



Praia Vermelha



Estudos de Política e Teoria Social

Praia Vermelha

ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Saúde da população negra em tempos de pandemia

v.32 n.2

Jul-Dez/2022

A Revista Praia Vermelha é uma publicação semestral do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro cujo objetivo é servir como espaço de diálogo entre centros de pesquisa em serviço social e áreas afins, colocando em debate, sobretudo, os temas relativos às políticas sociais, políticas públicas e serviço social.

Conheça nossas [políticas editoriais](#).



Praia Vermelha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

REITORA

Denise Pires de Carvalho

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Denise Maria Guimarães Freire

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DIRETORA

Ana Izabel Moura de Carvalho

VICE-DIRETOR

Guilherme Silva de Almeida

DIRETORA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Fátima da Silva Grave Ortiz

REVISTA PRAIA VERMELHA

EDITORA-CHEFE

Andrea Moraes Alves UFRJ

EDITORA ASSOCIADA

Patrícia Silveira de Farias UFRJ

EDITORES AD HOC v.32 n.2

Rachel Gouveia Passos UFRJ

Jadir Anunciação de Brito UFRJ

EDITOR TÉCNICO

Fábio Marinho

REVISÃO

Nicole Leal

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábio Marinho

CONSELHO EDITORIAL

Angela Santana do Amaral UFPE

Antônio Carlos Mazzeo USP

Arthur Trindade Maranhão Costa UNB

Christina Vital da Cunha UFF

Clarice Ehlers Peixoto UERJ

Elenise Faria Scherer UFAM

Ivanete Boschetti UFRJ

Jean François Yves Deluchey UFPA

Leonilde Servolo de Medeiros UFRRJ

Marcos César Alvarez USP

Maria Cristina Soares Paniago UFAL

Maria Helena Rauta Ramos UFRJ

Maria das Dores Campos Machado UFRJ

Maria de Fátima Cabral Gomes UFRJ

Myriam Moraes Lins de Barros UFRJ

Ranieri Carli de Oliveira UFF

Rodrigo Castelo Branco Santos UNIRIO

Rodrigo Guiringuelli de Azevedo PUCRS

Salviana de Maria Pastor Santos Sousa UFMA

Suely Ferreira Deslandes FIOCRUZ



Bruno Kelly / Reuters (via outraspalavras.net)

Publicação indexada em:

[Latindex](#)

[Portal de Periódicos da Capes](#)

[IBICT](#)

[Base Minerva UFRJ](#)

[Portal de Revistas da UFRJ](#)

Escola de Serviço Social - UFRJ

Av. Pasteur, 250/fundos

CEP 22.290-240

Rio de Janeiro - RJ

praiavermelha.ess.ufrj.br

(55) (21) 3938-5386

Praia Vermelha: estudos de política e teoria social /Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.1, n.1 (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-Graduação, 1997-

Semestral
ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

1.Serviço Social-Periódicos. 2.Teoria Social-Periódicos. 3. Política- Periódicos I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

CDD 360.5
CDU 36 (05)

 Para uma melhor experiência de leitura, recomendamos o acesso por computador com visualização em tela cheia (CTRL+L).

 Navegue pelo texto utilizando os ícones na lateral esquerda das páginas ou as setas em seu teclado.

 Clique [aqui](#) para baixar, instalar e utilizar gratuitamente o Adobe Reader.

Sumário

TEMAS LIVRES ARTIGOS 289 Mulheres negras na provisão e distribuição de cuidados no Brasil

Antonio Carlos Oliveira & Thamires da Silva Ribeiro

314 Gênero, Feminismos e Serviço Social: uma análise dos periódicos científicos *Rita de Cássia Santos Freitas, Carla Cristina Lima de Almeida & Ana Lole*

332 Feminismos Interseccionais no Serviço Social: Introspecções Inclementes *Josimara Aparecida Delgado Baour, Márcia Santana Tavares & Caroline Ramos do Carmo*

DOSSIÊ EDITORIAL 356 Saúde da população negra em tempos de pandemia

Rachel Gouveia Passos & Jadir Anunciação de Brito

DOSSIÊ ENTREVISTA 360 Roberta Gondim *por Rachel Gouveia Passos et alia*

DOSSIÊ ARTIGOS 378 Os Condenados da Covid: Entre velhas e novas iniquidades

Deivi Ferreira da Silva Matos, Daniel de Souza Campos & Ludmila Fontenele Cavalcanti

403 Sofrimento psíquico da população negra brasileira e impactos da pandemia de Covid-19 *Clara Barbosa de Oliveira Santos, Débora Cristina Lopes Santos & Marina Monteiro de Castro e Castro*

423 Violência doméstica contra mulheres no contexto da pandemia da Covid-19: interseccionando realidades *Paola Cordeiro Pessanha Campos et alia*

441 Atenção integral à saúde da mulher: intersecções de gênero e raça *Cristiane Cordeiro da Silva Delfino*

465 População negra, prisão e pandemia: racismo como fator de risco à saúde *Giovanna Canêo & Adeildo Vila Nova Silva*

DOSSIÊ RELATOS DE EXPERIÊNCIA 491 Saúde da População Negra: aquilombamento necessário no Rio de Janeiro *Verônica Caé da Silva Moura et alia*

510 Estratégias coletivas de enfrentamento à Covid baseadas nas práticas tradicionais de cuidado *Luana Azevedo et alia*

521 Saúde e resistência nos territórios quilombolas do Vale do Ribeira Paranaense *Lucilene da Rosa Pereira*

 Você está aqui.

 Para acessar os demais textos deste número clique aqui e veja o sumário online.

Praia Vermelha

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Atenção integral à saúde da mulher: intersecções de gênero e raça

Saúde da mulher
Mulher negra
Gênero
Raça
Movimentos sociais

O artigo analisa a evolução da construção de políticas de atenção à saúde da mulher brasileira, a partir da década de 1980. Refletimos acerca da relação interseccional de gênero e raça, cotejando as narrativas do Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM), da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Assinalamos ainda a importância dos movimentos feministas e do movimento negro nesse processo. Para isso, lançamos mão da revisão bibliográfica e análise documental.

Cristiane Cordeiro da Silva Delfino

Assistente social, doutoranda em Política Social UFF.
crisdelfino2012@gmail.com

**Women's health care:
intersections of gender and race**

The article analyzes the evolution of the construction of policies for women's health care in Brazil since the 1980s. We reflect on the intersectional relationship between gender and race, comparing the narratives of the Program of Integral Attention to Women's Health (PAISM), the National Policy for Women's Health Care (PNAISM) and the National Policy for Integral Health of the Black Population (PNSIPN). We also point out the importance of the feminist and black movements in this process. To this end, we resorted to literature review and document analysis.

**Women's health
Black women
Gender
Race
Social movements**





Introdução

A “problemática” da saúde da mulher é perpassada por diversas questões, intersecções que determinam o enfoque na proteção e promoção da atenção integral à saúde da mulher. São estas “diversas”: mulheres, mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais, pobres, ricas, com deficiências ou não.

Explicitar estas especificidades em uma política é promover um atendimento equânime, embora muitos acreditem ser uma forma de discriminar. Trabalhar com a ideia de sujeito universal é maquiar as desigualdades e as violências historicamente naturalizadas. E, por que falar de saúde da mulher se somos todos iguais perante a lei? E por que falar de mulheres se o gênero nos une e nos “universaliza”? A resposta é que somos mulheres e apresentamos especificidades biológicas e sociais, e também porque somos mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais, ou seja, uma multiplicidade de identidades que devem ser pensadas “caso a caso” sem perder de vista o caráter coletivo desse processo.

Ademais, dissertar acerca da questão interseccional das opressões é compreender que estes diversos caminhos confluem para oprimir, constranger, violentar e violar os direitos das mulheres de viverem com saúde, em sua completude. Nesta direção, compreendemos que o termo interseccionalidade aponta à “[...] forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (CRENSHAW, 2004, p. 177). A “subordinação interseccional intencional”, como aponta a autora, não é destinada às mulheres, em muitos casos, apenas por serem mulheres, mas também por não fazerem parte de “grupos étnicos sociais dominantes”, caracterizando uma “subordinação interseccional”.

Analisar o processo de construção de políticas e programas de atenção à saúde da mulher no Brasil requer reconhecer que a efervescência dos movimentos sociais da década de 1980, em pleno processo de transição democrática, fez emergir uma nova fase do movimento de mulheres, bem como do movimento negro. O engajamento das mulheres no meio político propiciou a emergência de suas demandas e especificidades.





Assim, para refletirmos acerca destas questões, a metodologia a ser utilizada envolverá a revisão bibliográfica, bem como a análise documental (CELLARD, 2008) a partir dos dados qualitativos. O artigo será dividido em dois momentos. Em um primeiro momento refletiremos acerca da importância da análise interseccional de gênero e raça e o papel dos movimentos sociais. E em um segundo momento analisaremos o desenho de cada documento supracitado.

As intersecções de gênero e raça

A raça e gênero são postos na história como questão de identidade social. Durante o processo histórico a sociedade passou a classificar as pessoas por sua cor da pele, tipo de cabelos, traços físicos, a ditar os papéis das mulheres e homens, o lugar destes no ambiente público e privado, apontando a estrutura biológica como caráter de superioridade/inferioridade, o que demarca maior ou menor autonomia nas relações sociais, delimitando uma hierarquia. E como afirma Beauvoir (1980), “não se nasce mulher, torna-se mulher”, diante da criação cultural do “masculino” e “feminino”, que atribui funções sociais e estes.

Destacamos que “gênero é mais do que uma identidade aprendida, é uma categoria imersa nas instituições sociais (o que implica admitir que a justiça, a escola, a igreja etc. são ‘genereficadas’, ou seja, expressam as relações sociais de gênero)” (LOURO, 1997, p. 103).

E, a raça é conceitual, ideológica e política. O pertencimento racial, em geral, não é fixo, apresenta-se como um significado flutuante. Segundo Guimarães (2009, p. 124) a raça “é um conceito que denota tão somente uma forma de classificação social, baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais”. A percepção de branco e negro no Brasil varia de acordo com o lugar no qual o sujeito está inserido. Relaciona-se com o “grau de mestiçagem”, com a classe e a região em que o sujeito se encontra.

Para representar essas opressões que atingem um determinado grupo, o fenômeno da interseccionalidade, ou seja, a intersecção das opressões, é um fator que deve ser apontado e analisado de forma a buscar alternativas que contemplem as demandas específicas de um grupo. A interseccionalidade nos remete





ao contexto de múltiplas desigualdades e discriminações, um processo dinâmico de interação entre dois ou mais movimentos de subordinação em relação aos demais indivíduos.

De acordo com Kilomba (2019), as negras e negros vivem em um mundo eurocêntrico programado para alienação, decepção, onde a imagem atribuída à negritude não é real e, muito menos, positiva. A sociedade se acostumou e se acomodou a ver nas telas os heróis brancos e os negros como os vilões e criminosos.

Nesta direção, “espera-se” que as(os) negras(os) sejam selvagens, serviçais, prostitutas, putas, criminosos, traficantes. “Que dor, estar preso(a) nesta ordem colonial” (KILOMBA, 2019, p. 39). No tocante às mulheres negras, Kilomba (2019) aponta que existe uma hierarquia racial e de gênero nessa sociedade eurocêntrica. O homem branco é o padrão, o universal, seguido da mulher branca, o homem negro e a mulher negra. A mulher é o “outro” em relação ao homem e a mulher negra é o “outro” de ambos. A mulher negra é o “outro do outro”, posição que a coloca em um local de mais difícil reciprocidade.

Um fato importante que deve ser levado em consideração é que mulheres brancas e os homens negros podem ser vistos como sujeitos em dados momentos, pois, as mulheres, embora sejam “sujeitas femininas”, são brancas, e homens embora sejam negros, são homens. Agora, a mulher negra então seria o “outro” absoluto, como aponta Beauvoir (2005).

Kilomba avança para além das reflexões de Beauvoir, destacando o modo de ser mulher de uma forma “universal”, ou seja, as mulheres brancas em relação ao homem. “Há esta anedota: uma mulher negra diz que ela é uma mulher negra. Uma mulher branca diz que ela é uma mulher. [...] E acreditem em mim, não existe uma posição mais privilegiada do que ser apenas a norma e a normalidade”, nas palavras de Kilomba na palestra “Descolonizando o Conhecimento”¹.

Outro estigma que pode ser apontado é a questão da sexualidade. Em relação à sexualidade e as representações das mulheres negras o regime da “verdade” forma o discurso para controle das sexualidades. Essas “verdades” nos “permitem” pensar a sexualidade das mulheres negras. A sexualidade é socialmente construída no processo histórico, de acordo com cada sociedade. Assim, aponta-se que o Brasil, ao se





estruturar tendo por base relações escravistas e patriarcais, traz rebatimentos sobre as representações da sexualidade das mulheres negras (FOUCAULT, 1985).

Diante do exposto, falar sobre a sexualidade da mulher negra no Brasil, (re)projeta o passado escravista. Essa construção de sexualidade escravista serve como base de legitimação da “exploração masculina branca e o estupro das negras”. Nesse sentido, “[...] essas representações incutiram na consciência de todos a ideia de que as negras eram só corpo sem mente. A aceitação cultural dessas representações continua a informar a maneira como as negras são encaradas” (HOOKS, 1995, p. 469). Aquele corpo negro, sem alma, estuprado pelos “senhores” e odiado pelas “sinhazinhas”.

Assim, as demandas das mulheres não estão condicionadas apenas a romper com as desigualdades históricas atribuídas aos papéis da mulher na sociedade em relação ao homem. Exige, também, o rompimento com o sistema de opressão, marcado pela discriminação racial, dentre outros sistemas (como o de classe) que aprisionam os direitos das mulheres.

Diante desse contexto desenhado, no que concerne à questão interseccional das opressões que atingem às mulheres, pensar os sujeitos envolvidos no processo de implementação de políticas públicas faz-se um trajeto importante, levando em consideração que nenhuma posição é neutra, e que a maior ou menor intervenção dos sujeitos dá direcionamento político à construção dos documentos governamentais.

O papel dos movimentos na construção das políticas de atenção à saúde da mulher

Pensar os sujeitos e a construção das políticas de atenção à saúde da mulher, entender como esses sujeitos se articulam, confluem no processo de formulação e execução das políticas torna-se um movimento essencial, tendo em vista que as ações e estratégias são moldadas pelos atores sociais, sejam eles governamentais ou não. Entender esse processo faz-se um movimento de suma importância, para analisarmos a construção de políticas, que envolve diversos sujeitos, como o Estado, a gestão, os movimentos etc.





Não podemos negar que as ações referentes à igualdade racial estão sendo postas nos debates e agendas políticas. Contudo, ainda nos resta muita luta e reafirmação das diferenças no processo de gestão e implementação das políticas públicas, para que haja efetividade nas ações com caráter estruturante e universal.

Segundo Fraser (2002), para que isso aconteça faz-se necessário o reconhecimento da diferença, participação dos movimentos, investimentos de recursos, a atuação de uma justiça que articule o reconhecimento e a distribuição. Com isso, nos apropriamos das reflexões de Oliveira (2016), quando afirma que a questão racial ocupa ainda, em tempos modernos, os subterrâneos da institucionalidade e a articulação e mobilização dos movimentos sociais, especialmente do movimento negro, faz-se mecanismo essencial para emergência destas demandas.

Assim, aponta-se que a efervescência dos movimentos sociais da década de 1980, em pleno processo de transição democrática, fez emergir uma nova fase do movimento de mulheres, bem como do movimento negro. O engajamento das mulheres no meio político propiciou a criação de um conselho nacional e estadual para debater os direitos das mulheres, em 1985. Em relação à política de saúde, vale ressaltar que em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A presença de lideranças femininas e o apoio de sanitaristas feministas propiciou uma ênfase sobre a questão da saúde da mulher (COSTA, 2007).

No âmbito da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde discutiu-se o projeto da reforma sanitária, a participação marcante das mulheres possibilitou o desvendamento das especificidades da saúde da mulher, o que proporcionou a convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. As resoluções da conferência foram transformadas em documento de cunho político chamado de “A Carta das Mulheres Brasileiras”, que reafirmou a necessidade e centralidade da saúde nos debates no interior dos movimentos. A carta apoia-se em dois argumentos: a saúde como direitos de todos e dever do Estado; e o direito da mulher de atenção à saúde para além do período gestacional.

Outra vitória do movimento das mulheres foi a participação na Constituição Federal de 1988, por meio de emendas substitutivas, que provocou a mudança na questão do planejamento familiar, passando a ser considerada “livre a decisão do casal” (COSTA, 2007).





O movimento feminista participou ativamente das lutas em prol da atenção à saúde da mulher. Mesmo após a criação do PAISM, a luta continuou em favor de modificação da atenção à saúde com ênfase na maternidade, o que culminou na criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, que aponta para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, como também, as questões de desigualdades de gênero como relevantes nas condições de saúde das mulheres.

Em relação à saúde, o feminismo negro trouxe grande contribuição, colocando na agenda os direitos reprodutivos e as diferenças em relação saúde/doença que atingem as mulheres negras. A luta por inclusão da cor nos sistemas de classificação ainda continua como entrave na identificação dos dados relacionados à população negra, pois os profissionais de saúde não o compreendem como “dado epidemiológico essencial”, caracterizando objeto de ação política (CARNEIRO, 2003). Esse episódio aponta para um fato: a ausência de dados demonstra um posicionamento político.

O processo de esterilização, principalmente, das mulheres negras e de baixa renda, é outro tema incluído na agenda do Movimento. As mulheres “optavam” por intervenções cirúrgicas irreversíveis para controle de natalidade, comandadas pela BEMFAM e CPAIMC. As denúncias de esterilização em massa proporcionaram a criação de uma CPMI. As mobilizações culminaram no Projeto de Lei n.º 201/91, regulamentando o processo de esterilização (CARNEIRO, 2003).

Nesta direção, destacamos diversos avanços em relação à questão do negro no Brasil. A tipificação do racismo como crime inafiançável, preconizado na Constituição Federal de 1988 e regulamentação com a Lei n.º 7.716/1989; a marcha de 300 anos de Zumbi dos Palmares, que forçou o governo a reconhecer oficialmente o racismo no Brasil (1995); a III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada na África do Sul, em 2001, onde brasileiros participaram, visando à implementação das ações afirmativas que atendessem às demandas dos negros e negras (MADEIRA, 2014).

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º 10.678, em 2003, caracteriza outro avanço. “No encerramento do I Seminário Nacional de



Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o MS, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros [...]” (BRASIL, 2009, p. 20). Dessa forma, nos anos 2000, apontamos como um grande avanço em relação à saúde da população negra a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Da relação interseccional de raça e gênero no PAISM, PNAISM e PNSIPN

Ao pesquisarmos acerca da interseccionalidade de gênero e raça e como essas intersecções aparecem nas políticas de atenção à saúde da mulher, percebemos que faltam trabalhos nesse sentido. A escolha dos documentos supracitados tem por base seu teor, mesmo que de forma tímida, de ruptura, concernente à atenção voltada para as especificidades da saúde da mulher.

Na escolha do método não devemos partir de respostas prontas, acabadas, com a mente cauterizada sobre um determinado assunto ou forma de pesquisar. Deve-se buscar fugir do “bom” ou “ruim”, do funcionou ou não, nada é absoluto. “É a adequação aos nossos propósitos e não a suposta maior capacidade de desvendar a realidade que é importante no trabalho científico. Nem todas as técnicas permitem-nos responder nossas perguntas de pesquisa” (MATTOS, 2011 p. 257).

Não existe um modelo lógico para análise de políticas públicas. No processo de análise deve se pensar naquilo que mobiliza os sujeitos e instituições, ter conhecimento do objeto e o que ele próprio reproduz. Sair dos grandes marcos e acontecimentos de um documento oficial para atentar para as pequenas histórias, para o que não se apresenta no documento oficial. Compreender as disputas históricas em torno dos conceitos não é uma tarefa simples.

Os documentos expressam e reproduzem normas, identidade, subjetividades, padrões de pensamentos definidos pela relação de poder entre os atores sociais, políticos e econômicos. Os documentos de política através de seus escritores e editores podem trazer verdades estatais, suprimi-las ou embelezá-las.

Assim, elaboramos um quadro comparativo entre o PAISM, PNAISM e a PNSIPN com intuito de facilitar a visualização das características que compõem cada política e programa.

Separamos cada documento, analisando o processo de elaboração, o momento histórico em que se deu a aprovação, os movimentos sociais que exerceram influência sobre a formulação dos documentos, explicitando como as políticas e os documentos abordam a questão de gênero, raça/etnia e reconhecem como Assistência Integral à Saúde da Mulher.

QUADRO 1

Quadro comparativo do Programa/ Políticas. Fonte: Elaboração própria.

	PAISM	PNAISM	PNSIPN
ELABORAÇÃO	Proposta de criação em 1983. Divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984. Marco histórico, considerando que foi elaborado antes do SUS e da Constituição Federal de 1988, e já previa a integralidade das ações na saúde.	Proposta de criação em 2003. Divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2004. Significou mudança a respeito da assistência integral a saúde da mulher.	O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2006. Em 2008, a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e publicada pelo Ministério da Saúde em 2009.
MOMENTO HISTÓRICO	Década de 1980, palco da efervescência de mobilizações de movimentos sociais. Chamada de década perdida (estagnação econômica), nessa década intensifica a luta pela redemocratização do país, e a discussão sobre políticas sociais públicas e universais. Década de efervescência do movimento de mulheres e do movimento negro, que aponta para o movimento feminista negro.	Os anos 2000: rebatimentos nas políticas sociais com advento da era neoliberal no contexto brasileiro. 2003 foi marcado por uma ambiguidade entre a mudança e continuidade, no contexto do governo Lula. Apresenta correlação de forças entre defensores do Estado mínimo e direitos universais. Mas, com avanços, como a criação da SPM e da SEPPIR.	A PNSIPN desenvolveu-se no governo Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff. Período de ascensão da temática social no âmbito nacional. (Período de 2006 a 2009, com a oficialização em documento governamental da PNSIPN).
INFLUÊNCIA DE MOVIMENTOS	Sua implementação recebeu influência do Movimento de Reforma Sanitária e do movimento feminista que reivindicava políticas específicas para mulheres. Atendimento de forma democrática, com informações relacionadas ao corpo, à saúde e à sexualidade.	Recebeu influência e contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de pesquisadores e estudiosos da área, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.	Movimento negro brasileiro, Movimento das mulheres negras, recebeu influência do movimento de reforma sanitária, trazendo a emergência de políticas transversais.
ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	Destina-se à promoção, prevenção e recuperação da saúde de mulheres, atingindo as diversas fases de sua vida. Restringiu-se à assistência clínico-ginecológica, à assistência para concepção e contracepção. Ênfase nos métodos contraceptivos como atividade da assistência integral à saúde da mulher.	“Rompimento” com o processo biológico e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais entre homens e mulheres.	Suas diretrizes apontam para saúde integral da população negra, não apenas para a mulher negra. A Política aponta a “qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios.



início

	PAISM	PNAISM	PNSIPN
PERSPECTIVA DE GÊNERO	O programa debate a questão de política específica para atenção à saúde da mulher, porém não adentra ao debate sobre a perspectiva de gênero e sua interferência na relação saúde/doença. Estar voltada especificamente para mulher não significa o debate da perspectiva de gênero, como uma construção social que atinge a saúde da mulher. No início da década de 1980 havia ausência dos estudos de gênero, fala-se sobre mulheres.	Aponta que as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em um impacto direto nas condições da saúde da mulher, assim as políticas devem considerar esses determinantes no processo de formulação. A política avança na questão debate em documento governamental, porém, se limita no financiamento de ações para pôr esse debate. A Política conceitua gênero tendo por base as reflexões de Joan Scott, uma autora clássica nesse debate.	Visa à inclusão do tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual com destaque para as interseções com a saúde da população negra. Embora a PNSIPN aponte questões de gênero e raça, não conceitua gênero e utiliza uma classificação “universal”, onde a palavra negro relaciona-se a homem e mulher. A PNSIPN não agrega o termo interseccionalidade.
DISCUSSÃO DE RAÇA E ETNIA	Ausência de discussão acerca dos determinantes sociais de saúde e doença; apresenta especificidades, também no acesso aos direitos, em relação às mulheres brancas e mulheres negras.	As mulheres negras possuem menor índice de assistência obstétrica no período de pré-natal, parto e puerpério. As diferenças em relação aos dados socioeconômicos e educacionais também são apontadas como diferencial no acesso aos serviços de saúde. Mulheres negras têm maior propensão a diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial, anemia falciforme, dentre outras. A PNAISM aponta a questão da renda e trabalho como empecilho ao acesso à política de saúde. Não aponta a definição de raça e se utiliza do termo afro-brasileiros para se referir aos negros. Se utiliza da classificação do IBGE para determinar quem são os negros.	Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. A política aponta a questão de gênero, porém se utilizando de termo “universal”, quando fala de negros, se refere tanto a homens e mulheres. A questão da raça apenas cita que considera negro a classificação do IBGE: pretos e pardos.

A compreensão das múltiplas desigualdades e especificidades existentes entre a população feminina aponta para a necessária incorporação da interseccionalidade como categoria de análise. Assim, esses programas e políticas são pensados a partir da percepção da vulnerabilidade da incorporação de gênero como base para prevenção e promoção da saúde das mulheres, demandas explicitadas pelos movimentos negros, movimentos feministas e pelo feminismo negro.



No tocante ao PAISM, instituído na década de 1980, representou um marco para atenção à saúde da mulher, diante da efervescência do movimento feminista em busca de ações que contemplassem suas demandas específicas. O programa emerge em plena luta pela transição democrática, antes mesmo do advento da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, um grande avanço.

Embora o referido programa aponte como proposta a compreensão das necessidades mais amplas em saúde, tendo por base o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades se explicitam, algumas lacunas foram observadas quanto à discussão de raça e gênero, dentre outras especificidades que contemplam a mulher brasileira.

No entanto, percebe-se que gênero não aparece como texto no PAISM, mas se apresenta como possível instrumento de ação, que possibilita pensar esse sujeito-mulher detentora do direito à saúde, que passa a se organizar em movimento de mulheres reivindicando seus direitos sobre seu corpo. Faz-se necessário pontuar isto, assim como o fato que os debates de gênero vão se iniciar em terras brasileiras a partir dos anos 1990.

Por outro lado, apesar do documento assinalar que a saúde das mulheres não poderia ser pensada apenas a partir dos aspectos maternos infantis, ele termina por enfatizar esse período. Vejamos no rol de atividades que aponta a assistência integral clínico-ginecológica e educativa, o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério e assistência para concepção e contracepção. No rol das atividades e das diretrizes, mais da metade delas “circula” esse momento.

A Assistência Integral à Saúde da Mulher, como explicitado na tabela acima, restringia-se a métodos contraceptivos e ao período gestacional. “Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato” (BRASIL, 1984, p. 18). De acordo com o programa, os serviços de saúde devem informar a mulher “sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas [...]” (BRASIL, 1984, p. 18). E esse foi um grande avanço para a época.



Diante da análise do programa, afirma-se que o documento, embora aponte para uma política específica para mulheres, não adentra a perspectiva de gênero como fator importante para pensar o processo saúde/doença, assunto problematizado no quadro I. A questão da raça também não aparece nesse documento, trabalhando uma visão naturalizada da mulher – que não tem cor, classe ou sexualidade, por exemplo.

Assim, a necessidade de pensar a saúde da mulher para além do período gravídico puerperal e as questões relacionais de gênero e raça começa a apontar para a necessidade de se pensar uma política que ampliasse o olhar acerca da saúde da mulher. Dessa forma, tornou-se urgente a elaboração de políticas públicas que alcançassem a mulher em todos os aspectos e não apenas no aspecto reprodutivo, dando ênfase à visão integral dos indivíduos. Assim, tendo em vista o cenário nacional acerca das políticas voltadas à saúde da mulher, que contemplasse os pressupostos de promoção e proteção da saúde das mulheres, foi formulada a PNAISM.

A PNAISM é resultado de mobilização de diversos setores da sociedade e movimentos sociais, principalmente do movimento feminista. A política trouxe a marca de articulação do “movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional” (BRASIL, 2011, p. 5).

A Política apresenta um debate da integralidade da saúde da mulher tendo por base a perspectiva de gênero, raça, e as especificidades dessas mulheres. Vale ressaltar o lapso temporal entre a criação do PAISM e a PNAISM. Levou 20 anos para que uma nova forma de pensar a saúde da mulher fosse promulgada. A entrada de um governo de esquerda e a pressão dos movimentos sociais podem configurar como ambiente propício para o atendimento das demandas das mulheres. Podemos apontar que um dos avanços que a PNAISM trouxe está relacionada à ampliação do conceito de saúde da mulher, no processo de incorporação de questões como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Como destaca o documento: “o gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e



suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. [...]” (BRASIL, 2004, p. 13). Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas.

Avançando na apresentação da política, esta destaca a incorporação do “enfoque de gênero”, tendo como campo de ação os “direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (BRASIL, 2004, p. 5). O documento inicia destacando que a política foi realizada tendo por base a participação e a parceria com setores da sociedade, enfatizando a presença do movimento de mulheres e o movimento negro.

Quanto à discussão acerca da questão racial, aparece, com ênfase, no tópico “situação sócio-demográfica”, apresentando dados sobre desigualdades sociais em relação a trabalho e renda. Mostra que ascensão social da população negra se torna difícil em relação ao lugar que ela ocupa e está diretamente relacionado ao difícil acesso à educação e trabalho. Assinala, também, que “no Brasil a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas, dada a distância existente entre os níveis de bem-estar da população branca e os do afro-descendente em todas as regiões do País” (BRASIL, 2011, p. 22).

Ademais, todo avanço destacado é fruto da mobilização da sociedade e dos movimentos, o que possibilita o tema violência contra a mulher entrar na agenda e tornar-se caso de saúde pública em diversos documentos no Brasil. Um dos objetivos foi incorporar na PNAISM, como um dos temas prioritários, a promoção da atenção para mulheres em situação de violência, organizando redes integradas de proteção, articulando ações de prevenção e promoção do empoderamento feminino. Trata-se de um documento que evidencia sujeitos de direito, que são excluídos da agenda pública por não representarem estereótipos hegemônicos construídos na sociedade em geral.

Em sua introdução, a política aponta a dupla jornada de trabalho da mulher: mãe, dona de casa, cuidadora de idosos e crianças e o trabalho fora do âmbito doméstico, alimentação precária,



moradia, renda, dentre outras situações que interferem no processo saúde/doença. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico.

Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011, p. 9).

Em relação ao limite de implementação de políticas específicas, acrescenta o desafio de pensar a questão interseccional de gênero e raça/etnia. Se utilizando do dossiê “Simetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas” (2003), a política aponta que a questão racial ainda se apresenta como entrave à elaboração de políticas públicas em razão da disparidade “entre os níveis de bem-estar da população branca e os da afro-descendentes em todas as regiões do País” (BRASIL, 2004, p. 22). Esse tópico, no entanto, não adentra a discussão da violência racial e institucional vivenciada por esse grupo. E, podemos apontar, também, que não define nem problematiza a questão racial de forma enfática, remete a discussão à questão dos afrodescendentes e não fala da população negra brasileira. Esse processo não é tão simples, pois “obriga” o reconhecimento dessa relação desigual, o qual é amenizado em falas de que o Brasil não é racista e que todos são iguais perante a lei, ou até mesmo na legitimidade da Igreja em naturalizar as diferenças existentes entre mulheres e mulheres e a relação de poder entre homens e mulheres.

Cabe aqui ressaltar que esse é o primeiro tópico que cita a relação interseccional entre gênero e raça, como necessária para pensar a saúde das mulheres.

A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-descendentes. A realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas (BRASIL, 2011, p. 22-23).





Aponta-se, novamente, a utilização do termo *afrodescendentes* para se referir às mulheres negras brasileiras. Nesse contexto, qual a importância de nomear os acontecimentos, as categorias e os sujeitos? Isto implica em reconhecimento das especificidades desses sujeitos ou serve como base de rotulação, segregação, violação de direitos? Nomear não é reconhecer que há uma desigualdade a ser refletida, mas pode representar a construção de um caminho para reflexão. Podemos nomear o negro, as especificidades das mulheres tanto para segregar quanto para explicitar essas demandas e apontar que estas necessitam de intervenção por meio de políticas públicas.

Nesta direção, para explicitar as demandas de saúde da população negra, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Estamos convencidos de que racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata revelam-se de maneira diferenciada para mulheres e meninas, e podem estar entre os fatores que levam a uma deterioração de sua condição de vida, à pobreza, à violência, às múltiplas formas de discriminação e à limitação ou negação de seus direitos humanos. Reconhecemos a necessidade de integrar uma perspectiva de gênero dentro das políticas pertinentes, das estratégias e dos programas de ação contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata com o intuito de fazer frente às múltiplas formas de discriminação [...]²

O debate acerca da saúde da população negra gira em torno do racismo construído historicamente e segue agravando as vulnerabilidades às quais esta população fora submetida. A partir da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata é que o tema saúde da população negra passa ser alvo de reflexões na agenda governamental. Esse processo tem como marco a produção de um documento que trouxe o reconhecimento da ausência do debate da saúde da população negra no âmbito do Ministério da Saúde. O documento aponta a questão da saúde da população negra como uma “área de estudo inter e transdisciplinar, que se baseia em conhecimentos produzidos nas ciências humanas e nas ciências médicas” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2001, p. 25).

Vale ressaltar que este documento serviu como base para a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População



Negra/PNSIPN, em 2006, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, apontando a responsabilidade do SUS na promoção de ações de atenção à saúde da população negra. Esse processo reconhece o racismo, como condição histórica, de segregação e agravamento das vulnerabilidades a que a população negra está exposta (BRASIL, 2011).

A PNSIPN foi aprovada em 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo publicada apenas em 2009, e reafirmada na Lei n.º 12.288/10, e tem como objetivo incorporar a questão racial na formulação de dados para o SUS, reduzir o índice de mortalidade materna e infantil, dentre outros. Apontamos nesse processo a necessidade de um diálogo entre a PNAISM e a PNSIPN, para desvelar o caminho para efetividade das ações acerca da saúde da mulher negra.

A Política destaca que uma das estratégias de enfrentamento ao racismo institucional na atenção integral à saúde da população negra se inicia com o preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS. A inclusão do quesito “cor” no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi uma grande vitória do movimento negro, na década de 1990, porém, existem vários desafios nesse sentido.

O não preenchimento desse quesito, a ausência de variável de raça e cor tem dificultado uma análise mais aprofundada das desigualdades que atingem a saúde da mulher negra, com isso, a ausência de dados dificulta maior investimento nesta área. Traz, também, a dificuldade de monitoramento e avaliação da implementação da PNSIPN como instrumento de planejamento de gestão nas três esferas governamentais.

Destacamos que a PNSIPN ainda enfrenta grandes desafios, principalmente entre os profissionais de saúde. De acordo com a pesquisa realizada por Santos e Santos (2013) com profissionais da atenção primária no Rio de Janeiro, a maioria dos profissionais entrevistados é contra a PNSIPN, pois os negros, segundo eles, não apresentariam particularidades que necessitassem de uma política específica. Afirmam que a política fere o princípio de igualdade preconizado no SUS e afirma e reforça a discriminação racial no Brasil.



A PNSIPN, em sua introdução, aponta o reconhecimento de que as condições de vida às quais a população negra foi exposta a submete a diversos episódios de injustiças sociais, econômicas e culturais, resultante do processo histórico. Prevalece, na atualidade, um racismo silencioso, encoberto, porém não menos cruel, como apontam Schwarcz e Starling (2015). Essa situação “é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, e na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra” (BRASIL, 2009, p. 5).

A Política explicita a necessidade de formulação de uma política como estratégia para reafirmação do princípio da universalidade preconizado no SUS. “Para a construção da política, o ministério recorreu a estudos que evidenciam essas desigualdades e estabeleceu um diálogo com os movimentos sociais por meio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra” (BRASIL, 2009, p. 5). A articulação dos movimentos sociais torna-se principal estratégia no processo de luta e explicitação de temas na agenda governamental. A participação popular é um importante termômetro no processo de formulação e implementação das políticas públicas.

Ademais, o propósito principal da política é garantir equidade na efetividade do direito humano à saúde no processo de promoção e proteção da saúde da população negra. São ações direcionadas “a utilização do quesito cor [...]; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 7). Esta deve ser uma bandeira tanto dos movimentos quanto dos profissionais, nas diversas instituições.

No tópico “A população negra no Brasil e a luta pela cidadania”, o documento traça o processo histórico de objetivação de milhares de negros que foram escravizados, a respeito das violências, péssimas condições de vida, como também episódios de lutas, marcado pela formação dos quilombos. Os quilombos se revestiram em uma importante “organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade, cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história” (BRASIL, 2009, p. 9).



Em relação à saúde das mulheres negras, o movimento das mulheres negras passou a explicitar suas demandas, principalmente nas questões de saúde sexual e reprodutiva. “As primeiras inserções do tema saúde da população negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores” (BRASIL, 2009, p. 10). Vale destacar a importância dos movimentos sociais no processo de consolidação destas lutas.

Nesta direção, a PNSIPN aponta que a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003, representou um importante marco na luta do Movimento Social Negro. A SEPPIR tinha por objetivo “[...] promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde [...]” (BRASIL, 2009, p. 11). Essa secretaria subsidiou diversas ações, dentre elas o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, onde se deu o reconhecimento da existência do racismo institucional no âmbito do SUS.

A Política adverte que o racismo institucional é:

Persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2009, p. 15).

Merece destaque o trecho em que a política explicita questões de raça e gênero como determinantes para pensar a atenção à população negra, porém não aprofunda o debate acerca da problematização e definição dessas categorias. As experiências de discriminação vivenciadas por mulheres negras não podem ser analisadas desconectadas da perspectiva de gênero, pois elas correlacionam-se e explicitam questões reais





de interseccionalidade que as mulheres negras enfrentam cotidianamente.

Quando as especificidades não aparecem na agenda governamental e não se expressam na construção e implementação das políticas públicas, neste caso a questão da raça, geram disparidade de atendimento a esse segmento populacional, que resulta em racismo institucional.

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, 2009, p. 16).

Nesse sentido, tendo por base a prevenção ao racismo institucional, a PNSIPN aponta que devem ser levadas em consideração duas dimensões importantes nesse processo: as relações interpessoais e político-programáticas. As relações interpessoais envolvem as relações entre profissionais (dirigentes) e profissionais, e entre profissionais e usuários. A dimensão político-programática tem por característica a disseminação de informações sobre as desigualdades nos momentos de nascimento, vivências, adoecimento e morte. Deve-se investir em práticas que tenham por objetivo identificar processos discriminatórios, combate e prevenção do racismo, capacitação de profissionais, assumindo um compromisso com os princípios da universalidade e equidade.

Destacam-se no documento as diretrizes gerais e norteadoras das ações: a inclusão da discussão do racismo no processo de educação permanente para os profissionais no âmbito da política de saúde; desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, dentre outros. E, tem como objetivos a ampliação da participação de movimentos sociais e o acesso da população negra das áreas urbanas e rurais. Deve “incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população Negra”, assim como a prevenção de situações de abuso, violência e assédio no ambiente de trabalho; incentivo a estudos e pesquisa e à produção científica; aprimoramento do sistema de informação do quesito cor em todas as coletas de dados, dentre outras ações (BRASIL, 2009, p. 19).



A política termina apontando as diretrizes e os objetivos mencionados acima. Ela faz uma abordagem de gênero, mas não utiliza a literatura especializada para caracterizar gênero ou raça. Sentimos falta de um debate mais crítico e adensado acerca das relações de gênero e raça no processo de pensar a saúde da mulher negra. O debate de raça e gênero está posto, não podemos negar que isso é um avanço, porém de forma bem tímida e sem articulação entre as intersecções de forma clara, apenas como citação dessas categorias.

Diante das reflexões tecidas até o momento aponta-se que o racismo, enquanto ideologia dominante, abarca todas as práticas sociais, de modo inclusivo às práticas de saúde. O processo de estereotipação da população negra, do não reconhecimento, por parte dos profissionais, da necessidade de explicitação das especificidades no âmbito da política de saúde, escassas produções técnico-científica, adensam as desigualdades e disparidades no atendimento a esta população (OLIVEIRA, 2016). Este conjunto de violações aponta para novas lutas e constantes resistências.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde (2017), embora haja vários mecanismos de promoção à saúde da população negra, como a PNSIPN (2009), II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra, Resolução n.º 2/2014, dentre outras ações como curso a distância sobre a saúde da população negra, UNASUS (2014), as ações concretas nessa direção ainda continuam muito escassas, incipientes e inconclusas. Fazer frente ao processo de implementação das políticas pode determinar maior ou menor adesão aos princípios preconizados no documento. Uma teoria crítica não se converte em uma prática crítica, mas mostra o caminho a ser seguido, o que possibilita as articulações e mobilizações em prol da efetividade dos direitos.

Considerações finais

Um panorama geral das ações acerca da atenção integral da saúde da mulher articulando as intersecções que perpassam essas demandas nos mostram as diferenças e os avanços em relação à saúde da mulher brasileira. Pudemos observar que o PAISM e a PNAISM levaram cerca de um ano para serem reconhecidos oficialmente, em contraponto, a PNSIPN foi



aprovada em 2006, pactuada em 2008 e publicada pelo Ministério de Saúde apenas em 2009, ou seja, três anos depois.

Indicamos no quadro comparativo do programa e políticas a importância dos movimentos na construção de uma tão sonhada equidade e cidadania. Merece destaque os movimentos feministas que marcaram presença na articulação dos três documentos analisados, e o movimento de mulheres negras, presença marcante na construção da PNAISM e da PNSIPN. A importância desse processo é atacar as disparidades no atendimento entre homens e mulheres, homens e homens, e mulheres e mulheres.

Diante do exposto, aponta-se que os avanços em relação aos debates de gênero, raça/etnia e sexualidade, aparecem nos documentos, porém, em muitos casos, não articulados como forma de opressão interseccional. O PAISM assinala o termo *mulheres*, porém não adentra a perspectiva de gênero como fator preponderante para pensar as políticas. A questão da raça não aparece neste documento.

Nesse contexto, avançando no tempo e em outra conjuntura, na PNAISM, o debate acerca das relações de gênero e raça aparecem, porém, a questão da raça se apresenta como secundária, o que explicita a necessidade de criação de políticas específicas para a população negra, diante do reconhecimento dessa necessidade na PNAISM.

A PNSIPN traz um debate rico em torno da questão da raça e os determinantes no processo saúde/doença, no entanto, trata de forma tímida a questão de gênero. As mulheres negras ainda precisam “sexualizar” o Movimento Negro, como aponta Carneiro (2003). No tocante à PNSIPN, que também representa grande avanço ao explicitar as demandas da população negra, a política, de forma sucinta, apresenta a questão de gênero e aprofunda um pouco mais a questão do negro, obviamente. A PNSIPN segue o ritmo dos demais documentos citados, da ênfase no debate acerca da mulher negra no estado gravídico/puerperal, explicitando, com dados, que as mulheres negras apresentam maior probabilidade de morte materna em relação às mulheres brancas.

O debate do racismo institucional está presente na PNSIPN, único documento dentre os estudados, a explicitar e definir o termo. A



política faz um debate aprofundado, explicitando as disparidades no atendimento e como a não inclusão do quesito *cor* impacta a construção de políticas específicas e equânimes. No entanto, vale destacar que a política não conceitua raça, nem se utiliza de abordagens teóricas para fundamentar a discussão.

A política explicita a importância dos movimentos sociais e o marco da 8ª Conferência de Saúde, em 1986. E destacamos, neste contexto, que existe uma lacuna entre o processo de construção e implementação de políticas e programas sociais e é neste espaço que devemos reforçar nossas lutas e articulação para que haja efetivação dos direitos preconizados nestes documentos.

Diante das argumentações tecidas, explicitamos a necessidade de uma educação permanente, de reciclagem dos profissionais de saúde, incluindo o debate de gênero e raça. Não é apenas uma luta contra o racismo, mas pela construção de uma educação antirracista e antissexista. E no ano em que comemoramos 20 anos do legado de Durban, precisamos acirrar as lutas e fortalecimento dos movimentos, em tempos de governo ultraconservador que visa apagar todo legado construído.

Referências

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. v. I. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEAUVOIR, Simone de. *Por uma moral da ambiguidade*. Tradução: Marcelo Jacques de Moraes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à saúde da Mulher: base de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

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

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. *In: ASHOKA EMPREENDEDORES SOCIAIS E TAKANO CIDADANIA (Org.). Racismos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Takano Ed., 2003.

CELLARD, André. Análise documental. *In: POUPART, Jean et al. A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Lígia; CONTE, Danielle. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-76-77, p. 13-24, ene./dic. 2007. ISSN: 0103-1104.

CRENSHAW, Kimberle. *A interseccionalidade da discriminação de raça e gênero*. Cruzamento: raça e gênero. Unifem, 2004

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: o cuidado de si*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Tradução: Teresa Tavares. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 63, 2002.

GUIMARÃES, Antônio Sergio Alfredo. *Racismo e anti-racismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2009.

HOOKS, Bell. Intelectuais negras. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 3, p. 464-478, 2. sem. 1995.

KILOMBA, Grada. *Memórias da Plantação*. Episódios de Racismo Cotidiano. Tradutor: Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade, educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MADEIRA, Maria Zelma de Araújo. *Desigualdades raciais como expressão da questão social no Ceará*. Fortaleza: EdUECE, 2014.

MATTOS, Ruben Araújo. Breves reflexões sobre os caminhos da pesquisa. *In: MATTOS, Rubens Araújo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2011

OLIVEIRA, Dennis de. Dilemas da luta contra o racismo no Brasil. Dossiê: Marxismo e Questão Racial. *Margem Esquerda*, São Paulo, n. 27, 2. sem. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Seminário Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Brasília: OPAS, 2001.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde debate*, n. 37, p. 563-570, dez. 2013.

SCHWARCZ, Lilia; STARLING, Heloisa Murgel. *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Cia. das Letras, 2015

Notas

1 Palestra “Descolonizando o Conhecimento”, apresentada durante a MITsp, no dia 6 de março, no Centro Cultural São Paulo. Disponível em: <<http://mitsp.org/2016/em-palestra-performance-grada-kilomba-desfaz-a-ideia-de-conhecimento-universal/>>. Acesso em: 22 set. 2021. ↑

2 Trecho do documento da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata: <https://www.oas.org/dil/port/2001/Declaracao_e_Programa_de_Acao_adotado_pela_Terceira_Conferencia_Mundial_contra_o_Racismo,_Discriminacao_Racial,_Xenofobia_e_Formas_Conexas_de_Intolerancia.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021. ↑



Este número da Revista Praia Vermelha foi diagramado em novembro de 2022 pelo Setor de Publicações e Coleta de Dados da Escola de Serviço Social da UFRJ, para difusão online via Portal de Revistas da UFRJ. Foi utilizada a fonte Montserrat (Medium 13/17,6pt) em página de 1366x768pt (1:1,77).