



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL – ESS

MARIANA TEIXEIRA DA PAZ

O ACESSO DAS MULHERES NEGRAS À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

RIO DE JANEIRO

2022

MARIANA TEIXEIRA DA PAZ

O ACESSO DAS MULHERES NEGRAS À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Gomes da Costa

RIO DE JANEIRO

2022

Paz, Mariana
MARIANA TEIXEIRA DA PAZ

O ACESSO DAS MULHERES NEGRAS À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

Aprovado em ____ de _____ de 2022.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr.^a (orientadora) Renata Gomes da Costa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr.^a Vanessa Bezerra de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr.^a Janaina Bilate Martins
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos que vieram antes de mim e me ensinaram a viver com seus erros e acertos, aos que virão depois de mim que me dão esperanças e motivo para através de novas práticas e aprendizados, ensiná-los.

AGRADECIMENTOS

Meu primordial agradecimento vai para as várias “tias” que cruzaram meu caminho. Minha memória mais antiga é o sentimento de frustração por não saber ler. Desde sempre, tenho em mim o desejo de aprender, desbravar novos saberes e saber tudo que é possível saber. Porém, ao longo da minha caminhada, percebi que ser inteligente é muito mais que acumular conhecimento, é saber usá-lo. Também aprendi que as coisas fogem, quase sempre, do nosso controle.

Minhas professoras me mostraram que, apesar dos obstáculos, o livro poderá ser meu escudo e arma a inteligência. Passei o fim do ensino básico e médio “de mal” com a escola, não fazia sentido ser medida apenas por um resultado numérico. Ainda não faz. Contudo, com ajuda delas, entendi que para romper com o sistema era preciso ocupar os espaços. Minha enorme gratidão aos que se dedicam a tarefa muitas vezes ingrata do magistério.

Agradeço também aos meus amigos e familiares pelo carinho, suporte e compreensão, necessários para que pudesse me dedicar aos estudos e concluir a minha tão sonhada graduação em Serviço Social.

Primeiro cê sequestra eles, rouba eles,
mente sobre eles
Nega o Deus deles, ofende, separa eles
Se algum sonho ousa correr, cê para ele
E manda eles debater com a bala que vara
eles, mano
Infelizmente onde se sente o sol mais
quente
O lacre ainda tá presente só no caixão dos
adolescente
Quis ser estrela e virou medalha num boçal
Que coincidentemente tem a cor que matou
seu ancestral
Um primeiro salário
Duas fardas policiais
Três no banco traseiro
Da cor dos quatro Racionais
Cinco vida interrompida
Moleques de ouro e bronze
Tiros e tiros e tiros
Os menino levou 111
Quem disparou usava farda
Quem te acusou nem lá num tava
É a desunião dos preto junto à visão sagaz
De quem tem tudo, menos cor, onde a cor
importa demais
(Emicida -Ismália)

RESUMO

No Brasil, observamos que, em média, as mulheres negras possuem menor acesso à saúde em relação a mulheres brancas, medido através de indicadores como mortalidade materna, anemia falciforme, diabetes tipo 2, dentre outros. A pesquisa tem como objetivo, portanto, analisar os elementos que explicam o acesso das mulheres negras, no Brasil, à política pública de saúde. Assim, este trabalho procura articular uma análise teórica sobre a estrutura das relações sociais que permeiam o acesso das mulheres negras ao sistema de saúde com uma análise empírica, por meio de uma pesquisa documental, baseada nos dados disponíveis sobre o tema na Pesquisa Nacional de Saúde 2019. A pesquisa mostra que as condições de vida e trabalho das mulheres negras são estruturadas pelo nó patriarcado-racismo-capitalismo (Saffioti, 1987) e que as mulheres negras e pobres são a maior parte das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Saúde. Patriarcado. Racismo.

ABSTRACT

In Brazil, we observe that, on average, black women have less access to health than white women, measured through indicators such as maternal mortality, sickle cell anemia, type 2 diabetes, among others. Therefore, the research aims at analyzing the elements that explain the access of black women, in Brazil, to public health policy. Thus, this work seeks to articulate a theoretical analysis on the structure of social relations that permeate the access of black women to the health system with an empirical analysis, through a documental research, based on the data available on the subject in the National Health Survey, 2019. The research shows that the living and working conditions of black women are structured by the patriarchy-racism-capitalism knot (Saffioti, 1987) and that black and poor women are the majority of users of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Health. Patriarchy. Racism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil das pessoas que utilizaram serviços da ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (2019)	p.31
Tabela 2	Perfil das pessoas com pelo menos uma doença	p. 33
Tabela 3	Cor/raça de pessoas internadas (2019)	p. 34
Tabela 4	Perfil das pessoas que procuraram atendimento	p. 35

SUMÁRIO

1	Introdução	10
2	As condições de vida e trabalho das mulheres negras no Brasil	13
	2.1 Patriarcado-racismo-capitalismo: o nó que estrutura as condições de vida e trabalho das mulheres negras	13
	2.2 As políticas para as mulheres negras no Brasil	20
3	Os desafios de acesso à saúde para as mulheres negras	25
	3.1 Política de saúde no Brasil e o atendimento às mulheres negras	25
	3.2 O acesso à saúde como expressão do nó patriarcado-racismo-capitalismo	29
	Considerações finais	36
	Referências	39
	Apêndices 01	41
	Apêndices 02	42

1 INTRODUÇÃO

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS 2019) demonstram que a maioria dos usuários da saúde pública são mulheres negras (pretas e pardas) de baixa renda. Desta forma, a presente pesquisa de trabalho de conclusão de curso (TCC) tem por objetivo analisar os elementos que explicam o acesso das mulheres negras, no Brasil, à política pública de saúde.

As condições de vida e trabalho das mulheres negras são estruturadas pelo nó patriarcado-racismo-capitalismo. Desta forma, o referencial teórico deste trabalho se fundamenta nas contribuições de Saffioti (1987; 1992; 1999; 2001; 2004; 2013), Davis (2016), Gonzalez (2020), Almeida (2018) e Moura (1983). Este referencial teórico nos possibilitou o entendimento das consequências de um contexto histórico, como o brasileiro, que estrutura suas relações sociais por processos de dominação e exploração contra as mulheres e a população negra – especialmente sujeitos pobres e da classe trabalhadora. Por isso, consideramos que o acesso das mulheres à política de saúde é uma das inúmeras consequências deste nó.

Assim, esta pesquisa procura articular uma análise teórica sobre a estrutura das relações sociais que permeiam o acesso das mulheres negras ao sistema de saúde com uma análise empírica, baseada nos dados disponíveis sobre o tema.

Em relação a análise empírica, realizei uma pesquisa documental na base de dados brutos da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS 2019) do IBGE, presentes no portal SIDRA¹. Usei também como base os indicadores da Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil do IBGE e o Atlas da violência do IPEA. Dado o escopo do presente TCC, focamos em indicadores amplos, que expressavam o perfil dos usuários da saúde, da renda e algumas de suas condições de vida e trabalho. Desta forma, a construção da base de dados expressa nas tabelas analisadas, especificamente no tópico 2 do capítulo 2, que foca nos “Indicadores de Saúde e Mercado de Trabalho”, o ponto da PNS 2019, que mais nos auxiliou para o entendimento do objetivo da pesquisa. Assim sendo, utilizei como critério informações que refletissem a realidade do grupo evidenciado neste trabalho. Por tanto, a inserção na força de trabalho, renda, idade, gênero, raça, doenças crônicas e utilização dos equipamentos de saúde pública foram alguns dos indicadores selecionados.

¹ Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>. Acessado em 23/02/2022

A coleta dos dados da PNS 2019 não foi tão simples², uma vez que as duas páginas, SIDRA e IBGE, onde temos acesso aos resultados, não tem uma fácil navegação. Os dados aparecem truncados e repartidos. Informações como os índices das tabelas, aparecem e somem do portal, dificultando a continuidade da pesquisa, sem que seja salvo todas as informações, até mesmo aquelas que parecem irrelevantes em uma primeira leitura. Porém, as notícias divulgadas pelo portal de notícias do IBGE foram de grande valia, até mesmo para entendermos que existem dados para além dos resumidos na publicação. A PNS é, portanto, uma ótima ferramenta, mas demanda conhecimento prévio do uso da plataforma para que seu uso seja tranquilo. A coleta e análise de dados teve como instrumento de referência o “roteiro de análise documental” que se encontra no apêndice 1 deste trabalho.

Gostaria de ressaltar os elementos pessoais que justificam a escolha deste objeto de pesquisa. Sou uma mulher negra, usuária ativa dos serviços de saúde, com quadros pessoais e familiares de enfermidades acometidas tradicionalmente a pessoas negras. Porém, este trabalho é sobre tantas outras mulheres negras. Além disso, durante a minha trajetória acadêmica na Escola de Serviço Social da UNIRIO, pude estar inserida em espaços acadêmicos, para além da sala de aula, que foram fundamentais para a minha formação e que influenciaram na escolha do meu objeto de pesquisa.

A participação no projeto de extensão “Luz Câmera Ação: As Relações de Gênero e Racismo no Cinema” (coordenado pela profa. Vanessa Bezerra), me ajudou a extrapolar os muros da universidade de forma a retornar à sociedade o investimento na educação. Através de rodas de conversa, seminários, cursos e feiras, tive contato com diversos públicos e em diferentes contextos. Minha aproximação com os instrumentos e técnicas do serviço social se iniciou logo no segundo ano de graduação, via extensão. Com ações voltadas, sobretudo, no período em que estive mais atuante no projeto de extensão, às mulheres negras. O estudo sobre as questões de gênero e o patriarcado me possibilitaram intermediar a teoria aprendida em sala de aula com a realidade da população brasileira ao longo de toda a graduação. Este espaço de formação atuou como lembrete diário do compromisso com a população usuária e seus desafios.

No projeto de pesquisa “Os Fundamentos da Violência Contra as Mulheres no Brasil” (coordenado pela profa. Renata Costa), tive a oportunidade de me aproximar das metodologias que estruturam a pesquisa documental e da importância do uso de indicadores sociais. Devido

² De maneira geral, a dificuldade no acesso de dados é generalizada durante o período em que este trabalho foi escrito.

ao infortúnio do isolamento social, consequente da pandemia do Covid-19, pude me dedicar a pesquisa de maneira integral, apesar de menor tempo inserida nesse espaço. Pude ter contato direto com a elaboração do plano de pesquisa, sistematização e organização e coleta dos resultados. Ainda pelo Grupo de Pesquisa sobre violência contra as mulheres (GPEVI), que é parte das estratégias de implementação do projeto de pesquisa acima, pude apresentar os resultados do meu plano de pesquisa e receber o prêmio, nos dois anos em que estive como bolsista de pesquisa de Iniciação Científica da UNIRIO por área de conhecimento.

A saúde é uma das políticas sociais que mais emprega assistentes sociais no Brasil. Desta forma, esta pesquisa é de suma importância para o Serviço Social, pois problematiza aspectos presentes no trabalho cotidiano da categoria profissional.

Ao longo do texto, entenderemos os fundamentos que colocam as mulheres negras como base da pirâmide social e qual espaço elas ocupam na divisão social, sexual e racial do trabalho. Este entendimento, contribui para o aperfeiçoamento da prática profissional de uma profissão como o Serviço Social, uma vez que tal segmento populacional se configura como uma parcela significativa de usuárias dos serviços e equipamentos das políticas sociais no Brasil. Sendo assim, reforçamos que pesquisa que abordam elementos presentes nas políticas sociais está guiadas pelo compromisso ético com a qualidade dos serviços prestados, bem como o posicionamento em favor a equidade são princípios fundamentais do código de ética da assistente social. Este trabalho se pretende por tanto, apesar de não tratar diretamente do serviço social, contribuir reflexões presentes no cotidiano da prática.

Diante do exposto, o presente TCC está dividido em dois capítulos, com duas seções em cada. O primeiro capítulo discute as condições de vida e trabalho das mulheres negras no Brasil. Na primeira seção, discuto o nó patriarcado-racismo-capitalismo como base estrutural de tais condições. E, na segunda seção, abordo as políticas sociais para as mulheres negras no Brasil.

O segundo capítulo aborda os desafios de acesso à saúde para as mulheres negras. Na primeira seção, analiso a política de saúde no Brasil. Na segunda seção, o acesso à saúde das mulheres negras como expressão do nó patriarcado-racismo-capitalismo.

A partir da junção dos dados quantitativos sobre a Saúde Pública, e com o arcabouço teórico-metodológico, temos como resultado uma pesquisa quali-quantitativa, que analisa os fundamentos das desigualdades de gênero e raça/etnia, reverberando no acesso à saúde de mulheres negras.

2 AS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DAS MULHERES NEGRAS NO BRASIL

O presente capítulo tem por objetivo abordar alguns dos elementos que retratam as condições de vida e trabalho das mulheres negras no Brasil. A pesquisa tem como foco o acesso à saúde, contudo, este acesso é determinado pelas condições de vida desse segmento da população. Por isso, antes de analisar os dados que retratam o referido acesso, debate que consta no segundo capítulo, iremos traçar elementos que abordam os componentes estruturais das condições de vida e trabalho das mulheres negras no Brasil.

Elencamos como componentes estruturais, que determinam todas as dimensões das mulheres negras, o nó patriarcado-racismo-capitalismo. Dessa forma, consideramos que o não acesso à direitos e as políticas sociais têm base material na estrutura da sociedade capitalista, que tem a dominação-exploração das mulheres, particularmente das mulheres negras, como um dos seus elementos basilares.

Após essa discussão, no segundo tópico deste capítulo, discutiremos aspectos gerais das políticas para as mulheres no Brasil, os marcos regulatórios, os principais direitos e as contradições de acesso, para, no segundo capítulo, nos determos ao acesso à saúde a partir da pesquisa documental realizada.

2.1 Patriarcado-racismo-capitalismo: o nó que estrutura as condições de vida e trabalho das mulheres negras

O nó patriarcado-racismo-capitalismo, que estamos considerando como base material para entender as condições de vida e trabalho das mulheres negras e o acesso à saúde, foi desenvolvido pela socióloga brasileira Heleieth Saffioti (1976, p.7) que considera as discriminações como “mecanismos coadjuvantes da realização histórica do sistema de produção capitalista”. Isso significa que, o modo de produção capitalista no Brasil se fundiu com o patriarcado e o racismo, que já existiam em outros modos de produção, para organizar suas relações de produção, reprodução e sociais.

Dessa forma, o argumento central da autora é:

A sociedade não comporta uma única contradição. Há três fundamentais, que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi-se fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais. Acham muitos que a opressão (exploração-dominação) não só das mulheres, mas também delas, era muito mais aguda no passado remoto. O capitalismo teria aberto as portas do mundo do trabalho para a mulher. Não foi nem é assim. O capitalismo abriu as portas sim, mas do emprego, pois as mulheres já trabalhavam, havia muito tempo, mais que os homens” (SAFFIOTI, 2000, p.73)

O nó é um dos resultados de pesquisa da Saffioti (1976; 2000) sobre o processo de dominação-exploração das mulheres no modo de produção capitalista, particularmente no Brasil. Ao tentar entender as condições de trabalho das professoras do primário e das trabalhadoras da indústria têxtil, a autora percebeu que a exploração da força de trabalho sobre as mulheres, principalmente as negras, se davam também por questões de gênero e raça/etnia, por isso buscou analisar as categorias patriarcado e racismo para entender como se imbricam com o modo de produção capitalista na realidade brasileira.

Saffioti (1976), elegeu o patriarcado por entender que esse fenômeno foi criado nas sociedades antigas, foi se reorganizando e adentrou em diferentes modos de produção, como o escravista na Grécia e Roma, o modo de produção feudal, o modo de produção escravista nas Américas e o modo de produção capitalista. O patriarcado não se limita à etimologia da palavra, ou seja, o poder do pai. Nas sociedades antigas, o fenômeno se expressa em seus primórdios como poder do pai, mas é, na essência, poder dos homens sobre a produção, sexualidade e reprodução das mulheres nas diferentes sociedades (SAFFIOTI, 1976).

Sabemos que existem dentro da literatura acadêmica feminista outras formas de denominar o processo de exploração-dominação sobre as mulheres, temos machismo, sexismo, relações de gênero etc. Elegemos o patriarcado por ser uma categoria que nos possibilita traçar a história da dominação das mulheres nas diferentes sociedades e explicitar o vetor da dominação-exploração, ou seja, os homens. Apesar de não tratarmos dessa história aqui, ela foi fundamental para entendermos como as mulheres são exploradas e dominadas nos diferentes momentos da história e como isso é reorganizado no modo de produção capitalista, ocasionando piores condições de vida e trabalho para as mulheres pobres, que no caso do Brasil, são, sobretudo, as mulheres negras.

Saffioti (1987, p.60) afirma que:

Já se viu que, historicamente, o patriarcado é o mais antigo sistema de dominação-exploração. Posteriormente, aparece o racismo, quando certos povos se lançam na conquista de outros, menos preparados para a guerra. Em muitas destas conquistas, o sistema de dominação-exploração do homem sobre a mulher foi estendido aos povos vencidos. Com frequência, mulheres de povos vencidos eram transformadas em parceiras sexuais de guerreiros vitoriosos ou por estes violentadas. Ainda na época atual isto ocorre. Quando um país é ocupado militarmente por tropas de outra nação, os soldados servem-se sexualmente de mulheres do povo que combatem. Este fenômeno aconteceu durante a Segunda Guerra Mundial, dele resultando muitos filhos de soldados norte-americanos com mulheres japonesas. O mesmo se passou durante a guerra do Vietnã, havendo lá deixado os soldados norte-americanos muitos frutos destas uniões sexuais esporádicas e sem compromisso.

Dessa maneira, não foi o capitalismo que “inventou” o patriarcado e o racismo. Estes, como afirma Saffioti (1987), já existiam na Grécia e na Roma antigas. Evidente que não o

racismo da forma que conhecemos, do processo de escravização da população negra advinda dos países africanos. No Brasil, temos a transição do modo de produção escravista para o modo de produção capitalista, com particularidades que determinam a exploração da força de trabalho e seu poder de barganha em um cenário de assalariamento. Não iremos nos deter nestes aspectos de maneira mais aprofundada, mas apenas sinalizar os aspectos gerais que nos dão base para entender a histórica de exploração-dominação das mulheres negras no Brasil que dificultam acessos aos diferentes direitos, como no caso da saúde.

Saffioti (1976) afirma que patriarcado e racismo são utilizados no modo de produção capitalista para separar e hierarquizar a força de trabalho. Em outras palavras, é um modo de produção que se estrutura desses fenômenos históricos para desenvolver sua lógica econômica e social, pois

[...] no caráter contraditório desta lógica residem possibilidades de se explicarem a desigual incorporação das mulheres na força de trabalho, as discriminações salariais e de outras naturezas que contra elas se praticam na esfera da produção, da dupla jornada de trabalho, o trabalho considerado não-trabalho, enfim, a inferioridade social dos seres femininos (SAFFIOTI, 1988, p.148).

É importante destacar que esses fenômenos não se limitam a base material e as condições econômicas dos sujeitos que sofrem com esses determinantes. Por serem estruturais ao modo de produção, acabam por determinar as relações sociais, políticas, culturais, afetivas e familiares. Assim, toma uma proporção que invade todas as dimensões da vida, por isso que seu enfrentamento e superação deve abarcar todas as relações.

Saffioti (1987) afirma que na análise e estudos sobre o nó, é possível separar seus componentes a fim de trazer mediações importantes de cada um, mas deixa evidente que “na realidade concreta, eles são inseparáveis, pois se transformaram através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, aqui denominado patriarcado-racismo-capitalismo” (SAFFIOTI, 1987, p.60).

Dessa forma, iremos abordar alguns elementos do patriarcado e do racismo para explicitar como se tornaram funcionais a realidade capitalista que, no Brasil, insere as mulheres negras nas piores condições de vida e trabalho.

Começando pelo patriarcado, como já afirmamos acima, temos que é um sistema de dominação-exploração sobre as mulheres, presente nos diferentes momentos históricos e sociedades e que se configura a depender do modo de produção. Lener (2019) e Pateman (1993) mostram que o patriarcado foi um processo criado historicamente para fundamentar e organizar a divisão sexual do trabalho. O patriarcado transformou as diferenças entre homens e mulheres

em desigualdades e hierarquias, por isso o consideramos um processo de apropriação das mulheres (SAFFIOTI, 2015).

No capitalismo, o sistema de dominação-exploração patriarcal tem por consequências, para as mulheres, fenômenos como: a determinação compulsória para o trabalho doméstico; os baixos salários; as diferentes jornadas de trabalho; o trabalho de cuidado na família. Para as mulheres pobres da classe trabalhadora esse contexto é intensificado, sobretudo, para as mulheres negras, pois como vimos, ele se conjuga com o racismo.

A intensificação da dominação-exploração, se materializa em diferentes esferas das relações sociais as quais as mulheres negras estão inseridas. Ora no âmbito pessoal, ora no âmbito profissional, elas estão expostas duplamente às situações de vulnerabilidade e violência. Como quando nos deparamos com os índices de violência, trabalho, renda, acesso à saúde, fazendo o recorte de gênero e raça, identificamos a consequência do processo de apropriação gerado pelo trinômio patriarcado-racismo-capitalismo que será aprofundado mais adiante do texto.

A exploração das mulheres é uma forma do capital diminuir o gasto com a força de trabalho. Isso porque ao atribuímos as mulheres a responsabilidade com o cuidado, o custo da reprodução social fica menor, uma vez que, socialmente, são atribuídas à mulher as funções de cuidado, como se fossem uma característica inata ao gênero feminino, as habilidades necessárias para tais atividades (HIRATA, 2002).

Então, sob este argumento de que as mulheres têm uma aptidão natural para esse tipo de responsabilidade, meninas têm associado ao brincar situações do cotidiano da reprodução social como cozinhar, limpar, cuidar de bebês, diferente dos meninos. Entretanto, a exploração dos corpos femininos não se dá apenas pelo trabalho doméstico não remunerado. O fato de estarmos inseridos em uma sociedade patriarcal, coloca sobre a mulher:

A exploração da força de trabalho, a apropriação do seu tempo, do produto dos corpos, a obrigação sexual, a carga física e emocional no cuidado com os membros da família. É uma categoria que busca compreender a totalidade de relações vivenciadas pelas mulheres (COSTA, 2019, p.3).

A desvalorização da força de trabalho das mulheres que se expressa nos baixos salários, por exemplo, são expressões do patriarcado que se fundamenta na divisão sexual do trabalho. Segundo dados colhidos na pesquisa “Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil” (IBGE-PNAD Contínua), 41% das mulheres ocupadas no Brasil estão no setor informal, das pretas e pardas o número sobe para 47,8%. Estar inserida em postos de trabalho com essas configurações, expõe as mulheres a maior vulnerabilidade e instabilidade.

Ao observarmos a remuneração de homens e mulheres da mesma pesquisa, vemos que mulheres recebem menos que os homens dentro da mesma cor/raça/etnia. Sendo por tanto desvalorizada a força de trabalho das mulheres em detrimento das dos homens. Contudo, mulheres brancas tem maiores rendimentos quando comparado com homens negros por consequência de outro estruturante do nó, o racismo.

A população negra é formada por homens e mulheres, que vivenciam particulares condições de vida e trabalho. Quando consideramos as relações de gênero, as mulheres negras estão nas piores posições em termos de acesso ao mercado de trabalho e a educação, por exemplo.

O Brasil é um país latino-americano, colonizado por Portugal, cuja fase pré-capitalista foi baseada na escravização. Ainda que, biologicamente não exista distinção de raças entre humanos, essa categoria social existe e apesar de termos superado legalmente a escravização dos corpos negros, esse ainda é um fator determinante para suas condições de vida.

Havia, durante o período da colonização brasileira, a objetificação das mulheres de maneira geral, uma vez que: as mulheres brancas eram identificadas como um passaporte para a produção de herdeiros e de aquisição de novas posses para família, a partir do casamento, e as mulheres não brancas como trabalhadoras sem remuneração e propensas ao sexo, contudo não indicadas para o casamento e a maternidade legítima e sim, incubadora de nova da força de trabalho e cuidadoras da prole de seus senhores. Embora possamos constatar que as condições de trabalho às quais as mulheres negras escravizadas estavam submetidas eram muito semelhantes às dos homens, por consequência do gênero, havia diferença nas atribuições femininas.

Com o fim da escravatura, houve um incentivo do governo para a vinda de trabalhadores europeus para o Brasil de maneira a estimular o branqueamento da população trabalhadora, ao passo que, estudos ditos científicos, apontavam o ser branco como ser superior em detrimento às demais raças sociais.

A outra noção ideológica que define a identidade afro-brasileira é a ideologia do branqueamento, ou simplesmente branqueamento [...] Sua expressão mais objetiva, contudo, está no texto do decreto-lei nº 7.967, de 18 de setembro de 1945, o qual, em seu artigo 2º, afirma: “Atender-se-á, na admissão dos imigrantes, à necessidade de preservar e desenvolver, na composição étnica da população, as características mais convenientes da sua ascendência europeia, assim como a defesa do trabalhador nacional” (GONZALEZ, 2020 p. 68)

Era, portanto, de interesse público e notório que a nação brasileira fosse cada vez mais branca. Esse fenômeno foi belissimamente retratado na Pintura de Modesto Brocos chamada *A Redenção de Cam*, onde uma senhora de pele escura mostra seu contentamento com o seu

provavelmente neto, uma criança branca. A pintura também mostra os pais do bebê, uma moça negra de pele clara e um jovem branco. Acreditava-se que com o passar dos anos, a população fosse ser embranquecida por conta dos filhos frutos de relações interracialis e que esse embranquecimento seria benéfico ao país.

Com o avançar da miscigenação, eram estabelecidas nomenclaturas de acordo com o fenótipo e tom de pele, de maneira a enquadrar o não branco como inferior, uma vez que, o ideal de beleza estava atrelado com o ser branco. Essas nomenclaturas, faziam com que o grupo de pessoas não brancas se fragmentasse, desta forma, desestimulando a articulação contra os diferentes abusos sofridos.

É importante delimitar que não há de se condenar ao negro de pele clara, ou escura, a responsabilidade do clareamento de sua família, de maneira a atribuir a ele um juízo de valor negativo por algo que foi, e é estrutural. Pelo contrário, há de se evidenciar que, trazer em si fenótipo ou a própria cor de pele negros, foi, e ainda é, atrelado ao ruim, ao feio, ao desagradável, ao podre. De tal forma, o sentimento de inadequação faz com que seja almejado ser branco, ora através do branqueamento das gerações familiares, ora através da negação de suas origens e cultura.

O racismo estrutura a lógica de produção e reprodução do capitalismo na realidade brasileira. Ele se expressa no acesso desigual da população negra ao trabalho, à saúde, à educação, à moradia e outros aspectos fundamentais para a reprodução social. Dessa maneira, este trabalho parte da consideração que as expressões do racismo do tempo presente, são consequências de como a escravização foi abolida e enfrentada, da mesma forma de como o capitalismo foi originado e desenvolvido na particularidade brasileira.

Moura (1983) analisa a formação da classe trabalhadora no Brasil e o assalariamento, como uma das principais contradições que explicita o racismo como consequência estrutural. Conforme dito anteriormente, depois da abolição legal da escravatura, houve um incentivo por parte do governo brasileiro à vinda de imigrantes europeus para ocuparem postos de trabalho formais assalariados enquanto à população negra era jogada ao desemprego e ao subemprego. Deste modo, fica evidente que houve desde a gênese do trabalho assalariado no país, o fator raça/cor como determinante em que tipo de posto de trabalho a população de cor poderia ocupar.

O racismo é um processo de classificação entre raças superiores e inferiores, a diferenciação entre as raças ditas superiores e inferiores, acontece em razão da organização das relações sociais e econômicas no modo de produção capitalista, onde há um interesse em que, determinados grupos possam ser amplamente explorados e dominados, para que a taxa de

exploração seja mais acentuada e conseqüentemente a classe dominante possa ter mais lucro (NASCIMENTO, 2016).

Para Almeida (2018), racismo não é sinônimo de discriminação e segregação racial. Na verdade, discriminação é o processo de materialização do racismo que pode levar a segregação racial. Isto é, ao acesso desigual ao mercado de trabalho e à direitos sociais como saúde e educação. Dessa maneira,

[...] o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2018, p.25).

O racismo é uma forma de discriminação que serve de mecanismo para a maior exploração da classe trabalhadora. Ele afeta não só as relações de produção como as sociais. A forma como a população negra está inserida no mercado de trabalho e sua remuneração, evidenciam a existência dessa estrutura.

Segundo os dados colhidos na pesquisa “Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil” (IBGE-PNAD Contínua), as negras são maioria na ocupação de trabalhos informais. Ao observarmos o recorte de gênero, mulheres recebem menos que os homens dentro da mesma cor/raça/etnia. Contudo, mulheres brancas tem maiores rendimentos quando comparado com homens negros.

O racismo é um elemento histórico que promove condições de subalternidade e privilégio entre diferentes grupos. É a partir disso que Almeida (2018) o define como estrutural, por ser uma consequência da estrutura econômico-social e de como construímos as relações econômicas, políticas, jurídicas e familiares. Dessa forma, o racismo se materializa em discriminação e segregação racial que culminam em desvantagens e privilégios a partir do grupo racial dos sujeitos.

O racismo estrutural está presente, por exemplo, ao nos depararmos com a informação colhida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2018, onde o número de mulheres brancas no ensino superior é 2,3 vezes maior que os homens negros. Sendo o percentual de mulheres brancas nesse espaço o triplo comparado com as mulheres negras. "Com frequência, o racismo e o sexismo convergem - e a condição das mulheres brancas trabalhadoras não raro é associada à situação opressiva das mulheres étnicas” (DAVIS, 2016, p. 102).

Diante disso, podemos afirmar que o nó, patriarcado-racismo-capitalismo, nos possibilita entender a base material de existência das diferentes condições de vida e trabalho

das mulheres negras no Brasil, bem como o acesso aos diversos direitos sociais, como no caso da saúde. Todavia, esse processo não se passa sem resistências e conquistas, tanto que temos os movimentos feministas, movimentos negros e, especialmente, os movimentos feministas negros que foi o principal responsável pela luta e resistência contra as consequências do nó.

As políticas sociais para as mulheres e a população negra são frutos dessas lutas. Diversas pautas, como acesso à saúde, se transformaram em projetos, programas e benefícios sociais a partir das políticas sociais e setoriais. No próximo tópico analisaremos brevemente essas políticas e as principais conquistas para os direitos das mulheres negras no Brasil, com destaque para o acesso à saúde.

2.2. As políticas para as mulheres negras no Brasil

A Constituição Federal de 1988 prevê direitos para todos os sujeitos e foi um marco para o Brasil, sendo chamada também de constituição cidadã, estando sintonizada com o contexto de redemocratização que o país estava inserido no período de sua elaboração. Ela prevê os direitos e deveres para todos os cidadãos brasileiros. Contudo, as políticas específicas para cada segmento, foram criadas em momentos históricos diferentes e contribuem de maneira distinta e mais assertiva para as diferentes demandas da população.

No âmbito das políticas públicas para as mulheres no Brasil, de 2003 a até o ano de 2015, houve um grande investimento na criação e estruturação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). A agenda da secretaria, foi influenciada pelas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres e foi responsável por coordenar:

I e II Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres; a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência; as Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta; a Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; e a Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. (COSTA, VIEIRA, 2020)

Estes documentos foram referência para as políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher e foram determinantes para o crescimento de um sistema de apoio à mulher. O Plano Nacional de política para as mulheres também colabora para a criação desse sistema, demarcando em seus pontos fundamentais: a igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle social.

O Plano Nacional de Políticas para as mulheres também estabelece a necessidade de ampliar os direitos e valorizar as trabalhadoras domésticas por meio de mudanças nas legislações. O objetivo era criar ações que promovessem a igualdade no mundo do trabalho e a autonomia econômica das mulheres urbanas, do campo e da floresta. Nos objetivos específicos, encontramos compromissos que ressaltam a criação de ações e programas que promovam, a saber: acesso à renda; ampliação da formalização do trabalho; diminuição da discrepância entre salários de homens e de mulheres; ampliação da cobertura previdenciária; promoção de cursos de profissionalização e elevação da escolaridade das mulheres; ações que ampliem a presença de mulheres nos cargos de chefia, no mercado de trabalho; ampliação de ofertas de creches e ensino integral; entre outros (COSTA, VIEIRA, 2020).

O Plano Nacional de Política para as Mulheres era organizado em quatro linhas de atuação, a saber: 1) Autonomia igualdade no mundo do trabalho e cidadania; 2) Educação inclusiva e não sexista; 3) Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; 4) Enfrentamento à violência contra as mulheres.

No que se refere à pauta racial, o Plano Nacional de Política para as Mulheres (SPM 2006) prevê elementos específicos para as mulheres negras na linha de atuação “saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”. Elas aparecem como prioridade na estimulação e implantação de ações que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital e na promoção à atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna.

Contudo, de 2016 até o presente, houve um grande desmonte dessas políticas. A pasta fundiu as linhas saúde e educação. O repasse aos programas de prevenção e combate à violência contra a mulher foi gradativamente reduzido até chegar a zero. A pasta foi, por fim, absorvida pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos que traz uma abordagem familista incompatível com a abordagem adotada anteriormente.

Uma vez que as políticas para as mulheres são fruto da luta feminista, entendemos que a organização das mulheres é importante, não só por uma questão política em defesa dos interesses comuns a elas, como também para os avanços políticos na criação de um arcabouço legal de proteção social.

Dentre as políticas específicas que recebem um maior destaque, temos a violência que é um fenômeno que ocorre de maneira diferenciada a depender do gênero. Esta diferenciação ocorre fundamentalmente pelo poder exercido pelo patriarcado, que atribui à identidade de gênero feminina a subjugação em relação aos homens.

Segundo dados divulgados no Atlas da Violência do ano de 2020, a taxa de mulheres vítimas de homicídio em residências é de 38,9% enquanto a de homens é de 14,4%. Quando comparamos com a taxa de mulheres vítimas de homicídio na rua ou estrada, ela passa para

45,1% e para os homens é de 69,4%. A partir dessas informações, podemos concluir que as mulheres não tem em sua residência, um local de segurança, uma vez que partes consideráveis dos homicídios acontecem em suas residências, diferente dos homens que tem a taxa muito mais elevada fora delas. Ao fazermos o recorte racial, temos a taxa de homicídios femininos de mulheres negras 4,1% enquanto de mulheres não negras é de 2,5%. Percebemos a taxa quase dobrando, evidenciando na prática, o apontamento teórico feito por Safiotti (1987), o qual determina que as mulheres negras estão expostas à uma dupla vulnerabilidade, sofrem por serem mulheres e sofrem por serem negras.

Além das políticas, um marco importante, principalmente no que se refere ao enfrentamento à violência, foi a promulgação, no ano de 2006, da Lei 11.340/2006, batizada de Lei Maria da Penha, que prevê a criação de mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulher.” (BRASIL, 2006, p. 9). É ela que subsidia a criação de serviços específicos de atendimento e acolhimento das mulheres em situação de violência, protocolos de atendimento em serviços de saúde, segurança e direito e que, sobretudo, traz luz ao fenômeno.

A Lei Maria da Penha, carrega a homenagem a Maria da Penha Fernandes que sobreviveu a duas tentativas de homicídio do então marido. Este só foi punido quando o caso recebeu atenção internacional, a partir da denúncia para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA). A lei foi então criada por consequência da responsabilização do Estado brasileiro pelo silêncio diante dos sistemáticos casos de violência contra as mulheres e do tipo de penalidade dada aos autores desses crimes.

Dessa forma, verificamos uma organização das políticas para as mulheres nos últimos anos no Brasil, apesar dos retrocessos que estamos vivenciados desde 2016. As políticas para as mulheres abrangem diversas temáticas como segurança pública, enfrentamento ao racismo, acesso ao mundo do trabalho, saúde e educação, por exemplo.

No que se refere à saúde, foco desta pesquisa, temos a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNASIM) prevê em seus princípios, avanços nos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e câncer ginecológico, humanização e qualidade dos atendimentos (BRASIL, 2004).

As doenças no trato circulatório e tumores, por exemplo, foram as principais causas de óbitos nas mulheres no ano de 2019, conforme os resultados no Boletim Epidemiológico de 2021. O boletim destaca a importância em campanhas destinadas a cada faixa etária de acordo

com os índices respectivos. Para que desta forma, seja possível que mortes evitáveis não ocorram por consequência da demora no diagnóstico e/ou tratamento.

A produção de políticas públicas, para diferentes ciclos de vida, que estimulem o acesso e a adoção de um estilo de vida saudável pode contribuir para a redução de riscos de desenvolvimento de neoplasias, as doenças cerebrovasculares, e as doenças do aparelho circulatório. [...] ainda são muitos os desafios para romper a fragmentação do cuidado e avançar para um modelo integral, longitudinal e que contemple o rastreamento, a detecção precoce, o diagnóstico e tratamento oportunos, além de um acompanhamento humanizado e digno para as mulheres (BRASIL, 2021, p.4).

Esta informação nos possibilita pautar o planejamento das políticas e as demandas a partir das necessidades sociais e que são diferenciadas por idade, gênero, raça entre outros. Ou seja, vai muito além do que uma informação apenas da área médica, pois reflete as condições sociais e de vida das usuárias dos serviços prestados.

Temos ainda a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que tem o compromisso com a promoção da saúde da população negra, “considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras” (BRASIL, 2017, p. 7).

Por consequência do racismo estrutural, a população negra está em desvantagem no acesso às políticas públicas e, por conseguinte no acesso à saúde. Temos no pacto pela saúde um compromisso com a superação da desigualdade. Existem outras ações voltadas para a saúde da população negra como o Plano Juventude Viva, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Incorporação do transplante de medula para tratamento da doença falciforme no âmbito do SUS, curso sobre saúde da população negra no UNA-SUS, Comitê Técnico de Saúde da População Negra, a obrigatoriedade da coleta e o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS.

No que diz respeito à saúde das mulheres negras, a atenção está voltada para: o menor índice de realização de mamografias, um importante exame preventivo ao câncer de mama; o expressivo número de gestações na juventude; o baixo acompanhamento em consultas pré-natal e ultrassonografia; sífilis em gestantes; mortalidade materna. Esses pontos aparecem também como alerta na atenção à saúde da mulher.

Mulheres negras são público-alvo, tanto das políticas públicas para as mulheres, quanto das políticas públicas para as pessoas negras. Porém, além disso é necessário a ampliação dessas políticas e da rede de serviços de todas as outras políticas sociais que precisam transversalizar com gênero, raça/etnia e classe social, uma vez que, se apresentam na sociedade

que estamos inseridos, diversas demandas específicas fruto não só da especificidade genética, como é o caso da doença falciforme, como de consequência do não acesso a um rede de serviço público em saúde que possibilita um atendimento integral às demandas.

As políticas citadas, como já afirmamos, não são somente fruto do compromisso com o desenvolvimento social por parte do Estado, são resultado dos esforços e da organização de dos sujeitos organizados em diferentes movimentos sociais e organizações políticas que sofrem com as desigualdades e que precisam que suas demandas sejam atendidas para que, desta forma, seja possível haver condições de reprodução social, por exemplo.

Diante disso, focaremos na análise da Política Nacional de Saúde de 2019 a fim de traçar um panorama sobre esse ponto e, especificamente, abordar como se deu o acesso e o atendimento às demandas de saúde das mulheres negras.

No próximo capítulo nos deteremos a analisar, de forma breve, a política de saúde no Brasil e o acesso das mulheres negras. E, no segundo tópico, debateremos os achados na pesquisa documental realizada.

3 OS DESAFIOS DE ACESSO À SAÚDE PARA AS MULHERES NEGRAS

O acesso à saúde é um importante debate para refletirmos sobre as condições de vida da população no Brasil. Ter acesso a um direito desvenda os conflitos de classes existentes, pois o acesso aos bens e serviços é desigual ao considerarmos quem depende de políticas públicas e quem consegue acessá-los a partir da iniciativa privada.

Dessa forma, analisar dados que explicitam as principais questões que envolvem o acesso à saúde para as mulheres negras no Brasil, que são em sua grande maioria o segmento mais pauperizado. Assim como, explicita, também, aspectos do nó (patriarcado-racismo-capitalismo) que estrutura a formação econômico-social brasileira (como debatemos no primeiro capítulo). Sendo assim, analisar aspectos da política de saúde e como alguns segmentos populacionais, com necessidades particulares, a acessam exprimem aspectos estruturais das condições de vida dos sujeitos.

Neste capítulo, abordaremos alguns elementos que caracterizam a política de saúde no Brasil (primeiro tópico) e, em seguida (segundo tópico), partiremos para os dados que construímos a partir da pesquisa documental realizada.

3.1 Política de saúde no Brasil e o atendimento às mulheres negras

No Brasil, a saúde é um direito social e dever do Estado. Esta, precisa garantir, por meio de políticas públicas sociais, não só a recuperação de enfermidades, como, também, ações e serviços para a promoção e proteção à saúde. Isto significa que cabe ao Estado promover, em favor da saúde, elementos que vão para além da doença. Na Constituição Federal de 1988 (C.F. 1988) encontramos como competência do Estado, também, o incremento do desenvolvimento técnico e científico na área da saúde e a execução de ações de vigilância sanitária e saneamento básico.

A C. F. de 1988 preconiza, seguindo as diretrizes de descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade, as ações e serviços públicos de saúde constituindo um sistema único financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, dos Município e outros. Apesar da assistência à saúde ser livre à iniciativa privada, esta liberdade vai de encontro com as possibilidades financeiras dos usuários (BRASIL, 1988).

É responsabilidade do Estado, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), regulamentar, qualificar, habilitar e fiscalizar os planos de saúde brasileiros e transferir

recursos financeiros para casas e hospitais filantrópicos. Desta forma, todos, ainda aqueles que utilizam os serviços privados de saúde, fazem uso do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) (PAIM, 2018).

O SUS é responsável, entre outros, pela produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos. Além disso, tem como atribuição a vigilância epidemiológica. Durante a pandemia mundial do Coronavírus (COVID19), a capilaridade do sistema foi de muita importância, assim como a vacinação em massa da população, tão importante na diminuição da taxa de mortalidade, de modo que, a garantia de um sistema integrado de saúde foi, e é muito importante para a população brasileira. A chamada assistência farmacêutica, também disponibiliza medicamentos “básicos”, “de alto custo” e “estratégicos” para os usuários. A depender do tipo de medicamento, serão necessários diferentes documentos. Ainda assim, todos têm acesso à política (PAIM, 2018).

De acordo com Paim (2018), a rede do SUS possui um grande alcance por estar presente nos diversos níveis de atendimento e é dividida em atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é formada pelas unidades básicas de saúde, serviço de atendimento móvel de urgência, unidades de pronto atendimento e atendimentos de média e alta complexidade nos hospitais. A atenção secundária, pelos serviços especializados com densidade técnica intermediária de apoio diagnóstico, terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Por último, a atenção terciária, é responsável pelos serviços de alta complexidade, que demandam alta especialização e tecnologia.

As principais leis que normatizam a Saúde no Brasil são: a Lei 8.080 e a Lei 8.142. A primeira, refere-se às condições para a promoção, proteção, recuperação, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nela é onde estão previstos os princípios, os objetivos, as atribuições, as diretrizes, as competências, os recursos humanos, a participação complementar, o financiamento, a organização da direção e da gestão, o subsistema de atenção à saúde indígena, e as diretrizes ao acompanhamento da parturiente. Destacamos que na legislação, não há texto específico dedicado à saúde da população negra, mas preconiza a organização de atendimento público específico às mulheres vítimas de violência.

A segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão da saúde pública através de instâncias colegiadas em cada esfera do governo como conselhos e conferências. O uso dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde depende da existência desses espaços deliberativos com participação da sociedade civil. Assim, essa instância é de grande importância para a inserção das demandas populares, funcionando como um canal de contato com o poder legislativo.

Ainda que, em relação à transversalidade de gênero e raça, não encontramos determinações nos marcos legais citados acima, há possibilidade de movimentação em espaços de organização da sociedade civil nos conselhos e fóruns. No Rio de Janeiro, temos o exemplo do Fórum Permanente de Diálogos com as Mulheres negras da ALERJ composto por mulheres indicadas por entidades ou coletivos do movimento de mulheres negras e deputados estaduais.

Portanto, a análise do acesso de mulheres negras à saúde não se esgota na compreensão da efetividade do direito universal à saúde, isto é, se ele está sendo exercido por elas ou não, pois deve considerar, também, os processos de opressão-dominação-exploração que particularizam as condições de vida e de acesso aos direitos das mulheres, especialmente as negras.

Uma ferramenta importante que expressa o acesso à saúde das mulheres são as pesquisas nacionais sobre essa questão. O IBGE (2019) entrevistou 17 milhões de usuários da atenção primária de saúde para construir os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Destes, 69,9% foram mulheres, 60,9%, pretas ou pardas; 65%, tinham cônjuges e 35,8%, 40 a 59 anos de idade. A partir desse panorama podemos afirmar que, de forma geral, o perfil que acessa a atenção primária no Brasil é de mulheres negras no fim da vida adulta que possuem cônjuges.

Uma das possibilidades explicativas para este perfil, levando em consideração as pesquisas sobre as relações de gênero, como a de Saffioti que abordamos no capítulo I, refere-se ao fato das mulheres serem as principais responsáveis pelos cuidados da família e delas próprias, o que pode ocasionar um maior número de cadastramento e utilização dos serviços do SUS. Em conformidade com a referência teórica utilizada, historicamente as funções de cuidado são responsabilidade das mulheres.

A renda familiar aferida na pesquisa demonstra que das entrevistadas, 64,7% tinham renda familiar inferior a um salário-mínimo e 32,4% entre um e três salários-mínimos. Sendo as relações sociais intermediadas pelo trabalho, estas mulheres estão postas em uma situação de maior vulnerabilidade social por conta do baixo retorno financeiro em suas atividades laborais, por serem mulheres e por serem negras. Por estarmos inseridos em uma sociedade capitalista, a condição financeira influencia também, no acesso e na qualidade dos equipamentos de saúde.

As condições de acesso à saúde também dizem respeito à continuidade do tratamento, o uso devido dos medicamentos receitados, o acompanhamento contínuo pelos equipamentos referentes. Estas ações, só são possíveis através da disponibilidade financeira para arcar com os custos necessários para tal. Por isso, é tão importante trazermos a renda dessas mulheres para a análise completa das condições de acesso à saúde.

As condições de segurança sanitária também são importante aspecto a ser apreciado, 84% das entrevistadas tinham a rede geral como forma principal de abastecimento de água; 53,8% tinham acesso a saneamento básico; e 83,8% dispunham de lixo coletado diretamente por serviços de limpeza. O acesso ao saneamento básico influi diretamente na saúde, pois sua ausência acarreta uma exposição a vetores de doenças evitáveis como ratos, baratas, moscas entre outros.

Verificamos, através dos dados colhidos na PNS 2019, que o motivo de maior procura dos equipamentos de saúde não é a prevenção e sim o tratamento de doença ou problema de saúde. Isso demonstra a importância de ampliarmos a atenção primária para que ela seja preventiva e não apenas porta de entrada para tratar as doenças já consolidadas. A prevenção em saúde é um mecanismo importante para melhores condições de vida.

Ao analisarmos a frequência do uso das unidades de saúde da atenção primária pelos(as) entrevistados(a) da PNS 2019, somado a falta de procura pelo atendimento de forma a prevenir doenças, levanta-se a hipóteses de que ao chegar no equipamento de saúde, esta mulher já está em um quadro clínico complexo demandando assim mais idas ao serviço para tratamento. Uma vez que 83,6% das respostas ao item frequência foram mais de duas vezes.

Entre as doenças mais comuns, 39,2% afirmaram ter hipertensão; 15,9%, diabetes; 15,3%, depressão; 7,9%, doença do coração. Porém, ao contrário do senso comum, a faixa etária com a maior taxa de doenças crônicas é a de 15 até 29 anos, pretos e pardos em busca de inserção no mercado de trabalho. A correlação da doença com o desemprego pode se retroalimentar uma vez que a doença pode influenciar na dificuldade do acesso ao emprego e o desemprego pode catalisar quadros clínicos.

Ainda que não apareça na pesquisa como doença comum, vale destacar a anemia falciforme, uma vez que se trata de um tipo de quadro anêmico genético/hereditário mais comum em pessoas negras que são o recorte deste trabalho. Existe no Brasil o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com cursos na modalidade EAD disponibilizados pelo governo federal, porém ele é pouco popular e não chegou a ser adotado integralmente em todos os estados do Brasil.

Val destacar ainda o Programa de Anemia Falciforme (PAF), voltado diretamente para a saúde das mulheres negras, e as ações de humanização do parto, uma vez que as “mulheres negras têm duas vezes mais chance de morrer por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto e ao abortamento inseguro”, conforme destacado pela doutora em saúde pública, Fernanda Lopes, durante as discussões da 4ª Conferência Nacional da Promoção da Igualdade Racial (BRITO, 2018).

Entende-se que a saúde da mulher negra foi negligenciada em relação a da mulher branca demonstrando a influência do racismo institucional ³, consequência do enraizamento do racismo dentro da sociedade fazendo com que ele seja reproduzido dentro desses espaços, nos processos de saúde e doença. A gênese e a consolidação do movimento negro feminista no Brasil, trouxeram grandes conquistas para a população não só negra e ou feminina. A conquista pelos direitos reprodutivos, a luta por creches populares entre outros, são demandas de origem específicas do movimento feminista, mas que trazem melhorias em diversos aspectos sociais para toda a classe trabalhadora.

Essas ações isoladas, não garantem mudanças estruturais, mas geram um impacto positivo aos atingidos direta e indiretamente pelas consequências do nó patriarcado-racismo-capitalismo. Esta exposição, não pretende limitar o acesso às políticas como necessidade social para fins desenvolvimentistas. Sem dúvidas o imperativo desta defesa está em colocar os indivíduos sociais como sujeitos de direitos que necessitam de acesso as diversos bens e serviços, que tenham possibilidades de acesso e escolhas.

Em síntese, podemos afirmar que, assim como as referências bibliográficas usadas para a construção deste trabalho apontam, os indicadores demonstram que de fato as mulheres negras e pobres vivenciam situações particulares no que se refere o acesso à saúde e isto reflete aspectos estruturais da sociedade brasileira.

Dessa maneira, o próximo tópico apresentará a base de dados construída na pesquisa documental e analisará como o acesso à saúde por parte das mulheres negras, no Brasil, é, também, uma expressão das consequências produzidas pelo nó patriarcado-racismo-capitalismo.

3.2 O acesso à saúde como expressão do nó patriarcado-racismo-capitalismo

A presente pesquisa objetivou analisar os elementos que explicam o acesso das mulheres negras, no Brasil, à política pública de saúde. Para tal, realizamos uma interpretação, por meio de uma pesquisa documental, dos indicadores sociais presentes na Pesquisa Nacional de Saúde 2019 do IBGE. Adentramos na base bruta de dados e colhemos os indicadores que

³ “[...] a principal tese de quem afirma a existência do racismo institucional é que os conflitos raciais também são parte das instituições. Assim, a desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos” (ALMEIDA, 2018, p.30)

nos ajudaram a analisar os elementos deste objetivo de pesquisa, conectando-os com as análises sobre o racismo e o patriarcado.

A pesquisa mostrou que as mulheres negras possuem particularidades em suas condições de saúde, como no caso de doenças específicas que necessitam de atenção e prevenção. Além disso, por serem o segmento mais pobre e com as piores condições de vida e trabalho no Brasil, como vimos os dados do tópico acima, encontram mais entraves no acesso a política de saúde pública, uma vez que fenômenos sociais como o patriarcado e o racismo são a base material que determinam tais condições.

Esse aspecto conclusivo é possível ao cruzarmos a base de dados construída com o debate teórico. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é um instrumento anual de pesquisa realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com IBGE. A PNS busca colher informações sobre o atendimento de saúde sob a ótica dos(as) usuários(as). Ela é organizada sob três pontos centrais: O desempenho do sistema nacional de saúde; As condições de saúde e a vigilância das doenças e agravos de saúde; Afastadores de risco associados. As informações colhidas servem para subsidiar a criação de políticas públicas, projetos e para retratar, por meio de dados, as características da saúde da população brasileira.

Dessa forma, a PNS inclui pontos amplos e diversos que oferece um panorama geral sobre o acesso à política de saúde pública no Brasil. Por isso, foi necessário fazer um recorte das informações que refletissem, de maneira mais aproximada, as condições de vida e trabalho das mulheres negras, apesar do vasto conteúdo presente na publicação, com enorme potencial de correlação com a realidade brasileira.

A PNS tem seus resultados reunidos em cinco publicações, são elas: 1) Ciclos de vida; 2) Acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social; 3) Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal; 4) Atenção primária à saúde e informações antropométricas; 5) Informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde. As tabelas de dados estão disponíveis também no portal SIDRA⁴.

Para esta pesquisa de trabalho de conclusão de curso focamos nos dados presentes na publicação “Informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde”. As tabelas que serão apresentadas mais adiante foram de organização própria de maneira a trazer informações específicas para este trabalho.

⁴ Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>. Acessado em 23/02/2022

Foram utilizadas como base, vinte e seis tabelas organizadas de maneira a evidenciar os seguintes aspectos: o perfil dos usuários, doenças crônicas mais presentes, frequência no acesso, mercado de trabalho, acesso à plano privado de saúde, internação por raça e cor e atendimento por raça e cor. Apresentamos neste TCC quatro tabelas que nos auxiliam a analisar as condições de acesso à saúde pelas mulheres negras, a saber: 1) Perfil das pessoas que utilizaram serviços da Atenção Primária de Saúde; 2) Pessoas com pelo menos uma doença crônica; 3) Cor/raça de pessoas internadas; 4) Perfil das pessoas que procuraram atendimento.

De maneira geral, no que se refere ao perfil das pessoas que utilizam os serviços da atenção primária, temos o panorama a seguir:

Tabela 1- Perfil das pessoas que utilizaram serviços da Atenção Primária de Saúde (2019)

Coefficiente de Pessoas de 18 anos ou mais que utilizaram serviços da Atenção Primária de Saúde em 2019 – Brasil					
Total					100
Sexo					
Homem		30,1	Mulher		69,9
Grupos de idade					
18 a 39	32,6	40 a 59	35,8	60 ou mais	31,6
Cor ou raça					
Branco		38	Preto ou pardo		60,9
Estado conjugal					
Tem cônjuge		65	Não tem cônjuge		35
Plano de saúde					
Possui plano		5,6	Não possui plano		94,4
Motivo da procura					
Doença ou outro problema de saúde ou continuação de tratamento					52,5
Exame periódico					40,2
Outro motivo					7,3
Frequência					
Menos de duas vezes		16,4	Mais de duas vezes		83,6

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

A primeira tabela evidencia dados que compõem o perfil dos(as) que utilizaram os serviços da Atenção Primária de Saúde em 2019. Nela temos indicadores de sexo, raça/cor, idade, estado conjugal, se possui plano de saúde e o motivo da procura do serviço. A partir das informações podemos concluir que o perfil predominante que faz uso dos serviços de saúde na esfera da atenção primária é composto, em mais da metade, por mulheres e por negras. A faixa etária predominante é de 40 a 59 anos de idade e mais de 90% não possuem plano de saúde.

Dessa forma, temos a expressão de que as mulheres negras são as que mais sofre com as condições de acesso que temos hoje, no Brasil, dos serviços do SUS, especificamente da atenção primária. A grande maioria não possui plano de saúde, ou seja, um demarcador de classe social, pois grande parte da classe trabalhadora e da população pobre não consegue pagar por um plano de saúde privado.

Esse dado expõe a base material que debatemos teoricamente no capítulo I, principalmente com as análises de Saffioti (1988) sobre o nó patriarcado-racismo-capitalismo. De acordo com a autora, o modo de produção capitalista estrutura seu processo de produção e reprodução por meio do patriarcado e do racismo, ou seja, usa desses fenômenos históricos para separar e hierarquizar a classe trabalhadora.

Sendo assim, podemos concluir que este perfil expresso na Tabela 1 explicita uma das consequências dessa base material formada pelo nó que diz respeito ao acesso às condições de vida, trabalho, direitos, serviços e políticas sociais no caso em análise à atenção primária em saúde).

Quando adentramos mais ainda nos indicadores, percebemos que a população negra, de forma geral, possui as piores condições de acesso ao direito à saúde no Brasil. Isso se mostrou em diferentes cenários. Na tabela a seguir (Tabela 2) explicitamos o caso das pessoas com doenças crônicas, neste indicador que pode atingir de forma geral a população, a negra é em maior número, ou seja, a soma de pretos e pardos (população negra), exprime esse elemento.

Tabela 2- Perfil das pessoas com pelo menos uma doença crônica

Pessoas de 18 anos ou mais de idade que possuem pelo menos uma doença crônica (%)															
Total															
Total							Proporção								
0,6							0,6								
Sexo															
Masculino							Feminino								
Total				Proporção			Total				Proporção				
0,9				0,9			0,7				0,7				
Grupos de idade															
De 18 a 29 anos		De 30 a 59 anos			De 60 a 64 anos		De 65 a 74 anos		Com 75 anos ou mais						
Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção		
2,5	2,4	0,8	0,7	2	1,2	1,5	0,8	2,1	0,9						
Nível de instrução															
Sem instrução e fundamental incompleto			Fundamental completo e médio incompleto			Médio completo e superior incompleto			Superior completo						
Total		Proporção	Total		Proporção	Total		Proporção	Total		Proporção		Total	Proporção	
1,1		0,7	2,2		1,6	1,6		1,3	2,8		1,5				
Cor ou raça															
Branca				Preta				Parda							
Total		Proporção		Total		Proporção		Total		Proporção		Total		Proporção	
1,2		0,9		2,4		1,6		1,2		0,9					
Na força de trabalho							Fora da força de trabalho								
Ocupadas				Desocupadas											
Total		Proporção		Total		Proporção	Total			Proporção					
1		0,9		4,5		3,3	0,9			0,6					
Rendimento domiciliar per capita						Rendimento domiciliar per capita									
Sem rendimento até 1/4 do salário mínimo		Mais de 1/4 a 1/2 do salário mínimo		Mais de 1/2 a 1 salário mínimo		Mais de 1 a 2 salários mínimos		Mais de 2 a 3 salários mínimos		Mais de 3 a 5 salários mínimos		Mais de 5 salários mínimos			
Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção		
2,7	2	2,4	1,6	1,5	1	1,5	1,1	2,7	1,8	3,3	2,1	4,5	2		

Nota: Foram consideradas as seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes, câncer, doença do coração, depressão, outra doença mental, problema crônico de coluna, insuficiência renal crônica, asma, outra doença crônica do pulmão, artrite ou DORT

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

Vale ressaltar ainda que a vinculação do grau de instrução, trabalho e renda surge da preocupação de que haveria uma relação entre a renda e inserção no mercado de trabalho com as doenças crônicas. Isto é, se o fato de ter uma doença crônica afeta a renda e inserção no mercado de trabalho.

Na terceira, temos por raça/etnia as pessoas que ficaram internadas por vinte e quatro horas ou mais nos doze meses que antecederam a pesquisa. A razão desta existir no trabalho é entendermos qual é a cor do usuário que utiliza os equipamentos de saúde para internação.

Tabela 3- Cor/raça de pessoas internadas (2019)

Cor/raça de pessoas que ficaram internadas no SUS por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses anteriores a entrevista			
Total	Branca	Preta	Parda
64,6	53,6	75,9	73,6

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

O perfil de pessoas negras (pretos e pardos) permanecem. Em qualquer indicar desta pesquisa, chegaremos a mesma conclusão, ou seja, mais da metade da população que usa o SUS são negros(as) e, quando consideramos o gênero, temos as mulheres. Aqui cabe uma análise de Almeida (2018), que retomamos no primeiro capítulo, sobre o racismo no Brasil. Para o autor o racismo “[...] é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam” (ALMEIDA, 2018, p.25).

Caso a análise desses dados desconsidere os efeitos do patriarcado e do racismo nas condições de vida, trabalho e acesso das pessoas que sofrem suas consequências, não desvendaremos o eixo causador desses problemas que na aparência são explicados como questões individuais e/ou familiares, por exemplo.

A tabela 4 finca nossa análise ao abordar o perfil das pessoas que buscam atendimento. Vejamos:

Tabela 4- Perfil das pessoas que procuraram atendimento

Pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa e:			
Conseguiram atendimento, por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda
34.238	16.324	3.761	14.212
Conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram, por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda
29.334	13.829	3.294	12.245
Tiveram medicamento receitado, por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda
20.911	9.869	2.308	8.824

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

A escolha por abordar dados que explicitam elementos sobre o acesso das mulheres negras à política de saúde no Brasil, nos subsidiou para debatermos que essa questão não é um fato isolado, mas parte das inúmeras consequências causadas pela imbricação entre patriarcado-racismo-capitalismo.

Os dados colhidos reforçam o indicativo presente no referencial teórico de que as mulheres negras formam a base da pirâmide social, sendo responsáveis pelo desenvolvimento social, ora pela significativa extração de mais valia, ora pelo trabalho não remunerado, ora pelas piores condições de acesso ao sistema de garantia de direitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso teve por objetivo geral analisar os elementos que explicam o acesso das mulheres negras, no Brasil, à política pública de saúde. Para tal, construímos uma base de dados a partir da pesquisa documental realizada na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS 2019).

Dessa forma, a investigação identificou elementos da base material que estrutura as relações sociais presentes na sociedade em que estamos inseridos. A interpretação dos dados empíricos a partir do debate do nó patriarcado-racismo-capitalismo, cunhado pela socióloga Saffioti (1976; 1987; 1988), atribui ao capitalismo a reformulação de fenômenos já existentes para acentuar os processos de dominação-exploração de parcelas da população.

No Brasil, o racismo é resultado de um sistema econômico escravocrata que perdurou cerca de 300 anos, onde pessoas negras eram trazidas do continente africano para serem escravizadas. A cultura e identidade deste povo foram negadas, apagadas e marginalizadas. E, ainda hoje, pessoas negras são discriminadas pela cor de sua pele e estão nas estatísticas dos piores indicadores sociais.

Ainda, atualmente, as pessoas negras sofrem com as sequelas remanescentes da escravização, recebendo menores salários, liderando os índices de subemprego e trabalho informal, tendo menor escolaridade, sendo a população que mais morre e é mais encarcerada. Esses fenômenos se traduzem na divisão racial do trabalho presente no sistema capitalista, e isso demonstra como o capitalismo se apropriou e reformulou o racismo para seus interesses.

De outra parte, temos a exploração das mulheres, postas em relação de inferioridade aos homens, a qual são subjugadas por conta do gênero. Esta condição é um fato histórico que ganha nova roupagem atualmente. O patriarcado enquanto mecanismo de exploração-dominação, existe desde a antiguidade atribuindo ao homem poder sobre as mulheres e consequentemente o domínio da sociedade. A elas, são atribuídas as tarefas do cuidado e da reprodução social, diminuindo o gasto do capital com a força de trabalho, gerando uma dupla função a elas, que devem se dedicar ao trabalho remunerado e, também, ao trabalho doméstico. Diante disso, as mulheres, sobretudo as mulheres negras, são expostas a situações de vulnerabilidade social no que diz respeito aos índices de violência de gênero pois o patriarcado transformou as diferenças entre homens e mulheres em desigualdades (SAFFIOTI, 1976)

Ao confrontarmos a oferta e a demanda de políticas públicas específicas para as mulheres e para a população negra percebemos que apesar de individualmente termos um arcabouço legal, as pessoas que ocupam de maneira sobrepostas, esses espaços carecem de

medidas específicas. Existe a política nacional de saúde para as mulheres e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Contudo, estas políticas conversam muito pouco entre si, o que resulta na inexistência de ações concretas voltadas para este seguimento que é o que mais utiliza os serviços de saúde pública.

A partir de uma perspectiva interseccional, ao analisarmos o Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se o déficit na disponibilidade de serviços específicos. Isso afeta diretamente a vida da população feminina negra, uma vez que a saúde é um dos principais direitos constitucionais. Ainda inseridos nesse contexto, é importante demarcar que as mulheres negras são as mais afetadas pelas recentes atualizações da forma de exploração via capital-trabalho.

Ocupando a base da pirâmide social, as mulheres negras são, segundo dados colhidos pelo IBGE para compor a PNS 2019, as maiores usuárias da saúde pública brasileira. Segundo a mesma fonte, a maioria dos usuários tem cônjuge, porém este indicativo não necessariamente reflete em uma rede de apoio uma vez que, historicamente, as mulheres têm a função social do cuidado atribuída a elas.

Esta é a realidade da maioria dos usuários do SUS. Mulheres que sofrem com a desigualdade de gênero em todos os aspectos da sua vida, no trabalho, na vida privada, nas relações afetivo-familiares e na busca por atendimento de saúde. Sendo este um direito constitucional que não é aplicado de maneira direcionado a elas, ainda que, se tenha, através de dados coletados por instituições governamentais sérias e renomadas, o indicativo de que são, ou deveriam ser, público-alvo das ações voltadas à saúde.

Apesar do cenário contrário, existe um mecanismo de enfrentamento a essa questão. As mulheres negras, são sobreviventes desde o primórdio da fundação do Brasil, e diante de conjecturas nada favoráveis, no maior dos eufemismos tendo em vista as abomináveis situações que foram expostas ao longo da formação brasileira, tem o poder de resistência. Esta se dá por meio de articulação entre pares, sabedoria oral e formação de memória, valorização da cultura marginalizada, fortalecimento de vínculo e sobretudo, por teimosia de viver.

O fato do governo ter acesso a esses dados, confirma que esta é uma questão detectada, mas que, todavia, não é utilizada para o fortalecimento de ações em saúde evidenciando o não comprometimento do Estado com as mulheres negras, principalmente as pobres e da classe trabalhadora. A falta de acesso, catalisa as vulnerabilidades sociais, o que reverbera em uma maior exposição aos ardis mecanismos do capital para aumentar a taxa de exploração a qual as trabalhadoras inseridas em contexto de subemprego e trabalho informal tendem a se submeter para sobrevivência individual e familiar.

Esta submissão, nada mais é do que a tentativa de resistir em um contexto nefasto em virtude das expressões do nó (patriarcado-racismo-capitalismo) em suas vidas. Essas mulheres foram escravizadas, torturadas e violentadas por mais de trezentos anos de escravidão, e, agora, em que são legalmente livres, não tem acesso a um direito fundamental e universal. A carne mais barata do mercado é a carne negra. E, abaixo dela, só a carne de mulheres negras.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Letramento. Belo Horizonte, 2018
- BRASIL. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica.** Ministério da Saúde. Brasília, 2005
- _____. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM),** Secretaria de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2016.
- _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,** .Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- BRAVO, M. I S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos / 1. ed.** – Cortez, São Paulo, 2013
- BRITO, D **Maioria de mortes maternas no país ocorre entre mulheres negras jovens.** Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulhere-negras-jovens>. Acesso em: 21 de fev. 2022
- CARNEIRO, S. **Mulheres em movimento** Estud. av. vol.17 no.49, São Paulo, 2003
- CISNE, M. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social /** Mirla Cisne, Silvana Mara Moraes dos Santos. Cortez, São Paulo, 2018
- CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2021 /** Daniel Cerqueira et al., — FBSP, São Paulo, 2021.
- COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento.** Boitempo, São Paulo, 2019
- FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina.** Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1975.
- GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos.** Zahar Editores, Rio Janeiro, 2020.
- IBGE. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html?=&t=resultados> >. Acesso em: 24 de jan. de 2022
- _____. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

IPEA, **Atlas da violência, principais resultados 2020**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/27/atlas-da-violencia-2020-principais-resultados> Acesso em 21 de fev. de 2022

MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M. da; LIMA, R. S. (Orgs.). **Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos**. Navegando Publicações, Uberlândia, 2020.

MOURA, C. **Brasil: raízes do protesto negro**. São Paulo: Global, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde**. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2013.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. In: Ciênc. saúde colet. 23 (6) • Jun 2018.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Letramento, Belo Horizonte, Justificando, 2017.

SAFFIOTI, H.I.B. **O poder do macho**. Moderna, São Paulo, 1987.

_____. **A mulher sob o modo de produção capitalista**. Revista Quadrimestral. 1976.

_____. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? *Crítica Marxista*, São Paulo, Boitempo, v.1, n. 11, 2000, p. 71-75.

SECRETARIA DO GOVERNO DE SAÚDE, **O sistema único de saúde**. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 21 de fev. 2022

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, **Boletim epidemiológico 20 Volume 52**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf . Acesso em 21 de fev 2022

UNIRIO, **Os fundamentos da violência contra as mulheres no Brasil**. Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/pesquisa/projeto-2019/projeto-de-pesquisa>. Acesso em: 21 de fev. 2022

APÊNDICES

Apêndice 1 - Roteiro de pesquisa documental

Tema da pesquisa: O acesso das mulheres negras à política de saúde no Brasil

1. Identificação do documento

- 1.1. Tipo de documento (boletim, artigo de opinião, matéria jornalística, informativo, base de dados):
- 1.2. Tema:
- 1.3. Local:
- 1.4. Data do documento:
- 1.5. Quantidade de autores(as):
- 1.6. Profissão das pessoas que elaboraram o documento:
- 1.7. Titulação:

2. Análise do documento

- 2.1. Objetivo do texto:
- 2.2. Principais argumentos:
- 2.3. Cita alguma bibliografia?
 - 2.3.1. Qual?
- 2.4. Cita dados?
 - 2.4.1. Quais?
- 2.5. Quais as conclusões do texto/documento?
- 2.6. Quais dados são fundamentais para a sua pesquisa?

Apêndice 2 – Base de dados completa

Tabela 1- Perfil das pessoas que utilizaram serviços da Atenção Primária de Saúde (2019)

Coefficiente de Pessoas de 18 anos ou mais que utilizaram serviços da Atenção Primária de Saúde em 2019 – Brasil					
Total					100
Sexo					
Homem		30,1	Mulher		69,9
Grupos de idade					
18 a 39	32,6	40 a 59	35,8	60 ou mais	31,6
Cor ou raça					
Branco		38	Preto ou pardo		60,9
Estado conjugal					
Tem cônjuge		65	Não tem cônjuge		35
Plano de saúde					
Possui plano		5,6	Não possui plano		94,4
Motivo da procura					
Doença ou outro problema de saúde ou continuação de tratamento					52,5
Exame periódico					40,2
Outro motivo					7,3
Frequência					
Menos de duas vezes		16,4	Mais de duas vezes		83,6

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

Tabela 2- Perfil das pessoas com pelo menos uma doença crônica

Pessoas de 18 anos ou mais de idade que possuem pelo menos uma doença crônica (%)													
Total													
Total							Proporção						
0,6							0,6						
Sexo													
Masculino							Feminino						
Total				Proporção			Total				Proporção		
0,9				0,9			0,7				0,7		
Grupos de idade													
De 18 a 29 anos		De 30 a 59 anos				De 60 a 64 anos		De 65 a 74 anos		Com 75 anos ou mais			
Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção
2,5	2,4	0,8	0,7	2	1,2	1,5	0,8	2,1	0,9				
Nível de instrução													
Sem instrução e fundamental incompleto			Fundamental completo e médio incompleto			Médio completo e superior incompleto			Superior completo				
Total		Proporção	Total		Proporção	Total		Proporção	Total		Proporção		
1,1		0,7	2,2		1,6	1,6		1,3	2,8		1,5		
Cor ou raça													
Branca				Preta				Parda					
Total		Proporção		Total		Proporção		Total		Proporção			
1,2		0,9		2,4		1,6		1,2		0,9			
Na força de trabalho													
Ocupadas						Desocupadas						Fora da força de trabalho	
Total		Proporção		Total		Proporção		Total		Proporção			
1		0,9		4,5		3,3		0,9		0,6			
Rendimento domiciliar per capita							Rendimento domiciliar per capita						
Sem rendimento até 1/4 do salário mínimo		Mais de 1/4 a 1/2 do salário mínimo		Mais de 1/2 a 1 salário mínimo		Mais de 1 a 2 salários mínimos		Mais de 2 a 3 salários mínimos		Mais de 3 a 5 salários mínimos		Mais de 5 salários mínimos	
Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção	Total	Proporção
2,7	2	2,4	1,6	1,5	1	1,5	1,1	2,7	1,8	3,3	2,1	4,5	2
Nota: Foram consideradas as seguintes doenças crônicas: hipertensão, diabetes, câncer, doença do coração, depressão, outra doença mental, problema crônico de coluna, insuficiência renal crônica, asma, outra doença crônica do pulmão, artrite ou DORT													

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

Tabela 3- Cor/raça de pessoas internadas (2019)

Cor/raça de pessoas que ficaram internadas no SUS por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses anteriores a entrevista			
Total	Branca	Preta	Parda
64,6	53,6	75,9	73,6

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

Tabela 4- Perfil das pessoas que procuraram atendimento

Pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa e:			
Conseguiram atendimento, por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda
34.238	16.324	3.761	14.212
Conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram, por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda
29.334	13.829	3.294	12.245
Tiveram medicamento receitado, por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda
20.911	9.869	2.308	8.824

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

Tabela 5- Perfil de pessoas com algum plano de saúde

Pessoas que tinham algum plano de saúde (médico ou odontológico), por cor ou raça			
Total	Branca	Preta	Parda

28,5	38,8	21,4	20,1
------	------	------	------

Fonte: IBGE
Elaboração Própria

Tabela 6- Perfil em relação à empregabilidade e renda

Condição em relação à força de trabalho na semana de referência			
	Proporção	Limite inferior	Limite superior
Na força de trabalho ocupadas	44,9	44,1	45,7
Na força de trabalho desocupadas	41,1	38,4	43,8
Fora da força de trabalho	66,7	65,8	67,6
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que possuem pelo menos uma doença crônica (%) rendimento domiciliar per capita			
	Proporção	Limite inferior	Limite superior
Sem rendimento até 1/4 do salário mínimo	44	42,2	45,7
Mais de 1/4 a 1/2 do salário mínimo	46,4	44,8	47,9
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	52,8	51,7	53,9
Mais de 1 a 2 salários mínimos	52,8	51,6	54
Mais de 2 a 3 salários mínimos	55,9	53,9	57,9
Mais de 3 a 5 salários mínimos	55,4	53,1	57,7
Mais de 5 salários mínimos	60	57,5	62,5

Fonte: IBGE
Elaboração Própria