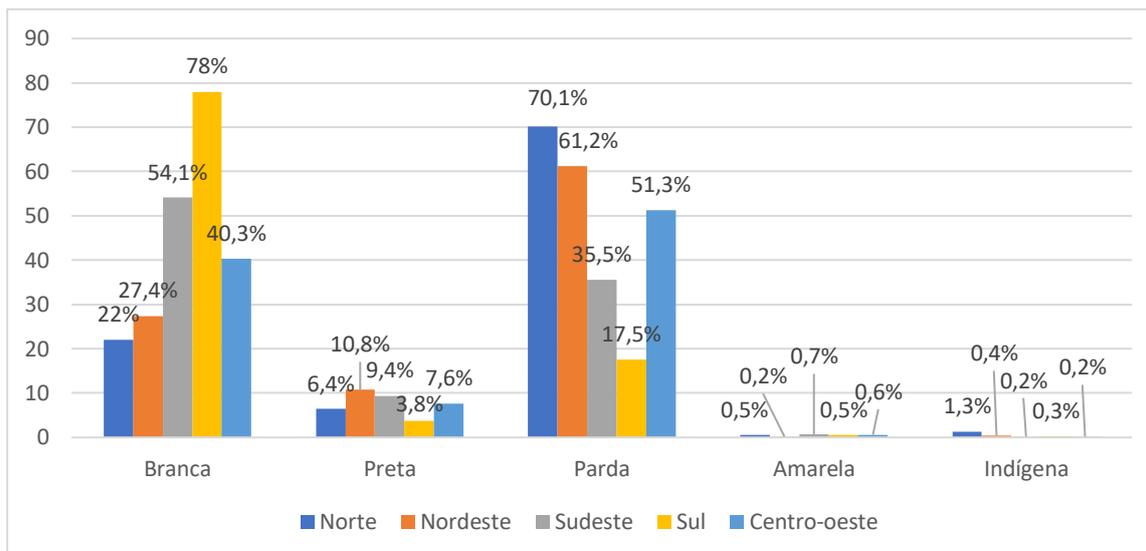
**Gráfico 2. Proporção de ocupados por tempo parcial, na semana de referência, por sexo (%)**



Foto: reprodução

Nesse sentido, é necessário destacar que de acordo com os dados do último Censo Demográfico (IBGE, 2010) existe uma desigualdade regional entre o norte e nordeste e o restante do país e nessas regiões, as mulheres negras representam maior parte das mulheres, sendo 76,5% e 72% (IPEA, 2015).

**Gráfico 3. Distribuição percentual da população feminina segundo cor/raça e região - 2015**



Fonte: IPEA, 2017

No que diz respeito a renda, a parcela da população que não possui rendimento, ou que esta renda per capita é de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo

Destacaram-se o Norte (28,5%) e Nordeste (28,6%), bem distantes das demais regiões, que se situaram de 12,5% a 17,4%. Na faixa de mais de cinco salários mínimos de rendimento mensal domiciliar per capita encontravam-se 6,5% dos domicílios. Este indicador alcançou 8,3% nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste e 7,1% na Região Sul, bem acima dos percentuais encontrados para as regiões Norte (3,6%) e Nordeste (3,2%). (IBGE, 2010)

Em outras palavras, significa dizer que a parcela mais pobre da população brasileira está localizada no norte e nordeste, ao mesmo tempo em que é também no norte e nordeste que está concentrada a maior parte da população negra. Aqui, destacamos a afirmativa de Ribeiro:

A pessoa achar que não existe racismo no Brasil não muda o fato de que, em 2013, negros ganharam 54,7% do salário de brancos, segundo pesquisa do IBGE, Não muda o fato de que o assassinato de jovens negros no Brasil é 2,5 vezes maior que o de jovens brancos, segundo o Mapa da Violência de 2012. Ou de a maioria da população negra ser pobre por conta do legado da escravidão. (RIBEIRO, 2018, p. 34)

O Pará, ainda de acordo com dados do último Censo (IBGE, 2010) é o estado brasileiro com maior quantidade de pessoas pretas e pardas com um total de 76,7% dos paraenses que se autodeclaram pretos ou pardos. Tal dado é importante para pensar a realidade das políticas implementadas, principalmente no interior do estado, pois se a população negra que vive no centro sul do país é marginalizada, é interessante pensar nas populações distantes, onde o acesso é mais precário.

Retomando a questão inicial deste capítulo “o acesso à saúde tem cor?” e considerando que o racismo institucional, a violência obstétrica, o difícil acesso e o

racismo de maneira geral são presentes e latentes nos serviços de saúde podemos assim concluir que, mesmo o SUS sendo um sistema que institui os princípios de universalização, equidade e integralidade, o serviços de saúde disponibilizados para a sociedade ainda permeia práticas racistas e excludentes, procedendo de um acesso incompleto e desigual perante as disparidades sociais, portanto visualizamos através desse estudo que o acesso a saúde é determinado pela cor, classe social, fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais.

Frisamos ainda, que o SUS é um sistema de saúde que está em desenvolvimento contínuo, e que apesar das desigualdades existentes para ter o acesso integral e com qualidade, ele é uma avançada tecnologia de saúde pública e é primordial para a garantia do direito à saúde para a população brasileira.

## CAPÍTULO III

### A SAÚDE COM OU PARA MULHERES NEGRAS EM MARABÁ?

#### 3.1 Situando Marabá

O Município de Marabá, situado no sudeste do Pará, região Amazônica, as margens dos Rios Itacaíunas e Tocantins, é composto por uma população heterogênea, fruto dos processos de migração, incentivados e patrocinados pelo Estado, que criou grandes projetos de “desenvolvimento” da Amazônia e atraiu expressivos sonhos do povo pobre deste país. Deste modo, concordamos com Silva afirmando que:

A implantação de infra-estrutura rodoviária fez parte da estratégia do governo federal de integrar a região ao resto do país. Além disso o plano de colonização agrícola oficial, a instalação de canteiros de obras, especialmente a construção da barragem de Tucuruí e a implantação do projeto Grande Carajás, a descoberta da mina de ouro de Serra Pelada, aceleraram e dinamizaram as migrações para Marabá nas décadas de 70 e 80. (SILVA, 2006, p. 63).

Também no período de escravidão e pós-escravidão, “no baixo Tocantins, houve uma concentração de população escrava negra e quilombos” (SILVA, 2006, p. 53) que, juntamente com os indígenas, são a base da população local.

a presença negra no baixo Tocantins serve de base para nossa afirmação de que muitos migrantes que de lá vieram para Marabá eram negros, que trouxeram sua contribuição cultural, pois, encontramos nas práticas e valores culturais veiculados em Marabá relações com as tradições daquela região. (SILVA, 2006, p.54).

O significado do nome Marabá, tem ligação direta com a cultura indígena, pois “a denominação Marabá tem origem indígena e significa filho do prisioneiro ou estrangeiro, ou ainda o filho da índia com o branco”, (MARABÁ, S/A) que, no caso, não faz referência à presença da população branca em si, mas da não-indígena (Branca, Preta, Parda...). Marabá é também nome de um poema escrito por Gonçalves Dias que, de certa forma, influenciou Francisco Coelho a colocar o nome em seu armazém, que foi também um marco inicial para o surgimento da cidade. (MARABÁ, S/A)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> MARABÁ. História do município. S/A. Disponível em: <<http://www.maraba.pa.leg.br/institucional/maraba/historia>> acesso em 15 de outubro de 2019.

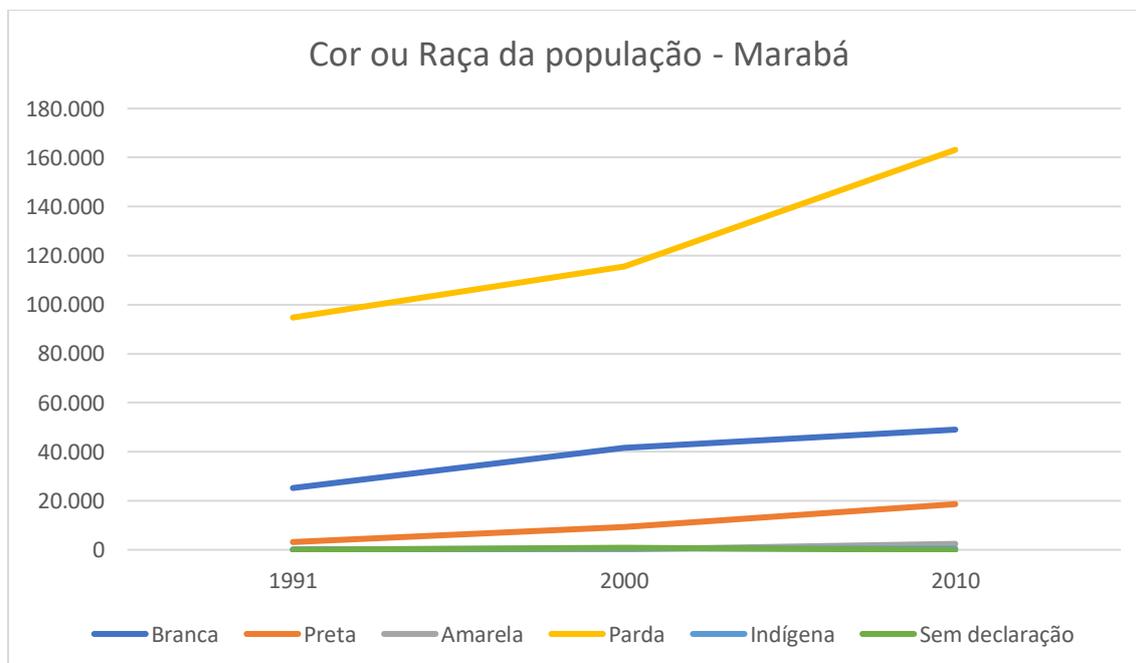
De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), estima-se que a população residente em 2015, era em torno de 261.071 pessoas, dividida em 133.470 homens e 127.601 mulheres. Já em 2018 a estimativa é de 275.086 pessoas, mas não temos o indicativo de acordo com o sexo.

As mulheres são metade da população, mas a realidade ainda é muito desigual, seja no enfrentamento às violências físicas e psicológicas, na realização de jornadas duplas, na desigualdade salarial e em várias outras demandas.

“[...] Mulheres e homens; populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Diante de tal constatação, é essencial que, no campo das políticas públicas ou institucionais, o processo de definição de diretrizes e metas não restrinja o conceito de igualdade ao seu aspecto formal e que seja considerado o impacto de preposições e ações sobre grupos populacionais específicos.” (LOPES, 2005, p. 1599)

Por outro lado, o mapa de estatísticas do Governo do Estado do Pará, de 2016, mostra que essa população é constituída, em sua maioria, por pessoas pardas, de acordo com os três últimos Censos Demográficos do IBGE, como verificamos no gráfico a seguir:

**Gráfico 4. População residente em Marabá, segundo cor ou raça**



Fonte: GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2016.

É preciso lembrar que ao longo da história, ser negro tem sido considerado ruim, pois o ser negro sempre foi atrelado ao sujo, marginal e indesejado, como aponta as expressões “mercado negro”, “a coisa tá preta”, “ovelha negra”, “nuvem negra”. Assim maior parte da população ainda hoje tem muita dificuldade de se afirmar enquanto negro/negra, de modo que a identificação parda “suaviza” o ser negro.

É possível perceber, no gráfico, que a população negra constitui parte significativa da população Marabaense, e mais, retomando aqui a discussão apresentada pelo relatório Desenvolvimento Humano para Além das Médias, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017) que diz que Marabá tem o pior índice de desenvolvimento humano para as mulheres, fica claro que são as mulheres negras as que mais sofrem nesse cenário de desigualdades.

Os grandes problemas causados pelo racismo, existem e são facilmente observáveis, mesmo que a cortina da democracia racial permaneça como uma tentativa de desqualificar ações e discursos que evidenciem o racismo, concordando com Djamilia Ribeiro, “Continuar no achismo apesar da desigualdade latente sendo mostrada é concordar com essa desigualdade. Negar a existência de fatos sociais e ridicularizar lutas históricas por equidade não é dar opinião, é compactuar com a violência” (RIBEIRO, 2018 p. 35).

### **3.2 Serviços e Redes de Saúde: a atenção Básica em Foco**

Para discorrermos sobre a saúde em Marabá, evidentemente, temos que retratar o fluxo de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim, o nível primário é a porta de entrada para o SUS, onde é representado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nesse nível as atividades se desenvolvem através de marcação de consultas, práticas de procedimentos simples e exames básicos. O nível secundário é composto pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, podendo ser, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centro Especializado, Hospitais de urgência e emergência. Já no nível terciário os atendimentos são desenvolvidos na alta complexidade, através de um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo, destacando o acesso da população aos serviços caracterizados de nível terciário, visando unificar ao nível primário e secundário, sob a visão de um serviço de redes.

Essas redes de atenção à saúde são organizações que dividem o conjunto de serviços de saúde. Desenvolvendo assim, a atenção de forma integral e continuada “com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos”. (MENDES, 2010, s/p.).

Ainda de acordo com Mendes (2010) esse funcionamento ocorre “de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população”.

Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Básica é regida pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, determina a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família- ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS. (BRASIL,2012).

“A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2012). Ainda de acordo com a PNAB, para o funcionamento de uma ESF é preciso ter, teoricamente,

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; (BRASIL, 2012).

Nessa equipe multiprofissional, um dos profissionais de grande importância é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que desenvolve suas atividades diretamente com a população, fazendo o intercâmbio entre os serviços de atenção básica e a população através de visitas domiciliares e acompanhamento das demandas da população de sua área. Como afirma um dos profissionais entrevistados na pesquisa, “A valorização do ACS não existe, né! mas o meu trabalho é muito importante porque nós é um elo entre a população e a saúde.” (ACS 1, 2019).

É necessário ressaltar aqui a desvalorização, cada vez mais forte, que a saúde pública tem sofrido por parte do poder público, à exemplo está o contingenciamento orçamentário de 559 milhões feita em março de 2019, além da

completa falta de investimentos, que impede o melhor desenvolvimento do trabalho desses profissionais, seja na falta de recurso para a execução de atividades práticas, seja na falta de formação continuada, que contribuiria significativamente para a atuação desses profissionais, ou ainda na quantidade mínima de profissionais que não é suficiente para atender toda a população.

### **3.3 O Olhar do Agente Comunitário de Saúde Sobre a Saúde da Mulher Negra**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), onde desenvolvi a pesquisa pertencente ao Centro de Saúde Enfermeira Zezinha (CSEZ), desenvolve as atividades no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU). A ESF em questão, é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem e 8 agentes comunitário de saúde, essa equipe é responsável para atender a demanda da população da folha 33.

O CRISMU é visto como um ambiente de acolhimento biopsicossocial, que articula os serviços direta ou indiretamente, colaborando para o fortalecimento da saúde da mulher. O centro segue diretrizes básicas para a promoção do acolhimento às mulheres atendendo as demandas das mulheres em geral, enquanto a CSEZ, faz a cobertura das demandas de todos os usuários residentes na folha 33.

Trabalho há 14 anos, como ACS, olha que desde que comecei a trabalhar na saúde, já trabalhava aqui na 33. Gosto de trabalhar aqui. A população ser atendida aqui é bom, oh! Porque é complicado o deslocamento daqui pro Zezinha, as pessoas as vezes não tem nem pra alimentação vai ter pra passagem? As políticas da atenção básica deveriam ser implementada, de verdade, né!. (ACS 4, 2019)

No que diz respeito às demandas das mulheres negras, as ACS entrevistadas relataram que não concordam que deve haver política específica para essas mulheres, mesmo 75% delas tendo reconhecido que na sociedade existem desigualdades para com essas sujeitas. De acordo com uma das entrevistadas, a forma como enfrentamos as desigualdades é que vai determinar as consequências delas na vida: “As oportunidades não são as mesmas, mas vai da estrutura familiar para saber enfrentar isso.” (ACS 4, 2019).

É importante recordar que o racismo e a longa trajetória de discriminações, combinados à persistência da precariedade e baixa qualidade dos serviços

destinados a determinadas camadas da população, interpõem-se entre profissionais e usuários, influenciando visões preconceituosas e estereotipadas por parte de profissionais em relação a integrantes de grupos subordinados (WERNECK, 2016, p. 544)

Uma das profissionais entrevistadas reconheceu a diferença no tratamento, “Eu já ouvi muito comentário dessa maneira, então eu acho que quando chega lá no Materno, aquelas mulheres que chegam, que é branca, que é bonita, são melhor tratada.” (ACS 1, 2019). Enquanto uma reconhece a existência do racismo, “No Brasil, ainda tem muito essa de as pessoas verem o negro com indiferença, como se eles fossem outra coisa que vem de fora, sendo que somos seres humanos, na mesma sociedade, eu acho que o respeito tem que ter independente de cor” (ACS 2, 2019). Outra segue no mito da democracia racial, “eu não concordo com essa divisão, porque isso aí já estimula o preconceito, ah o branco aqui, o negro ali e o índio lá, todos somos pessoas, somos seres humanos, então pra mim não existe divisão” (ACS 3, 2019).

Esse cenário é revelado nos dados notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2014 à 2018, em todos os anos consecutivos, o índice de morte materna de mulheres pardas é absolutamente maior que de mulheres brancas, variando entre 67% do total em 2015 à 81,2% do total em 2017, enquanto que das mulheres brancas não chega a 20% em nenhum dos anos observados, em outras palavras, o racismo existe e tem matado muitas mulheres negras em Marabá. Conforme tabela a seguir:

**Tabela 1. Índice de Morte Materna em Marabá segundo raça cor**

<b>Ano</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Amarela</b>	<b>Parda</b>	<b>Indígena</b>	<b>Total</b>
<b>2014</b>	15	9	2	82	1	<b>109</b>
<b>2015</b>	16	11	0	61	3	<b>91</b>
<b>2016</b>	15	13	0	83	0	<b>111</b>
<b>2017</b>	14	5	0	82	0	<b>101</b>
<b>2018</b>	16	8	0	62	0	<b>86</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Maio de 2019

Ao analisar os dados de morte materna, bem como os serviços de saúde de maneira mais ampla, é evidente o despreparo do sistema de saúde com as mulheres

negras, como apontado na fala da usuária, no entanto, alguns profissionais não reconhecem essa especificidade como podemos observar na fala da profissional:

“porque o que eu vejo em relação a saúde pra mulher, engloba todas as mulheres, sem divisão de cor, raça entendeu? Eu não vejo isso e também não concordo porque se é Mulher, é Mulher, pra mim índio, preto, branco, roxo, tudo é mulher então eu já não concordo com essa ideia de política pública pra saúde da mulher negra, pra mim é saúde da mulher.” (ACS 3,2019)

Os dados nos revelam uma realidade e a fala dos profissionais de saúde nos direciona para outra, aqui concordamos com Werneck “ as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam” (WERNECK, 2016, p.540).

Ressaltamos, a fala de uma das profissionais, que quando questionada se a ESF trabalha com ou para a comunidade, ela afirmou que

Para a comunidade, entendeu? a gente não tem parceria de juntar todo mundo pra ver se consegue melhorar que tem um esgoto na rua, no caso, Ah vamo todo mundo junto falar com o prefeito, entendeu? Pra ver se ele arruma. A gente não tem autonomia pra isso, né. Então a gente trabalha para a comunidade. Quando a comunidade tá doente, vem até a gente e tenta resolver o problema dela! Ou então, orientar pra que ela não adoeca, só que é muito difícil as vezes você falar pra mãe oh.. seu filho não é pra ficar descalço, não é pra pisar na lama, se a rua dele todinha tá cheia de lama. (ACS 4, 2019)

A desigualdade racial impacta a vida das mulheres negras, produzindo uma série de iniquidades, junto com ela está também as discriminações interseccionais, de gênero, classe e renda que tornam a vida das mulheres negras e pobres a ter a necessidade de (re)existir.

Como afirma Minayo “A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela.” (MINAYO, 2001, p. 15), por mais que tentemos interpretar essa realidade em um trabalho de caráter científico.

Destacamos aqui uma importante reflexão de Ribeiro “Ao perder o medo do Feminismo negro, as pessoas privilegiadas perceberão que nossa luta é essencial e urgente, pois enquanto nós, mulheres negras, seguirmos sendo alvo de constantes ataques, a humanidade corre perigo.” (RIBEIRO, 2018). Porque não existe humanidade em uma pessoa que não se sensibiliza com a dor do outro e ainda mais,

porque as mulheres negras são os pilares dessa sociedade, que mesmo que ainda possua uma forte raiz escravocrata, patriarcal, opressora e eurocêntrica, as mulheres negras continuam lutando para transformá-la.

## CONSIDERAÇÕES

“Falar de raça é falar da dominação e escravização de um povo, do apagamento, silenciamento e retirada da sua humanidade. Falar sobre raça é falar sobre a desigualdade que estrutura a nossa sociedade até hoje.”

MARIELLE FRANCO

Discutir a saúde das mulheres negras é uma tarefa extremamente necessária, mas que nesse caso, nunca estará realmente concluída, assim fazemos apontamentos e seguimos vivenciando no dia a dia as lutas pelo bem viver. Ressaltamos que os dados aqui abordados são secundários, pois a ESF analisada, apesar de estar alocada no CRISMU, pertence ao CSEZ e atualmente conta com um espaço reduzido para o atendimento de suas demandas, adicionando também o fato de que os sistemas de saúde não são frequentemente atualizados e o baixo investimento do orçamento público destinado ao SUS.

Observou-se que muitas das falas das profissionais se dão por conta da falta de informação qualificada, pois elas observam que na prática existe muita desigualdade, mas não acreditam que políticas específicas sejam a saída, ou que estas possam provocar ainda mais desigualdade. Vale destacar que a equidade é um princípio do Sistema Único de Saúde e por isso mesmo a existência e a prática de políticas específicas devem reduzir as desigualdades.

As políticas de saúde não são implementadas da melhor forma possível, por diversas situações e de certo modo o SUS ainda reproduz muitas desigualdades, nesse ponto se insere a principal relevância de trabalhos como esse, pois é a partir de discussões que podemos verificar os erros e procurar melhorias. Não queremos dizer com isso que o trabalho possua grandes méritos, já que de muitas formas a pesquisa foi limitada, mas que é preciso aprofundar a discussão e sempre procurar formas de melhoria, principalmente no que diz respeito à discussão das consequências dessas violências na vida das mulheres negras, que são inúmeras.

Ser mulher negra em uma sociedade notadamente racista, machista, patriarcal e eurocêntrica constituída a partir de um sistema escravocrata é de uma natureza violenta e, obrigatoriamente, resistente pois não é dada a nenhuma mulher negra a possibilidade de escolher lutar por algo melhor, ou não, já que a simples existência é também uma resistência.

Não falamos aqui de um cenário distante, até mesmo na universidade, assim como em qualquer setor desta sociedade é um desafio ser mulher negra, seja na conquista de um emprego ou uma bolsa de estudos, seja na forma como uma mulher negra é obrigada a se dedicar 100% por ser considerada a que não é capaz, ou ainda no simples olhar de uma pessoa comum que olha para uma mulher negra e já vê ali uma possível empregada doméstica.

Retomamos aqui as análises de Maria Cecília Minayo e concordamos que “Quando definimos o que pesquisar, a partir de que base teórica e como pesquisar, estamos fazendo escolhas que são, mesmo em última instância, ideológicas. A neutralidade da investigação científica é um mito.” Não significa dizer que reconstruímos a realidade de acordo com nossas intenções, mas uma característica do conhecimento científico é que “é sempre histórico e socialmente condicionado” em outras palavras “O pesquisador opera escolhas (mesmo sem ter a percepção clara disto), tendo como horizontes sua posição social e a mentalidade de um momento histórico concreto.” (MINAYO, 2001, p. 35) Logo, nessa pesquisa não seria diferente.

As falas dos profissionais de Saúde revelam que, dentro dos limites de atuação que possuem e com o limite de formação continuada, são de suma importância para o acesso à saúde da população do bairro folha 33, assim como em grande parte do País, mas é necessário estar um pouco mais atento as especificidades e violências que são determinantes na vida dos sujeitos mais marginalizados. As observações feitas, durante a realização do Estágio Obrigatório II, nos sensibilizaram para a precariedade em que se encontra o serviço público de saúde que deveria atender a população e executar as políticas, que alguns dos profissionais nem sequer sabiam da existência.

Por último, concordamos com uma das profissionais entrevistadas “Tem que ter palestras explicando os direitos como a saúde, né! Tem que fazer capacitação, explicar mais sobre as políticas, tem que ser na unidade ou na comunidade, né! Pros profissionais ter um melhor atendimento e ser mais humano.” (ACS 2, 2019) Pois é difícil cobrar algo de um profissional que não foi formado para desenvolver. Assim, ressaltamos que essa discussão precisa ser cada vez mais fomentada, quem sabe assim a melhoria pode acontecer, ainda que lentamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCASTRO, C. **Mulheres negras são 60% das mães mortas durante partos no SUS, diz Ministério.** In: RODRIGUES, C. REIS, J. Dossiê Violência Obstétrica no Brasil: Racismo que mata as mulheres negras. Apresentado a disciplina Relações Étnico-Raciais, FACSAT, UNIFESSPA. 2019.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BARATA, R. **Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença.** Revista USP, n 51, 2001.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra de uma escola pública.** Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** História em movimento, São Paulo: Ática, 2011

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. **LEI Nº 4.121, DE 27 DE AGOSTO DE 1962.** Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada. Brasília, 1962.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Participação social na atenção integral à saúde das mulheres: Experiências premiadas no laboratório de inovação sobre participação social na atenção integral à saúde das mulheres.** Série SUS que dá certo, nº 5. Brasília, DF: OPAS; 2018

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2ª Ed.

CRENSHAW, K. **A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero**. Brasília: UNIFEM/Programa Igualdade, Gênero e Raça. (2004).

FERREIRA, V. M. **Mãe Preta, Estudo sobre o índice de violência obstétrica entre as mulheres negras**. X COPENE, Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros, (Re) existência intelectual negra e ancestral: 18 anos de enfrentamento, 12 a 17 de outubro de 2018. Uberlândia-MG, 2018.

FLEURY, S. CARVALHO, A. **Instituto Nacional de Assistência Médica Da Previdência Social (INAMPS)**. Disponível em <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>> Acesso em 25 de maio de 2019.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Cadastro Geral de Informações Quilombolas é disponibilizado por aplicativos de mensagens**. Junho de 2019. Disponível em < <http://www.palmares.gov.br/?p=54455>> Acesso em 08 de novembro de 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. **Estatística Municipal: Marabá**. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas, Diretoria de Estatística e de Tecnologia e Gestão da Informação. 2016.

IBGE. **História**. 2014. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/maraba/historico>> Acesso em: 08 de junho de 2019.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de Gênero e Raça**. 2015. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores.html>> acesso em 08 de junho de 2019.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e Raça**. 2017. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306\\_retrato\\_das\\_desigualdas\\_de\\_genero\\_raca.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdas_de_genero_raca.pdf)> Acesso em 08 de junho de 2019.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de Gênero e Raça**. 4ªed. Brasília, 2011. Disponível em < [www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf](http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf)> Acesso em 08 de junho de 2019.

LOPES, F. **Para Além da Barreira dos Números: desigualdades raciais e saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005

MARABÁ. **História do município**. S/A. Disponível em: <<http://www.maraba.pa.leg.br/institucional/maraba/historia>> acesso em 15 de outubro de 2019.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>> acesso em 12 de junho de 2019.

MENICUCCI, T. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Levantamento de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres.** Brasília:DF, 2018. Disponível em <[http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres\\_arte\\_07-03-18.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf)> acesso em 08 de junho de 2019.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.** André Augusto P. (Org.), Cadernos Penesb 5. Niterói: EdUFF. 2004.

NOGUEIRA, A. et. al. **Avaliação da Implantação da Política de Saúde da População Negra na Bahia.** Bahia, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006.

OSHA, M. A. et. al. **Compreendendo o lugar da Política Nacional de Saúde da População Negra no Para Relações Étnico-Raciais.** Belém, 2018.

PAIM, J. S. **Eqüidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS.** Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

RIBEIRO D. **Entrevista a Luís Eduardo Gomes do Sul21 em agosto de 2018.** disponível em <<https://www.geledes.org.br/djamila-ribeiro-nao-tem-problema-maior-hoje-no-brasil-do-que-discutir-o-racismo/>> acesso em 14 de maio de .

RIBEIRO, D. **Feminismo Negro Para um Novo Marco Civilizatório.** Uma perspectiva brasileira. Ensaios: SUR 24, v.13 n.24. 2016

RIBEIRO, D. **Quem tem Medo do Feminismo Negro?** Companhia das Letras: São Paulo. 2018.

ROCHA, C. **Participação Da Mulher Nos Espaços De Poder: Um Processo Em Construção.** In: Mulheres na Política: as representantes de Minas no Poder Legislativo. Assembleia de Minas Gerais. Março de 2010. Disponível em <[https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/publicacoes\\_assembleia/obras\\_referencia/arquivos/pdfs/mulheres\\_politica/participacao\\_mulher.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/obras_referencia/arquivos/pdfs/mulheres_politica/participacao_mulher.pdf) > Acesso em 29 de maio de 2019.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **A Participação das Mulheres Negras nos Espaços de Poder**. Programa Interagencial para a Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia do Sistema Nações Unidas, 2012.

SILVA, I. S. **Migração e Cultura no Sudeste do Pará: Marabá (1968-1988)**. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal do Goiás. Goiânia, 2006

SOUZAS, R. **Movimento de Mulheres Negras e a Saúde: Análise Documental sobre a Reivindicação de Inclusão do “Quesito Cor” no Sistema de Informação à Saúde**. Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. 23 a 26 de agosto de 2010

WATSON, F. **Os Povos Indígenas do Brasil**. Survival Brasil. Disponível em <<https://www.survivalbrasil.org/povos/indios-brasileiros>> acesso em 03 de junho de 2019

WERNECK, J. **Mulheres Negras: Um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Criola, Rio de Janeiro. 2010

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

ÝZALU. **Mulheres Negras**. Promo. Composição: Eduardo Taddeo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=122kwdWN-v0>> acesso em 14 de maio de 2019.

## **SUJEITAS INTERLOCUTORAS**

ACS 1. Mulher branca. **Entrevista Oral gravada de 24 minutos**. Realizada por Jheyciele Naira dos Santos no dia 19 de fevereiro de 2019, às 10:00 no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU).

ACS 2. Mulher autodeclarada negra. **Entrevista Oral gravada de 21 minutos**. Realizada por Jheyciele Naira dos Santos no dia 19 de fevereiro de 2019, às 10:50 no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU).

ACS 3. Mulher autodeclarada negra. **Entrevista Oral gravada de 15 minutos**. Realizada por Jheyciele Naira dos Santos no dia 14 de fevereiro de 2019, às 09:50 no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU).

ACS 4. Mulher negra. **Entrevista Oral gravada de 46 minutos**. Realizada por Jheyciele Naira dos Santos no dia 06 de fevereiro de 2019, às 10:15 no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU).

ENFERMEIRA. Mulher negra. **Entrevista Oral gravada de 35 minutos**. Realizada por Jheyciele Naira dos Santos no dia 06 de fevereiro de 2019, às 09:38 no Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU).

## APÊNDICE

### QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- I) Quais políticas, ações e diretrizes tornam essa unidade um Centro de Referência Integrada à saúde da mulher?
- II) Quais políticas de saúde regem esse centro?
- III) Como o centro atua?
- IV) Como o centro alcança o público alvo?
- V) Existem políticas, ações ou diretrizes voltadas as mulheres negras, especificamente?
- VI) Existe alguma diferença nas demandas das mulheres negras?