

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Roseane Maria Corrêa

**“Cumé que a gente fica?”: um olhar interseccional sobre saúde da mulher negra**

Rio de Janeiro

2022

Roseane Maria Corrêa

**“Cumé que a gente fica?”: um olhar interseccional sobre saúde da mulher negra**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Roberta Gondim de Oliveira.

Coorientador: Prof. Dr. Gustavo Correa Matta.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Where do we stay?": An intersectional look at the health of black women.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C824c Corrêa, Roseane Maria.  
“Cumé que a gente fica?": um olhar interseccional sobre saúde da mulher negra / Roseane Maria Corrêa. -- 2022.  
118 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Roberta Gondim de Oliveira.  
Coorientador: Gustavo Correa Matta.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Mulheres. 2. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.  
3. Saúde Pública. 4. Racismo. 5. Quesito Raça/Cor. 6. Colonialidade.  
7. Racismo Institucional. I. Título.

CDD – 23.ed. – 305.8

Roseane Maria Corrêa

**“Cumé que a gente fica?”: um olhar interseccional sobre saúde da mulher negra**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 10 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.ª Dra. Jussara Francisca de Assis dos Santos  
Universidade Federal Fluminense

Prof.ª Dra. Cecilia Izidoro  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.ª Dra. Marly Marques Cruz  
Fundação Oswaldo Cruz – BioManguinhos

Prof. Dr. Gustavo Correa Matta (Coorientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.ª Dra. Roberta Gondim de Oliveira. (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos Orisàs pelo amor e presença na minha vida.

Aos meus pais Elisabete Correa (in memorian) e Jorge Corrêa (in memorian)

À Rosângela Corrêa, em nome da minha família.

À Iyalorisà Soraia d'Odé.

À Psicóloga Naaira, por todo fortalecimento nos momentos difíceis.

À Luiz Nolasco, em nome de todos os amigos da turma do mestrado.

À Louise da Silva, por todos os diálogos, direcionamentos e contribuições.

À Ana Lucia, em nome de todos do NEGRECS – Núcleo de Estudos de Gênero e Relações Étnico-raciais na Educação Audiovisual em Ciências e Saúde (NUTES/UFRJ) por esses dois anos de acolhimento, carinho e partilha.

À Maria Helena Zamora, pelos ensinamentos e carinho.

À Mayara Queiroz, em nome de meus amigos.

À Rita Borret, em nome da coletiva Nossos Passos Vem de Longe.

As professoras do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

## RESUMO

A colonização é produtora de desigualdades raciais e matriz da vulnerabilidade da saúde da mulher negra em um país que ainda sustenta o Mito da democracia racial para não tratar operacionalmente as relações étnico raciais. As desvantagens históricas e a universalização da mulher silenciam opressões vividas por mulheres negras. Essa dissertação discute sobre a presença/ausência de ações voltadas para a saúde da mulher negra a partir de dados desagregados por cor e raça/etnia no plano plurianual (PPA) do Município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2020, tendo em vista que este documento estabelece os projetos e os programas de longa duração do governo, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos. Utilizando o conceito de interseccionalidade enquanto sensibilidade analítica para a busca de ações da gestão municipal em alinhamento com as diretrizes da Política Nacional da Saúde da População Negra busca-se saber como o racismo se expressa no planejamento de gestão. Foi realizada uma análise documental dos compromissos de governo pois essa busca as prioridades de saúde a partir dos problemas informados a partir de indicadores de saúde. Dados desagregados por raça cor demonstram a desigualdade entre mulheres negras e mulheres brancas no sistema de saúde. Esse estudo revelou a melhoria da qualidade do serviço entra como meta em todas as gestões analisadas contudo ações antirracistas no sistema de saúde municipal não entram de forma explícita como objetivo de governo. Os indicadores, que auxiliam avaliar o nível de desempenho a ser alcançado e se o grau de sucesso alcançado foi satisfatório, não estão dispostos nos Plano Plurianual (PPA) e relatórios anuais desagregados por raça/cor dificultando a análise dos resultados em relação as iniquidades raciais. A eficiência e efetividade de ações antirracistas não estavam traduzidas operacionalmente nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Mulher negra. Quesito raça/cor. Colonialidade. Saúde Pública. Racismo institucional.

## ABSTRACT

Colonization is a producer of racial inequalities and a matrix for the vulnerability of black women's health in a country that still maintains the Myth of racial democracy in order not to operationally address racial ethnic relations. Historical disadvantages and the universalization of women silence oppressions experienced by black women. This dissertation discusses the presence/absence of actions aimed at the health of black women based on data disaggregated by color and race/ethnicity in the pluriannual plan (PPA) of the Municipality of Rio de Janeiro in the period from 2010 to 2020, in view of that this document sets out the government's long-term projects and programs, defining objectives and targets for public action for a period of four years. Using the concept of intersectionality as an analytical sensitivity for the search for municipal management actions in line with the guidelines of the National Health Policy for the Black Population, we seek to know how racism is expressed in management planning. A documental analysis of government commitments was carried out as it seeks health priorities from the problems reported from health indicators. Data disaggregated by race and color demonstrate the inequality between black and white women in the health system. This study revealed the improvement of the quality of the service enters as a goal in all the analyzed administrations, however anti-racist actions in the municipal health system do not enter explicitly as a government objective. The indicators, which help to assess the level of performance to be achieved and whether the degree of success achieved was satisfactory, are not available in the Pluriannual Plan (PPA) and annual reports disaggregated by race/color, making it difficult to analyze the results in relation to racial inequities . The efficiency and effectiveness of anti-racist actions were not operationally translated into health services.

Keywords: Black woman. Race/color issue. Coloniality. Public Health. Institutional racism.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 -	População residente do município do Rio de Janeiro por sexo e cor ou raça. População (Mil pessoas) 2012 – 2019.....	96
Ilustração 2 -	Óbitos por Raça / Cor – Gravidez – Município do Rio de Janeiro.....	97
Ilustração 3 -	Óbito / Puerpério até 42 dias, Sim de 43 dias a 1 ano – Município do Rio de Janeiro.....	97
Ilustração 4 -	Gestante HIV+ - Quantidade de casos por Raça e Ano de início de sintomas – Município Notificação: Rio de Janeiro.....	98
Ilustração 5 -	Sífilis em Gestante – Quantidade de casos por Raça e Ano de início de sintomas – Município Notificação Rio de Janeiro.....	98



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação de documentos relacionados ao PPA entre 2010 e 2020.....	83
Tabela 2 -	Resumo dos Objetivos de governo em relação a categoria “melhoria de qualidade”.....	89
Tabela 3 -	Resumo das diretrizes relacionadas à saúde entre 2010 e 2021.....	90
Tabela 4 -	Resumo das metas relacionado à linha de cuidado da saúde entre 2010 e 2021.....	93
Tabela 5 -	Resumo de Planejamento Estratégico relacionado à linha de cuidado da saúde da mulher entre 2010 e 2021 .....	93
Tabela 6 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2011 .....	99
Tabela 7 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2012 .....	99
Tabela 8 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2013 .....	99
Tabela 9 -	Indicador – Taxa de Tratamento adequado da sífilis na gestação 2014.	99
Tabela 10 -	Indicador – Taxa de Gestantes que tiveram seu bebê na sua maternidade de referência na Rede Municipal de 2014 .....	100
Tabela 11 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2014 .....	100
Tabela 12 -	Indicador – Taxa de Tratamento adequado da sífilis na gestação 2015.	100
Tabela 13 -	Indicador – Taxa de Gestantes que tiveram seu bebê na sua maternidade de referência na Rede Municipal de 2015 .....	100
Tabela 14 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2015 .....	101
Tabela 15 -	Indicador – Taxa de Tratamento adequado da sífilis na gestação 2016.	101
Tabela 16 -	Indicador – Taxa de Gestantes que tiveram seu bebê na sua maternidade de referência na Rede Municipal de 2016 .....	101
Tabela 17 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2016 .....	101
Tabela 18 -	Indicador – Taxa de Tratamento adequado da sífilis na gestação 2016.	102
Tabela 19 -	Indicador – Taxa de Gestantes que tiveram seu bebê na sua maternidade de referência na Rede Municipal de 2017 .....	102
Tabela 20 -	Indicador – Taxa de Mortalidade Materna 2017 .....	102
Tabela 21 -	Indicador – Número de Óbitos Maternos 2018 .....	102
Tabela 22 -	Indicador – Taxa de Gestantes que tiveram seu bebê na sua maternidade de referência na Rede Municipal de 2018 .....	103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Assessoria de Promoção de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMS	Centro Municipal de Saúde
CN	Congresso Nacional
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNB	Frente Negra Brasileira
GT	Grupo de Trabalho
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PL	Projeto de Lei
PMM	Programa Mais Médicos
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Atenção Integral da População Negra
PPA	Plano Plurianual
RENAFRO	Rede Nacional de Regiões Afro-Brasileiras
SIS	Sistema de Informação em Saúde

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEM	Teatro Experimental do Negro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>A COLONIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE DESIGUALDADE</b> .....	19
2.1	A CONSTRUÇÃO DA RAÇA.....	23
2.2	RACISMO À BRASILEIRA.....	26
2.3	A CONSTRUÇÃO DA MULHER NEGRA.....	30
2.4	A UNIVERSALIZAÇÃO DA MULHER.....	35
2.5	INTERSECCIONALIDADE E A MULHER NEGRA.....	36
2.6	QUESITO RAÇA / COR NA SOCIEDADE BRASILEIRA.....	41
2.7	MULHER NEGRA NA SAÚDE PÚBLICA.....	46
2.8	SAÚDE, UM DIREITO DA HUMANIDADE.....	51
2.9	MULHERES NEGRAS E O PROCESSOS DE ESTADO.....	55
2.10	A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E O SUS.....	61
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	75
3.1	OBJETIVO GERAL.....	75
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	75
3.3	CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	75
3.3.1	<b>Abordagem a Pesquisa</b> .....	76
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	86
4	<b>RESULTADO / ANÁLISE</b> .....	87
4.1	OBJETIVOS DO PPA.....	89
4.2	DIRETRIZES DO PPA.....	90
4.3	METAS DO PPA.....	92
4.4	PROGRAMA ESTRATÉGICO PPA.....	93
4.5	UM BREVE PANORAMA DO PERFIL DA SAÚDE DE MULHERES NEGRAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	95
4.6	INDICADORES DO PPA.....	99
4.7	DISCUSSÃO.....	103
5	<b>CONCLUSÃO</b> .....	106
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	108

## 1 INTRODUÇÃO

Antes de tudo eu gostaria de me apresentar. Sou Roseane Corrêa, mulher preta, filha de Elisabete Corrêa, neta de Herondina Silveira, aluna de Cecília Izidoro e Ekedji de Oxum. Me formei em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Comecei a minha trajetória como profissional de saúde sendo professora em uma escola técnica de Enfermagem. Foi uma experiência desafiadora, contudo muito satisfatória. Após alguns meses tive a oportunidade de integrar uma equipe de Programa Saúde da Família, na cidade de Marilândia, no Espírito Santo. Essa foi a primeira vez que sai do Rio de Janeiro a trabalho. Na nova cidade, que tinha atividade cafeeira como principal economia, a maioria da população era descendente de italianos. A população negra periférica e trabalhadora rural. Minha presença enquanto profissional de saúde de nível superior causou murmúrios pela cidade. Meses mais tarde, o médico que era de minha equipe desabafou em tom de “brincadeira” que muitos moradores foram ao seu consultório não por estar doente, mas para perguntar, se era legal a prefeitura contratar uma preta.

A experiência foi meu primeiro choque racial atuando enquanto profissional de saúde. Meses se passam e fui aprovada em uma seleção para trabalhar em um hospital de grande porte. Dessa vez na cidade de Salvador, a famosa Roma Negra brasileira. Fiz a mudança de Estado e levei comigo a esperança não passar pela situação anterior, de não ser desacreditada como profissional, devido a cor da minha pele.

Salvador me acolheu de forma afetuosa. Colecionei amigos, ganhei algumas afilhadas, transformei o meu sotaque definitivamente. Mas o racismo e o sexismo estavam lá atravessando a minha trajetória profissional. Um dos exemplos é que na instituição, os uniformes tinham detalhes em cores diferentes para ajudar e identificar a profissão, mas, várias vezes ao dia, eu tinha que confirmar que realmente era a enfermeira ainda que usando uniforme de enfermeira.

Anos se passaram e mudei novamente, dessa vez de área e de país. Vivi quase uma década em Angola trabalhando, como Enfermeira do Trabalho. À enfermagem tenho muito a agradecer, me levou longe, me oportunizou a conhecer a minha terra ancestral. Mas o racismo e sexismo também estavam lá.

Após 21 anos de dedicação ao trabalho, mudanças de área, de cidade, de país, eu tive a oportunidade de retornar para a academia. Com a experiência racial e de gênero que

tenho de vida e como profissional, decidi pesquisar sobre racismo na saúde.

Meu corpo é um discurso, minha presença ativa o imaginário das pessoas nos ambientes que me apresento, infelizmente um imaginário marcado por estereótipos. Um corpo negro e feminino em uma sociedade racista, sexista e patriarcal está vulnerável a abalos na saúde física e mental.

O projeto de candidatura ao mestrado era sobre o racismo na enfermagem. Ao passar dos meses houve modificações e pesquisei então Mulheres negras e as expressões do racismo na saúde. O tema é importante para mim, porque tenho um compromisso com a ancestralidade e com todas as que vieram antes de mim. Muitas perderam a saúde e a vida devido ao processo histórico colonial, racial e de gênero. Tenho muitos exemplos positivos que me movem a escrever sobre o tema. Lélia Gonzáles, Jurema Werneck, Fernanda Lopes, Lucia Xavier, Maria Inês Silva Barbosa e Rita Borret são algumas que prepararam o caminho para essa pesquisa pudesse existir.

A minha vida é diretamente afetada pelos pensamentos da intelectual, autora, política, professora, filósofa e antropóloga Lélia Gonzáles. Conheci os textos de Lélia em encontros com integrantes do movimento negro. Não a conheci pessoalmente, mas temos uma conexão de respeito e admiração. Para mim, é a mais completa tradutora do que é ser uma mulher negra no Brasil.

O título desse trabalho é inspirado nela. Repito a pergunta que ela fez em 1980, em um dos seus mais famosos textos, Racismo e Sexismo na sociedade Brasileira. Assim como Lélia indago: Cumé que a gente fica? Como fica a saúde da mulher negra nos planejamentos da Gestão Municipal da cidade do Rio de Janeiro.

Para abordar o tema foi realizado uma contextualização histórica de como a colonialidade vulnerabiliza a saúde da mulher negra. A invenção do negro e por sua vez da mulher para fins de exploração econômica é um processo dinâmico. Ao longo do tempo, as estratégias se atualizaram mantendo a condição de subordinação e estereotipia da mulher negra. Invisibilidade, apagamento, silenciamento e omissões da história da população negra em geral serão discutidos para analisarmos como a sociedade brasileira é estruturada.

O conceito a invenção da mulher é trabalhado por Oyèrónké Oyèwùmí. Mulher negra, nigeriana e decolonial, que questiona o feminismo hegemônico e a universalidade de gênero (2021). Em sua pesquisa, a autora discute a importância do corpo para o pensamento ocidental, a partir da colonização da Iorubalândia e como a biologia fornece a base lógica para construir e justificar hierarquias sociais. O determinismo biológico está no cerne das categorias sociais ocidentais fato ~~que~~ não existente antes da colonização. A

organização dos papéis sociais não se estabeleciam a partir de hierarquia corporais como a de gênero, mas sim pela senioridade, ou seja, pela idade cronológica.

O estudo de Oyèwùmí questiona a tese que a África é genuinamente machista e que as mulheres africanas são historicamente desprestigiadas e desvalorizadas. Esse entendimento sobre as mulheres africanas é fruto da colonização.

Mulheres negras são subalternizadas dentro da categoria gênero. A sua biologia lhe institui uma condição de estática, sob a perspectiva colonial será sempre mulher e negra. Tal fato não ocorria na cultura Iorubá, antes da colonização. A senioridade que possibilitava mudança de categoria de poder e ascensão social. A partir da cosmovisão ocidental que a sociedade é construída por corpos postos em hierarquia. Corpo negro, corpo branco, corpo indígena e tantos outros, sem a possibilidade de igualdade; e o corpo negro, ocupando o lugar social mais inferior.

O racismo científico, teoria europeia, tentava provar que as diferenças intelectuais, físicas, morais variavam a partir das diferenças de raça. Realizavam testes para aferir tamanho da cabeça, volume do cérebro, proporções do rosto, cor da pele, textura do cabelo, pescoço, nariz, pernas, dedos e genitália. Tudo que se aproximava à estética negroide era classificado como inferior e os que se aproximava ao aspecto caucasiano eram associados a espécies elevadas (MUNANGA, 2019).

O que é a mulher negra na sociedade brasileira? É apenas uma estrutura anatômica oposta ao homem negro? Qual o seu significado cultural, social, político? Uma das mulheres que pesquisou sobre essas questões foi Lélia Gonzáles. A autora traz a memória da escravidão para escrever sobre o assunto e endossa que o racismo e o sexismo são categorias fundantes na estruturação da sociedade brasileira.

Lélia, eu e as mulheres negras brasileiras passamos por experiências em comum. A leitura de nosso corpo a partir do pensamento ocidental de corpo somado as construções coloniais racistas faz com que sejamos interpeladas nos mais diversos espaços com a imediata suposição de que somos a doméstica, a mucama ou a mãe preta. Lélia não se refere a profissão, não faz nenhum tipo de desqualificação a essas profissionais, o que Lélia pontua são as imposições de lugares sociais para a mulher negra.

O escravizado é um produto feito a partir de estereótipos. A experiência da escravidão é traçada de perversidade ao corpo e a mente do sujeito africano e seus descendentes. Doenças, péssima alimentação, privação de liberdade, a morte como horizonte eminente. Ainda assim para a mulher negra escravizada, a violência sexual é um agravante que marca a sua experiência de vida até os dias atuais.

Sem que tenhamos um sistema oficial de segregação racial, o racismo impõe condição de exclusão para o negro na sociedade brasileira. O “lugar do negro” é identificável, ao referirmos a espaços como universidade, periferia, televisão, serviços domésticos por exemplo, sem que haja necessidade de descrição prévia já sabemos o que a estrutura racista destina a negros e não negros como seus lugares.

Antecedendo o conceito de interseccionalidade, nos anos 80, Lélia cunhou o termo *Triplíce Discriminação*. São eles, Raça, Classe e Sexo, as categorias que através de estereótipos oprime, subordina, inferioriza e explora mulheres negras.

Nos inúmeros desdobramentos do existir da mulher negra está incluído o cuidado. Ela é responsabilizada pelos cuidados de seus pares escravizados, de seus filhos, de si própria e de todos os membros da família de seus escravizadores. E no ambiente do cuidar, que seu corpo é abusado sexualmente, sofre privações, violências físicas e psicológicas (GONZALES, 1982).

Pensar politicamente em mulheres negras na sociedade brasileira é inviável se não for a partir de uma reflexão sobre a nossa construção racista de base colonial. A universalização da mulher invisibiliza as questões históricas vividas especificamente por mulheres negras. Questões essas que são necessárias para o planejamento de gestão pública de saúde em que se busca a equidade.

Nessa pesquisa investigamos a representação da mulher negra nos planejamentos, diretrizes e metas políticas na gestão pública do Município do Rio de Janeiro a partir do documento Plano Plurianual (PPA).

O Plano Plurianual (PPA) é estabelecido pelo artigo 165, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Essa lei institui que as diretrizes, os objetivos, as prioridades de administração com as respectivas metas em consonância com o orçamento devam ser descritos no documento que terá vigência por quatro anos de governo.

Neste sentido questionamos nesse estudo: Quais ações antirracistas para a saúde da mulher negra estão presentes na agenda de governo enquanto diretriz e meta? A saúde da mulher negra é uma prioridade de gestão? Quais ações/iniciativas estratégicas são propostas para qualificar a coleta e o tratamento dos dados de saúde desagregados por cor raça/etnia?

Esse estudo se justifica devido ao racismo estrutural se refletir em corpos de mulheres negras e gerar desigualdades no sistema de saúde. O racismo não se limita a ofensa pessoal. Trata-se de uma forma de hierarquizar grupos a partir de uma identificação racial imposta pelos conceitos coloniais. Segundo Almeida (2018) as instituições



materializam e reproduzem a estrutura social que normaliza o racismo nas relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares. Mulheres negras enquanto parte da sociedade brasileira deve ser incluída no planejamento, diretriz e metas da gestão pública de forma.

O Brasil é um país que vive a negação do racismo. Em nossa dinâmica societária, o racismo é entendido como uma lenda, uma fantasia e que se não for nomeado deixa de existir. Esse pensamento de fuga e desresponsabilização se sustenta pelo *Mito da Democracia Racial*. Trata-se de uma teoria ficcional que alega que não há distinção de raça em nosso meio social. Abdias do Nascimento, negro, intelectual, ativista e uma das principais personalidades que debate sobre a cultura negra brasileira, descreve o mito como um disfarce, uma tecnologia sofisticada para confundir os negros entorpecendo-o de informações de que convivem harmoniosamente, desfrutando iguais oportunidades que os brancos (2016).

O *Mito da Democracia Racial* é um conceito ardiloso que coloca no negro a culpa pela sua condição social. O pensamento de que não existe barreiras raciais somados a culpabilização e responsabilização exclusivamente do negro para as experiências de violências que ele vive. Dessa forma, o branco goza de um conforto chamado por Conceição Evaristo de *sono dos injustos* e que a partir da Escrivência de mulheres negras, eles hão de despertar (EVARISTO, 2020).

Muitas são as produções críticas ao racismo e sexismo, mas seguem sem o devido reconhecimento por parte do pensamento social hegemônico. Sueli Carneiro escreve sobre mulheres negras em seu texto: *O matriarcado da miséria* (2011). Termo cunhado pelo poeta, negro e nordestino Arnaldo Xavier, em referência a lares vulnerabilizados, liderados por mulheres negras brasileiras, que mesmo sob essas condições se organizam em suas comunidades em prol de melhores condições de vida (GELEDES, 2000). A autora pauta que as desigualdades asfixia socialmente as mulheres negras afetam diretamente a saúde mental, física e afetiva.

Patrícia Hill Collins aborda a situação de mulheres afro-americanas e podemos perceber que há as experiências diaspóricas similares as das brasileiras. A múltipla jornada vivida por mulheres negras é alienante por ser fisicamente exigente, economicamente explorador e intelectualmente sufocante. A autora ressalta que o termo “mula” é designado as que são submetidas a esse sistema. Exemplifica com a empregada doméstica que tem que lavar, passar, cozinhar, arrumar a casa, cuidar de crianças, adultos e idosos e são pouco remuneradas e até mesmo não remuneradas (2019).

Refletir a saúde da mulher negra alicerçado pela interseccionalidade é uma forma justa de analisar se o compromisso com a equidade está sendo formalmente explicitado e se está em alinhamento com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma sensibilidade analítica que não permite invisibilizar questões que estruturam a desigualdade racial e instiga a debater sobre impactos nocivos à saúde da mulher negra em todo o seu ciclo de vida a partir da experiência colonial.

A identificação racial da população é indispensável para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde. O Sistema de Informação e Saúde (SIS) une dados e informação para produção de conhecimento. O processo de construção do sistema envolve coleta, classificação, armazenamento, análise até que chegue ao ponto de divulgação que fica acessível ao público - os chamados dados secundários. Esse tipo de informação subsidia a ciência e processos decisórios em pesquisas acadêmicas, construção de políticas públicas, avaliação do serviço de saúde, planejamento da administração pública (MORAES, 2014).

Dados de saúde desagregados por raça/cor contribuem para a produção de indicadores de saúde que refletem as condições de vida e de saúde da população investigada. É uma estratégia que norteia de forma justa a construção de prioridades e metas de governo. Promove uma reflexão sobre as vulnerabilidades agravadas pelas questões raciais que são essenciais para tomadas de decisão no campo da saúde.

A desagregação por raça/cor, nos registros de atendimentos de saúde tem importância epidemiológica com impacto incontestável na saúde pública. A omissão ao preencher ou fazê-lo de forma incorreta, somado com a incredibilidade da importância do dado é um comportamento que atende as expectativas da ideologia racista.

Ocorre embaraço para o preenchimento do quesito cor raça/etnia quando o negro está envolvido na avaliação. O pudor para se autodeclarar negro ou heteroindentificar alguém como negro é em decorrência do racismo. A construção da identidade negra a partir da concepção de degeneração, somados a políticas de embranquecimento não é justificativa, mas influencia na tentativa de afastamento dessa identidade. A positivação do termo negro é pauta antiga e fundamental dos movimentos negros.

O Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Negro são os atores que reivindicaram e promoveram todas as mudanças e avanços em prol da saúde da população negra. Tendo como exemplo, as organizações sociais dos quilombos, mulheres e homens negros em coletividade construíram uma trajetória de enfrentamento das desigualdades raciais.

Através de manifestos, denúncias, solicitações, diálogos, resistência e existências, mudanças como a construção do SUS (Sistema Único de Saúde) para a toda a população sem exceção, informações desagregadas por raça cor nos formulários de saúde e a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra são alguns exemplos dos avanços. E o ativismo continua.

A saúde pública brasileira foi excludente para a população negra por décadas, passando a ser um direito universal a partir da constituição de 1988. Marginalizados no pós-abolição, culpados pelo não desenvolvimento econômico do país, indiciados como proliferadores de doenças, criminalizados e identificados como “classe perigosa”,- a eugenia entra em debate como uma alternativa de “melhoria da raça” e desenvolvimento do país.

A construção da saúde pública brasileira esteve diretamente articulada ao movimento eugenista. Mesmo que os métodos eugênicos não estejam explicitamente em nossas políticas públicas, as suas engrenagens atuam contribuindo na eliminação da população negra. Quem biologicamente reproduzir a raça indesejada? A mulher negra. O projeto genocida para a eliminação da população negra, desde há muito tempo é denunciado por Abdias do Nascimento, Benedita da Silva, Lélia Gonzáles entre outros.

Em uma democracia, os documentos públicos devem ser efetivamente informativos. Questionamos o que eles dizem sobre a saúde da mulher negra. Apesar de todos os cidadãos terem o direito a serviços de saúde garantidos pelo Estado, o acesso é desigual entre negros e brancos. Problematizar se a saúde da mulher negra é prioridade das ações estratégicas da gestão municipal do Rio de Janeiro é ampliar um diálogo sobre equidade.

Mulheres negras querem viver e com dignidade, essa é a nossa reivindicação principal. A colonização e a escravidão são duas instituições concebidas para exploração e controle de sujeitos racializados. A desumanização da mulher negra “autoriza” e “normaliza” a violação de seu corpo e de sua existência.

Quando abordo sobre a saúde da mulher negra não me refiro a um corpo específico pertencente a uma raça frágil e suscetível a determinadas doenças como tentaram provar com o racismo científico. O racismo é constitutivo da determinação social de saúde que precariza as condições de vida. O racismo institucional que para Werneck (2016a) é possivelmente a dimensão mais negligenciada do racismo, está nas práticas políticas e normas que resultam em tratamento desigual. São alvo de exploração econômica e violência sexual de forma racializadas.

O planejamento de ações públicas direcionadas com base a problemas e, portanto, priorizadas por parte do Estado em relação a saúde, ao invés de universalizar as múltiplas mulheres, é o diálogo feito nessa dissertação.

## 2 A COLONIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE DESIGUALDADE

Anibal Quijano (2005) explica que a colonização europeia é responsável pela concepção da classificação racial no mundo. O corpo físico e suas características foram usados no processo de criação de identidades raciais como o negro, o branco e o indígena. A cor da pele é a característica mais requisitada para justificar a suposta existência de distinção racial.

Com a invasão das Américas, um novo padrão de poder mundial foi instituído baseado na ideia de raça. Dispostos em forma hierárquicas, o branco se coloca no topo classificando a si próprio como norma e detentor de poder e impõe ao negro, a posição mais baixa, o que não deve ser remunerado pelo trabalho, que deve ser escravizado.

A ideia de raça foi utilizada para legitimar as relações de dominação colonial no século XVI, por isso é incorreto falar de raça sem uma contextualização histórica. A naturalização das desigualdades raciais é basilar para manutenção da estrutura de poder. A exploração racial do trabalho do capitalismo colonial se expande das Américas para o mundo e se torna uma eficaz forma de naturalizar a dominação ente o europeu e não europeus.

O autor indaga que gênero é uma forma de dominação mais antiga do que raça. Sob uma perspectiva eurocêntrica que usa o corpo para definir as relações de dominação, a mulher negra escravizada é relacionada a duas categorias subalternizante: é negra e é mulher. A objetificação do corpo negro o coloca mais próximo da natureza do que da humanidade racional tornando-os então domináveis e exploráveis.

A modernidade, período colonial criado e protagonizado pelos europeus, se estrutura na desigualdade. Os europeus ocidentais construíram um imaginário sobre si mesmo em que se classificavam como o mais avançado da espécie humana e todos os outros seriam inferiores a eles. A partir da difusão dessa perspectiva, modernizar se tornou sinônimo de europeizar.

Podemos assim pensar a modernidade e como geradores de desigualdades para o mundo e sobretudo para mulheres negras por ter raça e gênero como constructos da colonialidade.

Para Walter Mignolo (2017), a colonialidade, termo cunhado por Anibal Quijano, é o lado mais escuro da modernidade. Trata-se de uma lógica de poder criado pela civilização ocidental que se estende até os dias de hoje. Uma modernidade construída através destruição de civilizações pré-coloniais.

Uma América que não foi descoberta “Foi inventada, mapeada, apropriada e explorada sob a bandeira da missão cristã” (MIGNOLO, 2017, p.4). Um racismo que torna vidas humanas comercializáveis e dispensáveis, uma salvação que só possível através da conversão ao cristianismo. A modernidade privilegia o branco em detrimento de outras raças e hierarquiza o gênero privilegiando o homem em detrimento das mulheres.

O privilégio branco independe sua classe econômica. A alegação de que a desigualdade é construída pela classe ignora os estudos pós coloniais que identificam a divisão racial de trabalho como um padrão de poder.

Disse o intelectual Aimé Césaire (2020) o que a Europa fez ao mundo é indefensável. O autor ressalta que a mentira e a hipocrisia são características cruciais no discurso eurocêntrico. A Europa criou a barbárie colonial seguida de uma perspectiva humanista. Só que o empreendimento colonial é incompatível com princípios humanistas. Liberdade, fraternidade, igualdade, cristianismo ao mesmo tempo que ocorre genocídio indígena e escravidão é hipocrisia.

Em seu texto ele desconstrói a ideia da colonização como instituição civilizadora e filantrópica e a retrata como responsável por descivilizar o colonizador. Disse o autor,

que ninguém coloniza inocentemente, que ninguém coloniza impunemente; que uma nação colonizadora, uma civilização que justifica a colonização -portanto a força- já é uma civilização doente, uma civilização moralmente atingida que, irresistivelmente, de consequência em consequência, de negação em negação, chama seu Hitler, quero dizer, seu castigo (CÉSAIRE, 2020, p.21)

A colonização é uma armadilha transvestida de civilização, filantropia e evangelização. Os colonizados tiveram suas civilizações destruídas, foram coisificados, forçados a produzir riquezas, roubados, estuprados e assassinados. O colonizador é justamente aquilo que eles associam ao colonizados, eles são selvagens, brutos, violentos, movidos pela cobiça e ódio racial.

África e negro são termos que são apresentados como correlatos a escravidão. O colonizador, para além dos objetivos econômicos, exerce o sacrifício do colonizado com humilhações e torturas injustificáveis. A violação incessante do colonizado não se justifica por razões econômicas.

Achille Mbembe (2018) descreve as *plantations*, nome dado ao sistema de produção agrícola instituído nas américas, como um laboratório para a fabricação do negro conforme o ideário racista. Nesses campos, usavam a raça como um disparador de conflito. Ao mesmo tempo que exploravam a força de trabalho criavam situações de rivalidade entre negros e bancos, cativos e libertos. A instabilidade era um dispositivo disciplinador.

Negros convocados a caçar outros negros ou para atuar como carrasco no lugar do branco em troca de ínfimos benefícios para si, mas que eram o suficiente para socializar o ódio de negros contra negros e manter as próprias mentes inseguras com a possibilidade de serem os próximos castigados.

*Plantations* era uma instituição paranoica que impunha a servidão perpétua aos africanos e seus descendentes através do regime de medo. O investimento alternava entre o terror e a benevolência e o negro oscilava entre a busca de vingança e/ou revolta ou a sujeição de si mesmo.

As manobras de manipulação física e mental tinham o propósito de manter a possibilidade iminente do extermínio. Rivalidade, desconfiança, coerções, criava uma relação dependência dos senhores e seus escravos. A invenção do negro foi feita sob privação de liberdade, aplicação de violência ilimitada e controle de sua produtividade.

As *plantations* brasileiras se expandiram concomitantemente com o tráfico atlântico. O café e a cana de açúcar junto com as atividades de mineração estimularam a manutenção da escravidão (NASCIMENTO, 2019; GONZALEZ, 2020b).

A figura do Capitão-do-Mato endossa o que foi descrito por Mbembe. Segundo o dicionário da escravidão, elaborado por Clovis Moura (2004), a sua função era capturar o escravizado fugido ou aquilombado mantendo um nível de terror e iminência de morte.

A descrição física para reconhecer os que deveriam ser capturados eram as marcas de violência ou marcação a ferro pelo corpo. Os meios para a captura incluíam desde o uso de cães e até mesmo a violação sexual das mulheres dos fugidos, mulheres negras. Os caçadores foram descritos como negros livres que recebiam um ordenado para reconduzir os evadidos a prisão ou aos seus senhores.

Mary C. Karasch (2000) escreveu sobre a escravidão no Rio de Janeiro entre os anos de 1808 e 1850. Em uma análise documental, ela analisou cartas, textos, documentos de viajantes, de policiais, de traficantes e dos senhores escravocratas. Nos registros, os sentimentos e percepção dos escravizados sobre a sua situação não são descritos. A descrição mais pessoal sobre o escravizado era os relatos de sua rebeldia.

O Mito do Senhor Benevolente e do escravo passivo eram narrativas que tentavam apresentar contudo foram desmentidos a partir das documentações analisadas. Foram encontrados nos registros, descrições de manifestações dos cativos seguido da reação dos escravocratas e envolviam castigos cruéis e desumanos. Os africanos e seus descendentes contra as injustiças a eles destinadas.

Em caso de fuga ou aquilombamento recorriam também a castigos físicos e

psicológicos. A intensidade da crueldade aumentava gradualmente a cada fuga, pois o escravizado tentava diversas vezes alcançar a liberdade. Para além da fuga, há registros de suicídio, alforria, deserção. A população negra nunca esteve inerte ou alheia as suas condições.

Não sendo mais cabível o uso da máscara de Flandres, um instrumento colonial que, a mando dos senhores brancos, ocluíam a boca do sujeito negro para a privação de alimento e da fala, a oclusão se dá por outras formas. Grada Kilomba (2019) explica que a máscara é símbolo do colonialismo da imposição do silêncio.

A fala do sujeito negro é algo que deve ser controlado para legitimar a negação do racismo. O negro é o inimigo, ladrão, violento, indolente e malicioso e o branco a vítima que precisa controlar e disciplinar o negro. Se o sujeito colonial falar e o colonizador ouvir haverá ruptura do privilégio branco que se sustenta na política da ignorância.

Um fato nacional que não é discutido com o devido merecimento é sobre o primeiro Estado livre de todo o continente americano. Trata-se da República Negra de Palmares (1595- 1695). Lélia Gonzáles (2020) relata que em meio a austeridade do período colonial, Palmares foi a primeira manifestação ativa para a criação de uma sociedade democrática e igualitária se tornando um símbolo de resistência negra e também da repressão do Estado contra a população negra. O esforço bélico empreendido para a destruição do Quilombo foi maior do que o investido contra invasor holandês.

Palmares é o verdadeiro berço da civilização brasileira onde negros, indígenas e brancos eram tratados como uma efetiva democracia racial. A hierarquização de pessoas por raça é um procedimento colonial europeu não praticado no quilombo.

Clovis Moura (2019) descreve que a ocupação holandesa em Pernambuco foi a oportunidade de fuga para as matas de Palmares, pois a dominação portuguesa estava desarticulada. Palmares chegou a ter de vinte a trinta mil habitantes e a sua autossuficiência transformou-se em uma ameaça para a economia escravista da região.

As funções e atividades em Palmares eram diversificadas, era um território produtivo economicamente e mantinham atividades sociais. O sistema produtivo recoletor incluía caça, pesca, extração de frutas, vegetais medicinais e óleo de palmeiras. A produção artesanal envolvia cestos, pilões, tecidos, potes de argila e vasilhas. Outras produções eram os materiais bélicos como flechas e facas outros como instrumentos musicais. Sob a liderança de ex-escravizados dentro do quilombo existiu uma efetiva harmonia racial com a população, constituída por negros, índios, brancos e mestiços em vida comunitária.

Por que a República de Palmares foi destruída?



Essa é uma questão que não é possível responder de forma simplista, sem discutir as engrenagens do racismo. O processo colonial europeu se desenvolve na ideia de modernidade e se coloca como única possibilidade de civilização. Clovis Moura antes de responder a essa pergunta, pontua que quem escrevia sobre Palmares o fazia sob a perspectiva colonial e alegavam que o quilombo divergia dos princípios da nação brasileira. A descreviam como um território de negros e ex escravos que fugiam das leis econômicas, sociais e políticas.

Palmares foi destruída porque era uma unidade política com dinâmica própria. Tinha todas as condições de se estabelecer como uma nação com sua força produtiva e dinâmica social própria. Palmares era uma ameaça a sociedade escravista pelo seu exemplo de eficiência organizacional.

Mesmo com o universo perverso da escravidão e colonização, a diáspora negra no território brasileiro constrói uma nação em rede de solidariedade. Um território diversificado que prezavam pela proteção de todos sem hierarquização baseado em raça.

## 2.1 A CONSTRUÇÃO DA RAÇA

Para dialogar sobre relações étnicos raciais, saúde e políticas de saúde pública se faz necessário discutir sobre a construção da raça. A negação da existência da raça em prol de um discurso de que todos os humanos são iguais é uma estratégia de fuga e negação da existência de desigualdades raciais. Ao falar em raça, sobre o que estamos nos referindo?

A raça tem uso biológico ligado às classificações de plantas e animais. A noção de raça que nos referimos nessa pesquisa é fruto de uma construção da modernidade nunca descrita antes da invasão das Américas. A prática de distinção de seres humanos em categorias raciais remota dos meados do século XVI. Trata-se de um mecanismo criado para o exercício de poder no novo mundo (QUIJANO, 2005; ALMEIDA, 2018).

Achile Mbembe estabelece que raça não existe enquanto fato natural físico antropológico ou genético. Raça é uma forma de representação que vista em profundidade trata-se de

...complexo perverso, gerador de temores e tormentos, de perturbação do pensamento e de terror, mas sobretudo de infinitos sofrimentos e, eventualmente, de catástrofes. Em sua dimensão fantasmagórica, é uma figura da neurose fóbica, obsessiva e, por vezes, histórica (2018, p. 27).

É importante ressaltar que as desigualdades raciais são produzidas e mantidas como

elemento fundamental para o exercício de poder e por interesses econômicos coloniais. As diferenças das características de corpo são usadas como justificativa para diferença de raça. E tudo que foge a aparência do branco é designado como anomalia. O branco é constituído para ser a norma, o neutro, a referência. O pensamento racista alega que a hierarquia de raças é algo natural e com isso na dinâmica os “normais” deveriam gozar de privilégios e os degenerados, deveriam ser subalternizados.

O colonizador respaldado por esse pensamento cometeu genocídio indígena, eliminou milhares de judeus, escravizou milhares de africanos com seus descendentes. Não tendo como sustentar a alegação de distinção biológica de raça, o racista mesmo assim mantém e exerce politicamente opressão, subordinação e exclusão (MUNANGA, 2019).

O negro é uma construção histórica que não foi produzida para ser cuidada. É um meio necessário para fins de exploração, mas a sua eliminação é garantia de desenvolvimento. Ao dissertar sobre a importância do negro nas Américas, Mbembe (2018) evidencia que no Novo Mundo, a mais-valia do escravo não tem comparação em quaisquer a outra sociedade. Ter seres humanos como direito de propriedade foi a engrenagem essencial para o processo de acumulação.

Para produzir o escravo ideal, ou seja, em estado de absoluta sujeição e obediência investiam no chamado o triplo mecanismo de criação do escravo: captura, esvaziamento e objetificação.

O objetivo era conceber alguém produtivo e destruído de humanidade. Alguém que fala, cria e manuseia ferramentas contudo sem autonomia do seu existir. No período de desenvolvimento do escravo, esse sujeito é impedido de manter laços parentescos e os frutos de sua intelectualidade são usurpadas. É a imposição de um vazio, e manutenção da certeza que nada lhe pertence, nem a si mesmo.

O escravo é condenado a se reconfigurar enquanto não humano, pois se dotados de humanidade havia o risco de gerar o desejo de liberdade ou vingança.

Frantz Fanon (2008), um homem negro, médico psiquiatra e natural das Antilhas francesa da Martinica aborda sobre o que é ser negro em um mundo construído por e para os brancos. A tendência é se comportar de forma a não se assemelhar ao negro inventado pelo branco. O que gera negrofobia, a aberração, o amaldiçoado.

Os seus conterrâneos se esforçavam para cumprir o rito para parecer ser branco. Incluía não falar o idioma Martinicano, romper com costumes tradicionais, estudar nas mesmas escolas e frequentar os mesmos lugares que os franceses. Contudo a diferença de corpo, a pele negra, não permitia a se chegada ao estágio final da mutação. Continuavam

sendo negros apesar das máscaras brancas.

A alienação da identidade do negro é uma condição que determina que a sua alteridade não seja outro negro, mas o branco. A partir de referências psicanalíticas, o autor considera,

O preto, no seu comportamento, assemelha-se a um tipo neurótico obsessional, ou, em outras palavras, ele se coloca em plena neurose situacional. Há no homem de cor uma tentativa de fugir de sua individualidade, de aniquilar seu estar aqui. (FANON, 2008, p. 66)

Stuart Hall ao discutir o conceito de raça e etnia retrata que a categoria “raça” não é científica. “Raça é uma construção política e social. É a categoria discursiva em torno da qual se organiza um sistema de poder socioeconômico, de exploração e exclusão – ou seja, o racismo” (2018, p. 76-77). A naturalização do racismo é justificada por argumentos biológicos e genéticos de ordem falaciosa, fazendo das diferenças raciais algo imutável socialmente.

Enfatiza que identificar diferenças genéticas por muitas vezes demanda de conhecimento científico, análises laboratoriais, equipamentos especializados, testes entre outros. O uso da estrutura corporal como cor da pele, características do cabelo, tipo físico para a materialização das diferenças genéticas facilita a dinâmica da discriminação. Ao visualizar corpo com olhar treinado em estereótipos racistas já se organiza mentalmente o lugar social daquele indivíduo ou corpo.

Etnia é conceituada em bases culturais e religiosa. Segundo Hall, a etnia se contrapõe a raça em discursos de diferenças biológicas e diferenças culturais. O racismo usa a biologia, como a cor da pele como critério para a discriminação e no caso da etnia a discriminação é por serem “culturalmente diferente”. Entendendo que o “diferente” é tudo que foge a hegemonia cultural ocidental e assim são avaliados como inferior, para Hall tanto raça quanto etnia são dois registros do racismo.

As etnias de origem africana chegaram ao Brasil no processo de colonização e escravidão. Informações sobre o grupo étnico foi de certa forma registrada mediante o interesse dos traficantes ao documentar a origem do “produto” comercializado (GOMES, 2021)

A não racialização do branco lhe proporciona um isolamento protetivo que é diferente da exclusão vivida pelo negro. Possibilita ocultar o seu protagonismo enquanto algoz nas discussões sobre relações étnicos raciais. O branco no Brasil é o que se parece branco diferente dos Estados Unidos, onde seja qual for a aparência e qualquer que seja a

proporção de ascendência caso haja uma gota de sangue do grupo racial inferiorizado é a esse grupo que será filiado (NOGUEIRA, 2007)

Maria Aparecida Silva Bento (2014), uma estudiosa da branquitude brasileira, aponta que o branco se esquivava das discursões sobre relações étnicas raciais como uma forma de se esquivar do seu papel na construção da raça e racismo como estratégia de poder e dominação.

O branqueamento é uma forma de eliminação do negro que não se restringe a morte física. A mestiçagem, o embranquecimento cultural fazem parte do processo. A elite brasileira adota o branqueamento como uma forma de desenvolvimento e avanço da nação, entretanto eles alegam ser um problema do negro.

O papel do branco nas desigualdades raciais é escamoteado pelo o que a autora chama de *pacto narcísico da branquitude*. É um acordo tácito entre brancos de não se reconhecerem como parte essencial das desigualdades raciais no Brasil. É um investimento no silêncio, omissão e distorção do seu papel no racismo brasileiro como forma de autopreservação.

Branco de todas as classes sociais herdada da escravidão bens materiais e simbólicos como a positividade de sua existência. O branco cria o imaginário de que é o modelo universal de humanidade e essa fantasia legitima a sua supremacia econômica, política e social. As intervenções violentas, escravidão, roubos, genocídios são narrados como conquistas.

Essa pesquisa questiona se as demandas de saúde de mulheres negras são priorizadas no planejamento da gestão municipal diante de dados alarmantes das iniquidades entre mulheres brancas e negra como por exemplo a morte materna. E a autora cunha o termo *indignação narcísica* que é a empatia e indignação por parte de mulheres brancas quando o problema ou a violação de direito é do seu grupo racial. Quando mulheres brancas se acomodam com a universalização da mulher é o reconhecimento que elas estão sendo priorizadas.

Pois as indignações em relação a saúde da mulher que são pautados por pessoas responsáveis por essa linha de cuidado, porém prevalece a ausência de um debate a partir de dados desagregados por raça cor optando pela universalização da mulher.

## 2.2 RACISMO À BRASILEIRA

O racismo apresenta particularidades a depender do local geográfico no mundo e o

Brasil tem as suas particularidades como, por exemplo, a não discussão de relações étnicas raciais, o assunto “proibido”.

Lélia Gonzáles (1988) explica que raça é um elemento colonial criado para justificar a “superioridade” do colonizador em relação ao colonizado com objetivo de explorar e oprimir. Para tal feito, o racismo opera através de duas faces que se diferenciam nas táticas, mas não nos objetivos.

Uma face é o *Racismo Aberto*, característico das sociedades anglo-saxônicas, germânicas ou holandesa onde os grupos brancos no intuito de manter a “pureza” da raça não admitem que em seu grupo quem tenha sangue de outra raça. Assim, eles instituem a segregação como fundamento da sociedade, como, por exemplo, o apartheid praticado na África do Sul e o sistema Jim Crow, dos Estados Unidos. O Brasil também pratica a separação, contudo não a legalizou como nos países citados.

Para o grupo que apoia o separatismo a miscigenação é execrável. Essa uma das hipocrisias coloniais, pois embora condenassem o contato sexual com outras raças cometiam estupro e praticavam a exploração sexual de mulheres não brancas recorrentemente.

O racismo praticado no Brasil é a outra face, a de origem latina, é o racismo disfarçado definido por Lélia como *Racismo por Denegação*. Esse modelo opera através de teorias de miscigenação, assimilação e democracia racial. É um tipo de racismo eficaz para a alienação daqueles que são discriminados.

A colonização brasileira foi influenciada pelas sociedades ibéricas que exerciam um modelo rigidamente hierárquico para demarcar os lugares sociais. Essa dinâmica dispensa o discurso explícito separatista e é eficaz para impor a negros e brancos os “seus lugares”.

Abdias do Nascimento (2019) enfatiza que o nosso racismo é uma criação exclusiva luso-brasileira. É implacável e mortal como todos os outros, porém é praticado de forma difusa, evasiva, camuflada, assimétrica e mascarada. É uma forma acurada e cuidadosa de praticar o racismo sem a existência de racista. É uma forma de ludibriar a população negra levando-a a acreditar que as iniquidades por eles vividos é culpa deles próprios.

Neusa Santos Souza (2021) em seu estudo sobre o negro na sociedade brasileira aborda a experiência de ser negro em uma sociedade branca. A autora se refere as ideologias, estéticas e comportamentos construídas para atender as expectativas brancas. É uma perspectiva do que o outro espera de mim tendo a cor da pele como condicionante de vida.

O negro brasileiro não tem uma identidade positiva para que possa se apegar, o

racismo é uma prática que desumaniza e desqualifica pessoas racializadas. Pessoas negras estão colocadas dentro de uma perspectiva de não humanidade, da não possibilidade de ser reconhecido como algo ideal para o outro nem de beleza, nem de inteligência nem de valor social.

Ser negro no Brasil é viver aprisionado a uma imagem alienada formada por estereótipos. Romper com essa estrutura e construir a sua identidade é uma possibilidade. A autora diz que “Assim, ser negro não é uma condição dada, a priori. É um vir a ser. Ser negro é tomar-se negro” (SOUZA, 2021, p. 115)

Em nossas construções sociais, o cidadão brasileiro ideal é o branco, ser bem tratado no Brasil é ser tratado como branco. Quanto maior a brancura na cor da pele, maiores as possibilidades de êxito e aceitação.

Os escravocratas se autopromoviam como humanistas através do Mito do Senhor Benevolente. Pregavam um certo grau de bondade e humanidade na escravidão. O roubo, o massacre, o genocídio e a brutalidade são praticados em nome de um “bem maior” como espalhar a palavra cristã, salvar almas perdidas.

O Padre Antônio Vieira, ainda celebrado no Brasil como um impressionante missionário religioso, aceitava e promovia a escravidão negra. Há registros de dezenas de seus sermões do século XVII e em um dos mais famosos pregavam a obediência e gratidão aos negros escravizados. Assim discursava em terra brasileira para africanos e seus descendentes.

Começando pois pelas obrigações que nascem do vosso novo e tão alto nascimento, a primeira e maior de todas é que deveis dar infinitas graças a Deus por vos ter dado conhecimento de si, e por vos ter tirado de vossas terras, onde vossos pais e vós vivíeis como gentios; e vos ter trazido a esta, onde instruídos na fé, vivais como cristãos, e vos salveis” (2011, p. 123).

Oracy Nogueira (2007), um homem branco sociólogo, foi um dos brasileiros que estudou a “situação racial” do Brasil. Ele comenta que pesquisadores norte-americanos que faziam a mesma pesquisa não conseguiam “ver” o preconceito quando comparado com a realidade dos Estados Unidos. Desigualdades raciais visíveis, se tornam invisíveis ao olhar do branco munido de seus privilégios pois naturalizam os lugares sociais a partir da cor da pele e não causa estranhamento ver negros em situações de vulnerabilidade.

O autor distingue duas formas de expressão do racismo. O racismo brasileiro como preconceito de *marca* e o norte americano como preconceito de *origem*. O preconceito de

marca se manifesta pela discriminação de pessoas devido aos seus traços físicos como cor da pele e cabelo.

No Brasil, pode ocorrer concessões em forma de passibilidade para adentrar no “mundo dos brancos” a depender da intensidade das marcas, de condição financeira, emprego, nível de educação formal. O branco age como legítimo avaliador de quem pode transitar ou não em seu universo. Assim, no Brasil, a intensidade do preconceito varia em proporção direta aos traços negroides. Cria-se um clima de constrangimento que causa um pesar para quem os carrega.

O sociólogo Florestan Fernandes, um homem branco, pesquisador sobre a escravidão e pós-abolição. Com acesso a informações sobre as injustiças raciais sofridas pela população negra, como, por exemplo, a discriminação e a submissão aos brancos na vida cotidiana, abandono dos governantes, substituição pelo imigrante europeu nos postos de trabalho assalariado, a indiscutível violência física e psicológica aos corpos negros e mesmo assim ele fez uma leitura discutível sobre o negro na sociedade brasileira.

Fernandes em seu livro *A integração do negro na sociedade de classes - Volume 1: (O legado da “raça branca”)* (2008) levanta a tese de que a população negra brasileira foi “deformada” pela escravidão e é desajustada sexualmente por nunca tendo absorvido a ética familiar dos brancos portugueses, alega que o negro não se adaptou aos moldes da sociedade de trabalho livre, que crianças estavam em contato com a promiscuidade sexual dos adultos.

O livro contribui para estudos das relações étnicas raciais brasileira, mas ao falar de família culpabiliza a população negra pelos danos causados pelo branco. E não coloca o branco como causador e mantenedor das desigualdades raciais. Não destaca as deformações do branco que se comportam como superiores hierarquicamente. O autor tem como referência um modelo de família ocidental para apontar as “anomalias” em povos os descendentes de africanos.

O racismo a brasileira molda o comportamento do negro desde a infância de modo a ser aprovado pelo olhar do branco. Mulheres negras tem dificuldade de nomear suas opressões, tamanha é a naturalidade que são postas no cotidiano.

Percebemos que para a construção da equidade racial na saúde brasileira é necessário mais do que reconhecimento do racismo e sim de implementar ações antirracistas.

### 2.3 A CONSTRUÇÃO DA MULHER NEGRA

Mulheres negras são convocadas historicamente a ocupar múltiplas posições que envolvem cuidar de si, dos outros e não receber ajuda. São as chamadas “guerreiras”. Carla Akotirene (2018) através de diversas autoras, problematiza a matriarcalidade negra por ser uma criação estereotipada que bestializa a mulher negra e desvalida a sua produção de conhecimento.

O relato de dor da mulher é desacreditado, dela é esperado uma postura eterna de resistência para o sofrimento. Esse aparato colonial tem um nível de sofisticação que se estende à assistência a saúde e se materializa em doses baixas ou nenhuma analgesia, omissão a um grito de socorro, um atendimento com menos qualidade e baixo acesso ao sistema de saúde.

Maria Lugones (2014) em seus estudos sobre a colonialidade de gênero destaca que o status de civilizado era concedido a homens e mulheres em uma lógica dicotômica e hierárquica. A categoria gênero é pensada como uma imposição colonial onde o homem é o branco, europeu, burguês, heterossexual e cristão. A mulher é a branca, cristã, europeia, mas, ainda sim, não ocupavam a mesma posição hierárquica que os homens brancos. À elas era destinada a responsabilidade de reprodução da raça branca. Eram a personificação da pureza e da passividade sexual.

Interpretando a lógica colonial percebemos que mulheres negras não são consideradas como mulheres, de fato, não são sequer humanas. As noções de gênero chegam de forma impositiva aos povos colonizados. Os colonizadores se baseiam na biologia para definir os papéis sociais e não estão abertos a outras organizações.

Mulheres de cor, mulheres não brancas, mulheres do terceiro mundo, como denomina a autora, reivindicam um olhar interseccional de sua existência e a inclusão das categorias raça, classe e sexualidade nas discussões sobre as demandas das mulheres. Pautas que tem sido suprimidas dos debates do feminismo hegemônico.

Novamente dialogo com Oyèrónké Oyèwùmí (2021) e a sua teoria de que o corpo é a base da ordem social da “cosmovisão” ocidental. Essa ordem se centraliza na diferença. A categoria gênero no processo colonial hierarquiza organizações sociais a partir dos corpos. A divisão de trabalho ou de cargos políticos, por exemplo, antes da colonização não eram determinados por gênero.

A autora alega que

O processo colonial foi diferenciado por sexo, na medida em que os



colonizadores eram machos e usaram a identidade de gênero para determinar a política. Pelo exposto, fica explícito que qualquer discussão sobre hierarquia na situação colonial, além de empregar a raça como base das distinções, deve levar em conta seu forte componente de gênero. (OYÉWUMÍ, 2021, p. 186)

A colonização ocidental homogeneiza o gênero a partir do corpo, dessa forma pesquisadoras decoloniais, ao longo do tempo tem contestado a visão binarizada de gênero e destacando a pluralidade das mulheres. A partir de uma perspectiva colonial as mulheres brancas são consideradas como o padrão de mulher e as mulheres não brancas ainda lutam para o reconhecimento de sua humanidade. Universalizar as mulheres, tratá-las de forma homogênea ao invés de usar a interseccionalidade produz um silenciamento nas questões de raça. É uma barreira para reconhecer iniquidades entre mulheres negras e brancas.

O histórico colonial brasileiro tornou as mulheres negras invisíveis nos documentos públicos. Das vezes que foram citadas, estavam atreladas alguma medida de controle de seu corpo. O Movimento de Mulheres Negras reverberou através de reivindicações as pautas desse grupo. Transformações políticas com vistas a equidade racial são necessárias para a nossa sociedade. A história do negro na sociedade brasileira sobre constantes ações de apagamento e invisibilização por conta do Estado. Um exemplo foi a justificativa de Rui Barbosa em 1890 quando alegou que queimar os documentos com informações sobre o comércio de escravos seria uma boa ação mas que na verdade só serviu para salvaguardar a consciência dos injustos.

Dados sobre as comercializações e as estatísticas foram apagados da história devido a uma circular assinada por Rui Barbosa, então ministro da fazenda. No dia 14 de dezembro de 1890, a circular número 29, ordenava a queima de todos os papéis, livros de matrícula, livros de registro dos cartórios municipais relativo à compra, venda e transferência de escravos no Brasil. A destruição ocorreu no dia 13 de maio de 1891. Essa medida impede que os escravizados e seus descendentes tenham acesso a informações sobre sua comercialização (BUARQUE, 2016)

O motivo da circular está no próprio texto oficial

a república esta obrigada a destruir esses vestígios por honra da pátria e em homenagem aos deveres de fraternidade e solidariedade para com a grande massa de cidadãos que a abolição do elemento servil entraram na comunhão brasileira. (ESTADÃO ACERVO, 2015, s.p.)

Salvar a honra nacional apagando as comprovações das barbaridades feitas por séculos a africanos e seus descendentes é uma forma de ignorar e se desresponsabilizar das consequências.

Mulheres negras eram citadas em documentos que escreviam sobre a comercialização de seu corpo. As negociações eram feitas por distinção de gênero e faixa etária. Homens e mulheres eram preparados para a venda como descreve Gomes,

Nessas ocasiões, homens e mulheres eram lavados, depilados, esfregados com sabão, untados com óleo de coco ou dendê, pesados, medidos, examinados e apalpados em suas partes íntimas, obrigados a correr, pular e exibir a língua e os dentes. Ao término desse metódico ritual, vendedores e compradores acertavam o preço de acordo com a idade, o sexo e o vigor físico dos cativos que, em seguida, eram marcados a ferro quente com as iniciais da fazenda ou do nome do seu novo proprietário (2021, p. 18).

Na lei de 7 de novembro de 1831 (BRASIL, 1831) que encerra o tráfico de escravos e declarava livres todos os escravos vindos de fora do Império e na de 4 de setembro de 1850, conhecida como Lei Eusébio de Queirós (BRASIL, 1850), que reprimia do tráfico de africanos, a mulher escravizada não é especificada por gênero.

O Estado e seus representantes através da lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871 conhecida como Lei do Ventre Livre (BRASIL, 1871), considerava livre todos os filhos de mulheres escravizadas nascidos a partir da data da lei.

Os filhos nascidos na vigência da lei ficavam sob o poder e autoridade dos escravizadores das mães até que a criança completasse 8 anos de idade. A partir de então, cabia ao escravizador a decisão de entregá-la para o Estado e receber uma indenização ou escravizar essa criança até os seus 21 anos de idade. A mulher negra é privada de direitos sobre seus filhos.

Os filhos das filhas das escravas também estavam submetidos ao mesmo sistema. As mulheres negras avós não tinham autoridade legal sob seus netos. As mães só teriam posse de seus filhos se esses fossem alforriados, e mesmo assim as mães poderiam “escolher” entregar sua prole a um escravizador. A liberdade não era efetiva e não era de decisão das mulheres.

As crianças só seriam realmente libertas se um voluntário ou a própria criança pagasse a indenização ao escravizador de sua mãe. O escravizador poderia perder o direito sob a criança antes dela completar 8 anos se um juiz criminal reconhecesse que estivesse ocorrendo a aplicação de castigos excessivos nessa criança.

A criança vítima de violência do escravizador de sua mãe ou que fora abandonada por ele era então enviada a uma instituição acolhedora. Essas instituições tinham o direito de escravizar a criança até completos 21 anos de idade.

No contexto atual, mulheres negras vivem a continuidade da lógica da lei do ventre livre. Sem autonomia sob seus corpos. Os dados sobre a saúde reprodutiva no Rio de Janeiro são alarmantes e são apresentados pelo dossiê Mulheres Negras e Justiça reprodutiva (CRIOLA, 2021). O Estado do Rio de Janeiro tem o cenário mais crítico que o nacional. No ano de 2019 mulheres negras representaram 74% das mortes maternas enquanto mulheres brancas 25,16%, representavam 60,44% de morte de mulheres em idade fértil e mulheres brancas 38,56%. Nos casos de aborto no ano de 2020 foram a maioria em internação 46,81% e mulheres brancas 17,35%. A colonialidade é um fenômeno que afeta diretamente o processo reprodutivo de mulheres negras, para essas, engravidar, gestar e parir é estar exposta a violências que levam a desdobramentos como adoecimento e risco de morte.

A prole também não está sob o controle das mães negras. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020), as vítimas de intervenções policiais são 79,1% negros, 74,3% jovens até 29 anos e 99,2% homens. Mães negras perdem seus filhos mais que mulheres brancas.

A lei do Sexagenário, também chamada de Lei Saraiva-Cotegipe de nº 3.270, de 28 de setembro de 1885 (BRASIL, 1885) concedia liberdade aos escravos com 60 anos de idade e garantia indenização aos seus escravizadores. Solicitava-se na lei, o recadastramento de todos os escravizados existentes no Império. Deveria constar dados de identificação como nome, idade, nacionalidade, sexo, filiação (caso soubessem).

Está disposto no parágrafo 3, do artigo 1º da lei uma tabela com os preços dos escravizados. Quanto mais jovem maior o valor. No parágrafo 4º tem uma observação em relação ao gênero “O valor dos indivíduos do sexo feminino se regulará do mesmo modo, fazendo-se, porém, o abatimento de 25% sobre os preços acima estabelecidos” (BRASIL, 1885). A mulher negra valia menos do que os escravos de sexo masculino.

O aleitamento materno também foi um nicho de mercado econômico. Pesquisado por Martins (2016), nos anos entre 1850-1884 havia a prática chamada de “aleitamento mercenário”. A autora aponta que a atividade econômica estava ligada diretamente à escravidão de mulheres negras escravas ou libertas. A amamentação era entendida pela elite carioca como uma atividade fatigante, assim a sociedade carioca associou a mão de obra escrava.

A descrição das mulheres negras para o anúncio desse comércio contradiz os estereótipos criados pelos escravizadores. Aquelas que eram referidas como degeneradas, inferiores, lascivas sexual, nos anúncios de venda de amamentação, o senhoril as descrevia

por qualidades físicas e morais.

Uma vez sob o domicílio das crianças para prestar o serviço, essas mulheres assumiam também funções domésticas da casa em muitas das vezes. Na segunda metade do século XIX com a entrada massiva de mulheres brancas e estrangeiras nas relações de trabalho doméstico, as africanas passaram a ser preteridas.

As amas de leite exerciam outros papéis e estavam sobre o controle e domínio senhorial. No caso das ex-escravas ou libertas, os patrões ficavam desconfiados e chegavam a exigir fiadores de conduta. A Câmara Municipal do Rio de Janeiro recebia projetos de postura para que o serviço doméstico fosse organizado e moralizado.

De acordo com Santos (2015), a Câmara Municipal do Rio de Janeiro compunha posturas com o intuito de controlar a mobilidade urbana de cativos com fins de evitar crimes, roubos, furtos e diminuir os índices de fuga escrava. Dezenas de leis municipais foram direcionadas aos escravos e seus senhores.

Somando-se a essas diversas formas de exploração econômica da mulher negra, Abdias do Nascimento (2016) denuncia que devido ao número reduzido de mulheres brancas nas colônias, mulheres africanas foram exploradas enquanto prostitutas como mais um meio de renda entre os escravocratas.

A realidade social da mulher negra é marcada pelo racismo e sexismo somados ao desamparo do Estado e falta de apoio da sociedade em geral. O imaginário estereotipado prejudica também as suas relações de afeto. Nascimento relembra um ditado popular que hierarquiza as diferentes mulheres lhes designando afetos a partir da cor da pele. Um tem direito a construir a unidade familiar criada pelo ocidente e outras são destinadas a exploração de trabalho e sexual: “Branca pra casar, Negra para trabalhar, Mulata para fornicar” (2016, p. 75)

A filósofa Sueli Carneiro através do texto *Gênero Raça e ascensão social* (2019b) tece críticas a Joel Rufino dos Santos, que em 1994, no texto *Atrás do muro da noite: dinâmica das culturas afro-brasileiras*, de coautoria Wilson dos Santos Barbosa, publicado pela Fundação Cultural Palmares, discute sobre os homens negros que quando sobem na vida arranjam logo uma branca e de preferência loira. O trecho de Rufino que Sueli Carneiro destaca é

A parte mais óbvia da explicação é que a branca é mais bonita que a negra, e quem prospera troca automaticamente de carro. Quem me conheceu dirigindo um fusca e hoje me vê dirigindo Monza tem certeza de que já não sou um pé-rapado, o carro, como a mulher, é um signo (2019b, p. 91).

Na análise da filósofa, tal colocação coloca a mulher negra novamente em uma lógica de mercado, quem tem mais dinheiro compra a melhor. Joel Rufino foi infeliz por pactuar com uma lógica em que mulheres negras são parceiras sexuais ocasionais, não tendo o direito ou condições de ser companheira de homens em ascensão social. Ao mesmo tempo em que fantasiosamente ele acha que goza do mesmo status que o homem branco que hierarquiza pessoas pela cor da pele, ele coisifica mulheres para o consumo e ostentação.

A postura desrespeitosa de Joel Rufino, um homem negro que vive com todas as implicações que envolve essa identidade racial que é amparado pelo patriarcado. Mulheres negras são socialmente desvalorizadas em todos os níveis, incluindo a estética. A perversidade na lógica machista e racista usada para determinar que mulheres negras sempre serão Fuscas a serem trocadas por Monzas é a demonstração do racismo genderizado.

#### 2.4. A UNIVERSALIZAÇÃO DA MULHER

Em 1851, nos Estados Unidos, a universalização da mulher foi problematizada por uma ex-escravizada e a ativista pelo direito das mulheres de nome Sojourner Truth. É época em que mulheres lutavam por direitos e representação política. Indignavam-se com a impossibilidade autonomia devido a imposição social de casamento e maternidade. Truth fez um discurso singular que dizem que foi de improviso. Não seria a primeira vez que uma mulher negra expõe algo bem elaborado fruto de reflexão sobre sua existência e as palavras ou gestos são entendidos como um impulso momentâneo.

De acordo com Angela Davis (2016), o movimento de mulheres espelhavam-se nos movimentos abolicionistas para organizar suas reivindicações. Elas não estavam isentas a resistência de supremacia masculina que desqualificavam suas pautas baseadas na feminilidade associado à fraqueza.

Sojourner Truth, única mulher negra na Convenção dos Direitos da Mulher em Akron, Ohio. Surpreendeu homens e mulheres brancas ao questionar se não seria ela, também uma mulher. Listou elementos que a diferencia das mulheres brancas como não recebe ajuda para subir em carruagens ou para atravessar poças de lama, tem braços fortes de arar a terra, plantar e colher, os filhos paridos foram vendidos para serem escravizados. A partir do lugar social que ela ocupa exige o reconhecimento de sua humanidade.

A intelectual Oyèrónké Oyewùm (2021) enfatiza em seu trabalho, que o ocidente

usa a biologia para determinar posições sociais que são dispostas de forma hierarquizadas. A condição de degeneração é dada para os que se apresentam diferente da “norma”. O argumento de genética “inferior” é usado para justificar e naturalizar as desvantagens.

Ter a mesma anatomia não homogeniza as diversas mulheres. O feminismo hegemônico alega que a subordinação das mulheres é universal, ignora as questões de raça vivida por mulheres negras.

O processo colonial não afetou de forma semelhante homens e mulheres. O cruzamento das opressões de raça e gênero vivida por mulheres africanas lhe afastavam da realidade das mulheres europeias. A hierarquização social se apresentava da seguinte forma:

Assim, na situação colonial, havia uma hierarquia de quatro, e não de duas categorias. Começando no topo, eram: homens (europeus), mulheres (europeias), nativos (homens africanos) e outras (mulheres africanas). As mulheres nativas ocupavam a categoria residual e não especificada do Outro. (OYĒWŪMÍ, 2021, p. 186)

A universalização da categoria mulher privilegia a mulher branca e encobre a realidade de mulheres negras. As diversas possibilidades de ser mulher devem ser consideradas ao reivindicar mudanças políticas. Mulher, enquanto sujeito universal, não existe. A interseccionalidade é uma sensibilidade analítica que auxilia na desconstrução da mulher universal.

## 2.5 INTERSECCIONALIDADE E A MULHER NEGRA

A interseccionalidade é uma sensibilidade analítica que nos ajuda analisar a forma como opressões incidem na vida de mulheres negras. Sueli Carneiro aponta que o movimento de mulheres brasileira é um dos mais respeitado do mundo (2003). Com uma performance que se destaca dentre os movimentos sociais, atuaram de forma determinada ao ponto de mudar o status jurídico da mulher brasileira.

Nos anos 80, o movimento pautou a violência doméstica ao ponto de mudar paradigmas. Antes considerada um evento privado, torna-se alvo de políticas públicas como, por exemplo, a criação das Delegacias especializadas no Atendimento à mulher e no ano de 2006, a violência doméstica passa a ser considerada crime alterando, o Código Penal e o Processo Penal com a Lei nº 11.340, a conhecida Lei Maria da Penha, (BRASIL, 2006).

Esse avanço social importantíssimo sob um olhar interseccional revela a realidade vivida por mulheres negras. No Mapa da Violência de 2015, os dados sobre violência a mulher foram desagregados por raça / cor. Constatou-se, assim, que a população negra é vítima prioritária da violência no país com os índices crescentes. Com recorte de gênero, as taxas de homicídio de mulheres brancas caíram 11,9%: de 3,6 por 100 mil brancas, em 2003, para 3,2 em 2013. Em contrapartida, as taxas das mulheres negras cresceram 19,5%, passando, nesse mesmo período, de 4,5 para 5,4 por 100 mil.

Carla Akotinere (2018) endossa que o feminismo hegemônico não tem as pautas raciais como linha de frente para o debate das opressões contra mulheres. A interseccionalidade é uma sensibilidade analítica pensada por mulheres feministas negras. A lacuna de não discutir questões raciais e não discutir o homem negro construído colonialmente assim como a mulher negra faz, com que o feminismo hegemônico seja também um local de silenciamento de demandas de mulheres negras ou seja uma forma de reprodução do racismo.

O termo interseccionalidade foi cunhado por meados dos anos 90, pela jurista afro-estadunidense Kimberle Crenshaw e absorvido e popularizado pelo mundo acadêmico. Na academia, o termo sofre o risco de sequestro do seu significado e consequentemente o esvaziamento se usado de forma genérica sem a inclusão da raça.

O conceito de interseccionalidade é

... uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da 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. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como as ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (2002, p. 177)

A autora reconhece que os direitos das mulheres é algo marginalizado quando visto dentro de uma estrutura universal. Mulheres que são violentadas ou estupradas no âmbito doméstico, as que são proibidas de estudar devido a alguma tradição são exemplos de vulnerabilidades que são invisibilizadas se os direitos humanos usaram o homem como objeto analisador de vulnerabilidades.

Mulheres racialmente marginalizadas sofrem violências específicas de subordinação. Crenshaw observa o risco de superinclusão ao categorizar algo como problema de mulheres, ou seja, o problema interseccional é absorvido pela questão de

gênero não reconhecendo o papel de outras opressões como o racismo.

A subinclusão pode ser representada por duas formas. Uma quando o problema não ganha destaque como problema de gênero quando não atingir mulheres do grupo dominante ou quando um problema é racial, mas tem uma dimensão de gênero, pelo fato dos homens não serem atingido, o problema corre o risco de se tornar invisível.

Isto posto, Carla Akotirene nos aponta a instrumentalidade teórico-metodológica do conceito de interseccionalidade que não comporta fracionar estruturas de opressões que se sobrepõe estruturalmente como racismo, capitalismo, cisheteropatriarcado que são construções da colonialidade.

Com um olhar interseccional evita-se hierarquização ou simples soma de opressões e vulnerabilidades. A seletividade pode levar a uma naturalização de violências, sendo essas tratadas como um fato de vida, como parte “normal” de um cotidiano. A sobrecarga sobre mulheres negras não é um fato natural.

Antes do termo interseccionalidade ser cunhado por Crenshaw e usado na academia, outras intelectuais discutiam sobre as múltiplas opressões vividas por mulheres negras. Lélia Gonzalez já denunciava que mulheres negras sofriam a tríplice discriminação de raça, classe e sexo. A violência sexual da classe dominante e branca e foi descrito como relações democráticas, consensual tirando o peso colonial e racial contudo Lélia nomeia a violência (GONZALES, 2020).

A autora ressalta que em momentos de instabilidade econômica, desamparo, desastre, problema de saúde ou quaisquer outros fatos onde indivíduos ou grupos ficam desprovidos, as mulheres negras são acionadas para o cuidado, provimento e para prestação de serviço como domésticas, cuidadoras.

O racismo como uma expressão sintomática de uma neurose cultural brasileira. O racismo e sexismo de forma inseparável produzem efeitos sobre a mulher negra em particular através de estereótipos coloniais das noções do que seria mulher negra para a sociedade brasileira: mulata, doméstica e mãe preta (GONZALES, 1984).

Essas três categorias marcam o processo histórico das mulheres negras. A Mulata é a hipersexualizada, a destacada nos carnavais. A Doméstica é a mucama permitida, a prestadora de serviço, a “mula”, a que carrega a família dos outros nas costas e a Mãe Preta é a que cuida da casa e educa os filhos dos seus senhores e essa interação é usado como símbolo da democracia racial e passividade da mulher negra a sua condição social e econômica.

O que pouco reconhecido é a influência da Mãe Preta na civilização do Brasil. Ela



africanizou o português falado no Brasil e o brasileiro não se dá conta que fala o “pretuguês”. É essa figura que nas palavras de Lélia vai dar uma rasteira na raça dominante. Essa mulher que cria os filhos dos brancos. Ela que amamenta, dá banho, põe para dormir, ensina a falar e a andar. E essa que tem seu ventre apropriado pela violência colonial e a maternagem impossibilitada pela ambição do branco é a mãe da cultura brasileira, é a mãe do Brasil.

Mulheres negras desfavorecidas são exploradas economicamente e subalternizadas inclusive por outras mulheres que assumem postura “progressistas”. A Mãe Preta é um termo que os saudosos da estrutura colonial usam até os dias de hoje em tom de afeto para se referir a mulheres negras exploradas por suas famílias. É uma forma de naturalizar que mulheres negras, impedidas de cuidar de suas próprias famílias, amamentar seus filhos, ter acesso a educação, seguir um sonho profissional e/ou pessoal tenham o designo de cuidar, educar os filhos dos senhores como todo amor e carinho.

A historiadora e intelectual Beatriz Nascimento descreve que o preconceito velado em forma de “inocência” (muito) útil onde determinavam que o preconceito era de ordem econômica e não racial (1974).

Para a autora é na mulher negra que se cristaliza a estrutura de dominação como negra e como mulher. Enxergá-las apenas como alguém atravessado por problemas econômicos é silenciar e negar a “herança escravocrata” que a recruta para serviços domésticos, cargos subordinados na indústria e serviços rurais enquanto a mulher branca é designado pelo patriarcalismo o papel de esposa do homem, mãe de seus filhos (NASCIMENTO, 1976).

Audre Lord (2019), intelectual, poeta e escritora argumenta que o lucro está acima das necessidades humanas e que as opressões são os artificios criados para manter essa estrutura. Enquanto mulher negra, negra, feminista, socialista e mãe ela se percebe como Outro.

Os opressores cotidianamente tentam normalizar as construções hierárquicas por eles produzidas e ao serem questionados exigem dos oprimidos que os eduquem se esquivando das responsabilidades. Esperam, por exemplo, que negros eduquem brancos em relação ao racismo.

Ao se deparar com denúncias de práticas racistas o meliante alega que não sabia que se tratava de racismo. Se distanciar do que foi construído como o Outro e se aproximar do que foi construído como norma faz com que o negro viva em uma estrutura de rejeição a sua existência incluindo rejeição institucional. Em relação aos diferentes a autora aponta

que

Como integrante de tal economia, *todos* fomos programados para responder às diferenças humanas que está entre nós com medo e aversão, e a lidar com elas de três maneiras: ignorar e, se não for possível, copiar quando considerarmos dominante ou destruir quando considerarmos subalterna. (LORD, 2019, p. 142)

As diferenças como raça, idade, sexo são reais e não há problema nisso. O que a autora problematiza é que existe uma intencionalidade de não reconhecer as diferenças que pode levar a entender que todos os humanos são tratados com igualdade. Assim as análises dos efeitos das diferenças ficam frágeis e comportamentos humanos distorcidos como racismo, machismo, etarismo, heterossexismo, elitismo, classismo passam a fazer parte do cotidiano de forma endêmica. Ao invés de explorar as diferenças há uma negação de que elas existam, a tratam como barreiras intransponíveis

A recusa de reconhecer e analisar as diferenças leva, a um isolamento voluntário ou conexões artificiais, traiçoeiras. Sem um olhar interseccional, as demandas coloniais serão atendidas sem discussão crítica e as diferenças humanas entendidas como desviantes.

O colonialismo criou o humano padrão que a autora chama de *norma mítica* e nós, mulheres negras não estão representadas nesse arquétipo. Seria ele o branco, magro, homem, jovem, heterossexual, cristão e financeiramente estável e eu ainda acrescentaria saudável.

Homogeneidade não é igualdade e o movimento de mulheres deve ser questionado se não está fazendo da sororidade uma armadilha onde todas diferentes mulheres são analisadas apenas pela categoria gênero ignorando as diferenças de raça, orientação sexual, classe e idade. Mulheres brancas ao ignorar o recorte de raça e ao não se racializar enquanto branca dotada de privilégios, torna as mulheres de cor “outras”, *outsiders* com experiências incompreendidas.

Interseccionalidade é um recurso metodológico que nos leva a interpretar as diferenças estruturais que se manifestam nas mais diversas opressões que recaem sobre as diversas mulheres. O foco é instrumentalizar para debate e combate a essas opressões através do empoderando de mulheres não brancas, evitando o silenciamento de suas demandas nas políticas públicas e problematizar a normalização de violência colonial que designa corpos negros femininos a um lugar de desprivilegio.

Para Patrícia Hill Collins (2021), a interseccionalidade é um ponto de conexão entre dois lados que produzem conhecimento, mas que são separados por uma estrutura de poder. De um lado, os intelectuais que não ocupam espaços acadêmicos, com menos poder

e do outro o conhecimento institucional que é entendido como o saber legitimado.

A autora reflete sobre interseccionalidade ainda não nomeada como trabalhos de afro-americanas publicados nos anos 70 que considera que a liberdade da mulher negra será possível através da autopercepção de raça, classe e gênero. O coletivo Combahee River em 1982 discutia que recorte apenas de raça ou apenas de gênero era insuficiente para analisar a dinâmica de opressões vivida por mulheres negras.

Avançar no próprio empoderamento incorporando a discursões da interseção de raça, classe, gênero, sexualidade nos múltiplos movimentos sociais, a entrada na academia de ativistas levou a discussão da interseccionalidade para espaços de discussões hegemônicos.

## 2.6. QUESITO RAÇA / COR NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população brasileira é composta de brancos 43,1%; os pretos, 9,3%; e os pardos, 46,5% (IBGE, 2018).

Em 1872, foi a primeira vez que o Brasil usa cores para classificar a população em recenseamento. Usaram branco, preto, pardo e caboclo. No ano de 1890 trocaram o pardo pelo mestiço. Nos anos 1900 e 1920, a classificação racial foi retirada do recenseamento. Já em 1910 não realizaram recenseamento e retornaram em 1930. A categoria amarela passa a fazer parte do formulário em 1940, em uma referência aos imigrantes japoneses. O pardo retorna nos anos de 1950 e 1960. No ano de 1970, na Ditadura Militar, decidiram excluir a classificação racial e o retornaram nos anos 1980 e 1991. A categoria indígena ficou 101 anos sem ser questionada e retorna no ano de 1991 (PETRUCCELLI, 2013).

Como podemos perceber a identificação racial em termos de pesquisas censitárias não foi uma prática linear. De 1872 aos dias de hoje dentre distintos períodos políticos como Império e a Repúblicas assim como gestão econômica da escravidão ao capitalismo, a classificação racial da população atravessa resistência e desacordos. Períodos de exclusão, décadas sem classificar os indígenas, mudança de nome de um censo para outro tornando os dados incomparáveis.

Para além dessas questões mais amplas como incluir ou não a classificação racial em recenseamento nacional, Sueli Carneiro (2019c) fez alguns apontamentos que teve dificuldade de trabalhar com dados de classificação racial para o texto *Mulher Negra* que foi publicado em 1985 e discute a situação socioeconômica da mulher negra. Falta de coleta sistemática,

dados não desagregados por cor, as poucas tabulações divulgadas, mudanças de critérios de um recenseamento para outro.

A precariedade dos dados não são frutos do acaso, Carneiro descreve que é a forma de invisibilizar a importância numérica da população negra, fragmentação da identidade racial negra, fortalecer o embranquecimento do país e desresponsabilizar o Estado.

De acordo com instruções do Censo Demográfico de 2010 é branca a pessoa que se declarar branca, preta a pessoa que se declarar preta ou afrodescendente, amarela a pessoa que se declarar de cor amarela (de origem oriental: japonesa, chinesa, coreana etc.), parda a pessoa que se declarar parda e Indígena a pessoa que se declarar indígena ou índia estejam elas vivendo em terras indígenas ou fora delas (IBGE, 2009).

O acesso da população negra ao sistema de saúde é pauta de intensas discussões. Jurema Werneck (2016b) argumenta que os Movimentos de Mulheres Negras e o Movimento Negro, que se expressam por movimentos populares de saúde, contribuíram para a Reforma Sanitária brasileira e criação do Sistema Único de Saúde. Contudo o racismo vinculado à vulnerabilidade ainda é barreira para um acesso equânime.

Indicadores de saúde construídos por dados epidemiológicos podem proporcionar uma materialidade as disparidades e desigualdade por raça e indicador de eficiência de ações para equidade. Com isso, a produção de dados desagregados por raça / cor é indispensável para a administração pública no gerenciamento, planejamento e avaliação das políticas públicas de saúde para além de fonte de pesquisa e estudos acadêmicos.

O Estatuto de Igualdade Racial através da lei nº 12.288 de Julho de 2010 (BRASIL, 2010) tem no artigo 8: “II - a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero”.

Segundo Batista et al. (2017), a primeira vez que um serviço público de saúde adota o quesito cor em seus formulários foi em março de 1990, através da Portaria nº 696, no município de São Paulo. A nível nacional, o Ministério da Saúde passa adotar no ano de 1996, o quesito cor no Sistema de Informações sobre Mortalidade e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

A completude da variável raça/cor no sistema de saúde apresentam limitação de preenchimento que pode comprometer o dimensionamento do desempenho do SUS (BRAZ et al., 2013). Profissionais devem ser capacitados para o seu preenchimento e um monitoramento permanentemente do preenchimento favorece a qualificação dos dados que é elemento fundamental para honrar o compromisso de equidade proposto por nosso

sistema de saúde.

Mesmo décadas após a implantação do quesito no Sistema de Informação de Saúde, seu preenchimento tem sido sistematicamente ignorado ou coletado de forma precária. Por força de organizações sociais negras, foi criada a portaria nº 344, em 2 de fevereiro de 2017, que tem no seu primeiro artigo.

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena. (BRASIL, 2017b).

Informar sobre cor, raça/etnia em nosso sistema de saúde, mesmo sob força de lei, ainda gera controvérsias. Pelo contexto racial do país, não considero inesperado, mas sim desumano a forma que trataram essa variável na pandemia de COVID 19. O mundo adotando medidas sanitárias específicas apoiados em dados epidemiológicos e profissionais brasileiros omissos ao preenchimento desse dado. Devido a essa precariedade a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) atendendo a uma demanda do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde da População Negra, enviou uma carta ao Ministério da Saúde onde uma das solicitações envolvia os dados do quesito raça/cor como

Divulgação de dados desagregados por raça/cor nos painéis de monitoramento, boletins epidemiológicos, notas técnicas, e demais documentos oficiais relativos à Covid-19; Inclusão do campo raça/cor nas fichas de hospitalizações dos casos da Covid-19 quando em leitos públicos ou privados.” (ABRASCO, 2020, s.p.)

A dificuldade em classificar racialmente a população em recenseamentos e formulários de saúde está associada aos princípios racistas que se sustentam na hierarquização de raças. O embranquecimento populacional implementado como possibilidade de desenvolvimento se esbarra na pluralidade racial expressiva. Identificar e nomear tem relevância para a administração pública.

A identificação étnico-racial do indivíduo negro para fins de sistema de informação e saúde, que é o foco dessa discussão, a partir da apreciação de outra pessoa ou de si próprio causa embaraço e desconforto tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários. Faz-se necessário discutir porque isso ocorre. Considero incabível que profissionais da área de saúde, que sabem da importância de qualidade de dados para a

gestão de saúde, negar consciente a importância do correto preenchimento do quesito raça cor. Usar o Mito da Democracia Racial para argumentar uma suposta igualdade entendendo como uma estratégia que mantém as desigualdades raciais ao invés do enfrentá-las.

Porque é tão ruim ser negro? Como o negro é construído no imaginário coletivo? Fiz uma busca simples em um dicionário gratuito *on line* sobre o significado da palavra negro. Na língua portuguesa, a palavra “negro” é um substantivo masculino e adjetivo. O resultado da busca foi:

Que tem a cor mais escura de todas, como o piche e o carvão. Que se refere a pessoa de etnia negra. Que não tem luz; completamente escuro e sombrio... Que é triste ou lúgubre...Que anuncia infortúnios; nefasto...Que inspira medo ou pavor; tenebroso...Que revela crueldade ou sordidez; perverso...Aquele que vive sujeito a um senhor; escravo...Pessoa que trabalha muito... (MICHAELIS, 2021, s.p.).

A palavra negro no contexto colonial é empregada para os africanos e seus descendentes a partir da visualização de características físicas, como, a cor da pele. Anibal Quijano (2005) descreve que negro é a identidade racial mais explorada no novo padrão mundial de poder. O racismo é usado para organizar as sociedades coloniais. Aqueles que tiveram suas identidades originais subtraídas devido a imposição da identidade negra, deveriam produzir riquezas gratuitamente por toda a vida e sem direito a usufruir ou questionar sobre esse sistema.

Chamar alguém de negro pode despertar ressentimento e causar feridas. Sabendo disso questiono: Por quê? Como uma palavra pode causar dor? O que é um negro?

Achille Mbembe que responde “Negro é, portanto, o nome que me foi dado por alguém. Não o escolhi originalmente. Herdo esse nome por conta da posição que ocupo no espaço no mundo” (2018, p. 263-264).

A construção do negro é algo alheio a vontade do sujeito africano e seu descendente. O negro não escolhe ser negro. Trata-se de uma sina colonial divulgada como natural. É um fardo em forma de insulto que se assimila pela força do hábito, não é uma escolha. A palavra é utilizada para nomear a coisificação, para ofender e degradar um indivíduo. É uma construção sofisticada que está presente no cotidiano, possui poder capaz de sufocar e estrangular, de amputar e castrar.

O nome negro é vinculado à morte, assassinato e sepultamento. É corpo que pode (deve) ser eliminado. A sua morte é garantia de segurança pessoal, torna o ambiente sem perigo e mais saudável. Da cor da noite, das trevas, dizem que não tem luz, não é para ser visto e não pode falar. Sem a possibilidade de mudar de cor é essencialmente como o descrevem.

O autor destaca que o negro só existe por ter infraestrutura que o suporta. Outras cores devem estar em contrastes simbolizando a oposição. É um vínculo de submissão, só existe um negro em relação a um senhor. O senhor não é nada sem o negro, então o possui. O negro é uma entidade construída para pertencer a um seu senhor.

Ao refletir sobre descolonização de mentes e corpos negros, resgatamos potências usurpadas pelo processo colonial. Bell hooks (2019) ressalta que o ódio e o medo da negritude é uma criação do branco. O imaginário criado pela supremacia branca associa o negro a tudo que é mau, negativo e pecaminoso. As pessoas são ensinadas a rejeitar a negritude. A construção da identidade negra é questionada e ressignificada pela comunidade negra. Todas as manifestações e levantes contra a discriminação racial são manifestações para desmistificar os estereótipos negativos. O negro é uma criação colonial imputada a certos corpos, é uma construção que não corresponde ao que os sujeitos realmente são. Em luta pela ressignificação do que é ser negro se afirma, negro é lindo, negro é inteligente e negro é humano.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) foi criada pós a segunda guerra mundial. O mundo estava abalado com o com nazismo e as suas violências raciais. A internacionalização do Mito da Democracia Racial brasileira criou uma expectativa de que teríamos a resposta para a gestão de conflitos raciais então a organização patrocina uma larga pesquisa sobre relações étnico raciais no território brasileiro.

O Mito é tão bem divulgado que atravessava fronteiras e despertava interesse curiosidade sobre como havíamos superado as mazelas raciais (MAIO, 1999).

A pesquisa foi inicialmente programada apenas na Bahia por aparentar melhor demonstração de democracia racial, mas foi estendida para outros estados. A Bahia ficou na responsabilidade do antropólogo Thales de Azevedo, que no ano de 1955, publicou o resultado do seu estudo em um livro chamado *As elites de cor* um estudo de ascensão social (1955). A estratificação social brasileira, após compilada, demonstrou ser baseado na cor de pele. O Estudo de Azevedo foi feito na Bahia contudo configurações que estratifica a sociedade a partir de cores são observadas em demais regiões brasileiras.

O autor não descreve a classificação racial do IBGE, mas, sim, as usadas pela população em suas relações sociais. Foram identificadas as seguintes classificações: branco, preto, mulato, pardo, moreno e caboclo. E para cada uma dela, existe variações de significados que podem enaltecer ou desonrar o indivíduo. O peso social e econômico é particularizado pela cor da pele.

*Branco fino* era o sem sinais de mestiçagem. O branco exercia o poder de possibilitar a inclusão de pessoas com marcas aparente de miscigenação em seu grupo. Contudo, essa concessão era vedada para quem tinha pele de cor escura. *Preto* era a nomeação dos que se assemelhavam aos africanos: pele escura, cor de carvão, cabelos encarapinhados, nariz chato e lábios muito espesso.

Usar “negro” era indelicado e ofensivo. Para os que tinham pele escura e que por acaso tivessem prestígio na sociedade ou estivessem na classe econômica mais favorecida, para não lhes ofender usava-se o termo *escuro* ou mesmo *moreno*. Os *crioulos* eram os filhos de africano nascido no Brasil. *Pardo* e *mestiço* eram sinônimo de *mulato*. Uma peculiaridade é o uso do diminutivo para dar um tom depreciativo, que o autor exemplifica nos termos *mulatinho* ou *escurinho*.

Trago parte do resultado da pesquisa feita na Bahia para exemplificar a importância das cores para nossa sociedade. O movimento é em torno de não ser reconhecido como negro. Segundo Fernanda Lopes (2004), pessoas negras tem seu direito natural de pertencimento negado e excluído gerando invisibilidade das suas necessidades reais nas políticas públicas.

## 2.7 MULHER NEGRA NA SAÚDE PÚBLICA

Para refletirmos sobre a saúde da mulher negra vamos contextualizar como lidavam com sua vida na história. A pesquisadora Mary C. Karashch (2000) estudou sobre a vida dos escravos no Rio de Janeiro entre o período de 1808 a 1850. Os africanos sequestrados eram transportados nus nos navios negreiros. O transporte era feito de forma desumana. Tratados como produtos perecíveis já que havia expectativa de “perda”. Mantidos em porões acorrentados para prevenir rebeliões. Fezes, urina, escuridão, má alimentação tornava o ambiente insalubre e muitos não resistiam.

Ao aportar no cais do Rio de Janeiro ou iam para a venda no Valongo ou faziam longas caminhadas pelo interior do Rio para serem comercializados lá. As fontes que a autora usou em sua pesquisa foram as anotações dos comerciantes de escravos.

Relatórios com o número de escravos, identificação do sexo e a quantidade de bebês com as mães. Os bebês eram descritos como, “cria de peito” para os que estavam sendo amamentados e os que começavam a andar eram descritos como “cria de pé”. Os corpos eram exibidos nus nos leilões públicos e havia uma exceção para as mulheres mais velhas que podiam ser vendidas de forma privada entre famílias.



Para além dos registros comerciais, os viajantes europeus que passavam pelo Brasil anotavam em diários diversos relatos sobre o que eles testemunhavam sobre a escravidão no Rio de Janeiro. Os senhores de escravos simulavam para esses viajantes a imagem de benevolência e bondade para que essa imagem ficasse registrada. De forma dissimulada evitavam punir fisicamente os escravizados na frente dos visitantes.

Para castigar o cativo, o escravizador muitas vezes não exercia ele mesmo essa função e delegava as autoridades públicas que aplicavam chibatadas que poderiam chegar até 300 repetições para um único indivíduo. No ambiente doméstico, as esposas dos senhores, mulheres brancas, se ocupavam com as correções cruéis e brutais os escravizados domésticos, que em sua maioria eram mulheres negras.

Chicotadas e palmatórias eram aplicadas nas mãos e em outras partes do corpo. Diante de punições cruéis e excessivas, os escravizados emitiam gritos ensurdecedores que incomodavam vizinhos dos seus alagoes que passam a fazer uso de mordaza ou castigar em segredo em outro lugar. Formas dos senhores manter a “boa impressão”.

A autora expõe que o Rio de Janeiro, antes de 1850, estava insalubre, com sérios problemas de saúde pública. As águas estagnadas proliferavam mosquitos, os cemitérios próximos as igrejas tinham covas coletivas que transbordavam, animais ficavam insepultos e o mercados do peixe, açougue e matadouro se misturavam ao cenário. Toda a imundície produzida usava o trabalho escravo para limpar. Os trabalhos desenvolvidos pelos escravos interferiam diretamente no seu estado de saúde.

Cuidar dos dejetos dos seus senhores era uma atividade dos escravizados que recebiam o nome de Tigre. Negros caminhavam pelas ruas da cidade carregando nos ombros barris com excremento dos seus senhores para o despejo nas praias.

Os africanos e seus descendentes eram obrigados a aprender a língua e os costumes dos senhores e principalmente aprender o que viria ser um escravo nas américas. Com uma curta expectativa de vida, eram substituídos com praticidade. O corpo adoecido ou morto de um escravizado não recebia empatia.

Para evitar custo com tratamento de saúde e despesas com sepultamento, os senhores enterravam os escravos em seus próprios quintais ou destinavam as covas rasas em cemitérios nas igrejas. Quando apresentavam estado de saúde agonizante, os doentes eram abandonados nus em ruas e praças. Os rituais funerários ou eram inexistentes ou adaptados na nova terra.

Quando as opções mais baratas de tratamento se esgotavam, eram enviados para os hospitais, como a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital dos Lázaros. A iminência da

morte era uma certeza. Havia alto risco de ter contraído uma diversidade de doenças. Apenas diagnósticos, como da varíola e tuberculose eram segregados.

Manolo Florentino em sua análise do tráfico de africanos para o Rio de Janeiro, entre os séculos XVIII e XIX (1997) enfatiza que a comercialização de escravos em si era um empreendimento lucrativo. E as informações sobre o estado físico e de saúde, até mesmo “diagnósticos” não eram registrados por médicos, mas, sim, pelos avaliadores que tinham a função de determinar o valor do escravo.

Os traumas físicos e doenças infectocontagiosas eram causadores de enfermidades. Com abolição do tráfico, o preço do escravo elevou. O autor descreve que as melhorias nas condições materiais proporcionada pelos senhores escravocratas depois da proibição, tinham o objetivo prolongar a vida útil dos escravos, aumentar o índice de sobrevivência do recém-nascido e aumentar a potencialidade auto reprodutora.

Poucas décadas após a abolição da escravidão negra, já em regime a Primeira República, a elite brasileira se preocupava com o desenvolvimento econômico, e não, com a população. Mergulhados em uma industrialização tardia, processo de urbanização e crescente migração, a Saúde Pública passa a ser discutida com propósitos específicos desenvolvimentistas, e não, de bem-estar.

Por volta dos meados da década de 1910, médicos higienistas fizeram uma revelação pública: a raça negra não era a culpada pelo atraso do desenvolvimento do Brasil. O determinismo racial e climático que por muito tempo foi usado para justificar o não rendimento econômico esperado passa a ser analisado sob outras perspectivas (LIMA et al., 1996)

Cuidar da saúde da população negra não era uma prática da sociedade escravista que se habitaram com a substituição em caso de doença ou morte. No pós-abolição, na condição de trabalhadores de livres não eram tratados de forma similar ao branco. Os negros eram descritos como inferiores, indolentes, preguiçosos. A raça foi usada para justificar o baixo desenvolvimento do país no pós-abolição. Abandonados pelo poder público eram trabalhadores livres, mas estavam doentes. A improdutividade se relacionava à onipresença das grandes endemias rurais (HOCHMAN, 2009)

A frase dita pelo médico Miguel Pereira, em 1916, “O Brasil é um imenso hospital”, mobilizou o debate acerca de medidas de saneamento e higiene. Em 1918, fundaram a Liga Pró-Saneamento do Brasil, presidida pelo médico sanitário, Belisário Pena.

A Liga realizava diversas ações como conferências, educação sanitária em escolas,

Forças Armadas e sociedades de proprietários rurais. Ao mesmo tempo que tentava higienizar o país constituiu-se um sentimento de nacionalidade. A literatura exaltava a natureza, o indianismo e o caboclo sertanejo, entretanto omitia a existência do negro.

A raça ocupa um espaço de notoriedade nas novas discussões sobre a saúde pública brasileira. A presença do negro era entendida como uma barreira para o alcance de um bom desenvolvimento econômico. Políticas de embranquecimento da população como as imigrantistas foram intensificadas.

A eugenia, que é um movimento de “melhoria” de raça foi articulada ao movimento sanitário brasileiro. No mesmo ano que foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, criaram a Sociedade Eugênica de São Paulo, e Belisário Pena, o então presidente da Liga, foi convidado para ser um dos vice-presidentes honorários da Sociedade Eugênica de São Paulo (KOBAYASHI et al., 2009).

O Brasil ansiava por uma regeneração racial. A mulher negra e a sua capacidade de reproduzir a raça inferior se torna alvo do pensamento eugenista, mesmo sem ser citada explicitamente. A eugenia visava conservar os da raça superior e eliminar os de raça inferior ou prevenir a proliferação.

A população negra era descrita como ignorante, doente, cheias de vícios, como alcoolismo, imoralidade, que deveriam ser contidas. A maternidade de mulheres negras deveria ser desencorajada. Aborto, controle de natalidade e esterilização nunca entraram oficialmente no escopo de medidas eugênicas no Brasil. (STEPAN, 2012).

Contudo eu questiono: Quais mulheres são julgadas por engravidar? Quais mulheres mais morrem na idade fértil? Quais mulheres mais morrem em intervenções obstétricas? E quais mulheres perdem seus filhos para a violência do Estado?

O pensamento eugenista faz parte da estruturação da sociedade brasileira. Cito um episódio que envolve o poder público que não deve ser esquecido. O ex-governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral, que hoje encontra-se privado de liberdade devido a atos ilícitos, fez uma declaração no ano de 2007, que obedece aos princípios da eugenia preventiva, ou seja, a que evita a proliferação de degenerados.

Em uma entrevista coletiva, ele primeiramente se declara cristão, mas em nome de um bem maior, sugere a interrupção da gravidez para evitar o nascimento de supostos futuros marginais, como medida de Estado para redução do crime no Rio de Janeiro.

Nessa sugestão, que ele diz que apesar de polêmica é uma saída, ele deixa explícito quais mulheres deveriam ter a gestação interrompida por ordem do Estado e para o bem da população do Rio de Janeiro. Assim, sugere territórios de maioria de população negra para

implementação de sua ideia. Foram essas as suas palavras

Sou cristão, católico, mas que visão é essa? Esses atrasos são muito graves. Não vejo a classe política discutir isso. Fico muito aflito. Tem tudo a ver com violência. Você pega o número de filhos por mãe na Lagoa Rodrigo de Freitas, Tijuca, Méier e Copacabana, é padrão sueco. Agora, pega na Rocinha. É padrão Zâmbia, Gabão. Isso é uma fábrica de produzir marginal. Estado não dá conta. Não tem oferta da rede pública para que essas meninas possam interromper a gravidez. Isso é uma maluquice só (FREIRE, 2007, s.p.).

O conceito de necropolítica descrito no ensaio de Achille Mbembe (2018) nos leva a refletir sobre práticas eugênicas para os não brancos. A banalização da vida é um elemento colonial acionado em todo o processo de escravidão negra. Necropolítica é uma forma de exercício de poder, uma forma de sujeição e dominação do corpo do outro.

O Estado, a partir da gestão do sistema de saúde, que é a dimensão dessa pesquisa, tem o poder soberano de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Através de políticas de saneamento básico e de saúde pública, tem a possibilidade dispor condições fundamentais para a reprodução da vida. A ausência do Estado seria o “deixar morrer”.

O racismo é elemento fundante dos estados modernos. Ele alicerça os mecanismos de morte na seleção dos que vão ser deixados para morrer. Tem como identificar quem não acessa serviço de saúde, quem não dispõe de saneamento básico, quem não alvo de políticas públicas ou quem é mais atingido se uma política não é implementada. Os grupos racializados são os mais atingidos.

Discriminações de gênero e raça são organizadoras de nossa sociedade. Hierarquização de seres humanos promove deliberadamente desigualdades com objetivo de manter privilégios concentrados em um determinado grupo social. Determinismo biológico, destinação religiosa são argumentos sem credibilidade para justificar a estratificação racial praticada pelas instituições.

O racismo não é doença mental, defeito moral ou de caráter, falta ou excesso de Deus dentre outras justificativas pleiteadas ao longo do tempo. Exercício de poder, concentração de privilégios, vantagens econômicas, a violência são elementos substanciais na discussão da prática do racismo a partir de quem o cria e se beneficia.

O racismo não se encerra na injúria que é definida pelo Código Penal como crime contra a honra, definido no Art. 140 como injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro. Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia a pena de reclusão de um a três anos e multa é previsto. O crime só se concretiza se alguém se

sentir injuriado.

Das diversas formas que o racismo se expressa o racismo institucional promove mecanismos que incidem diretamente na produção de desigualdades no sistema de saúde brasileiro. Mesmo que tardiamente, o Ministério da saúde assume a existência de racismo e racismo institucional em nosso sistema de saúde e se compromete com a instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e com o enfrentamento do racismo institucional no SUS (BRASIL, 2017a).

No ano de 2015 mais de 50 mil mulheres negras marcharam contra o racismo, a violência e pelo bem viver, em Brasília (DF). Desse encontro redigiram uma carta endereçada ao poder público brasileiro e a saúde da mulher negra foi um dos eixos pautados devido aos índices de iniquidades nas condições de viver dessas mulheres. Há consciência de modificações na saúde pública mediante incessante manifestação por políticas públicas e direitos sexuais e reprodutivos contudo as desigualdades revelam o caráter perverso do racismo e sexismo para com as mulheres negras. Políticas universais que tratam mulheres de forma homogênea nos diversos contextos da gestão pública provocam a manutenção de privilégio assim como de prejuízos a grupos que estão estruturalmente a margem da sociedade por conta do histórico social racista (NEGRAS, 2021).

## 2.8 SAÚDE, UM DIREITO DA HUMANIDADE

Por décadas, o acesso ao sistema de saúde pública no Brasil excluía grande parte da população. A forma como foi elaborado, matinha critérios de adesão e acesso que criava barreiras para a população negra e pobre como a comprovação de vínculo de trabalho para ser beneficiário.

A primeira política social do Brasil foi a Lei Eloy Chaves que pelo Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para ferroviários e que mais tarde se estendeu para os marítimos e portuários. Estava previsto

Art. 9º Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

1º, a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º, aposentadoria:

4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Art. 10. A aposentadoria será ordinária ou por invalidez (BRASIL, 1923)

A discriminação racial do negro no mercado de trabalho é discutido por Clovis Moura (2019) que aponta que no campo do trabalho o homem livre recebia favorecimentos em detrimento dos escravizados em profissões que eram igualmente desempenhada pelos dois. A divisão do trabalho praticava mecanismos reguladores através da raça que restringia o negro no mercado de trabalho. A intenção era de transformar a mão de obra escrava e até mesmo a liberta em eternamente não qualificada.

Preservavam o que era considerado nobre para a minoria branca e os subtrabalhos, o trabalho não qualificado, o trabalho braçal, sujo, mal remunerado para os negros escravos e libertos. E a essas atividades não era estendida benefícios de seguridade social.

O autor chama essa prática de *Estratégia de Imobilismo Social*. A partir de mecanismos seletivos privilegiava-se o branco, como por exemplo, os imigrantes. Essa prática racista reflete-se até os dias de hoje. Existem profissões, atividades, que são ocupadas majoritariamente por negros ou por brancos e não por questões de aptidão e sim de discriminação estrutural.

As desigualdades no acesso a saúde foram elaboradas e mantidas por aqueles que ocupavam cargo de poder. Excluir os desempregados, os que ocupavam posições de trabalho na informalidade e as posições de trabalho com menos significância social e econômica era a implementação do imobilismo social do negro.

Para Mbembe, a escravidão negra tinha em sua engrenagem essencial o imobilismo discutido por Clovis Moura. As *plantations* que eram verdadeiras “fábricas de negros” (MBEMBE, 2018, p. 266) cumpriam três funções na construção desse indivíduo colonial: 1- impedir a reprodução social criando barreiras para que não pudessem reunir meios indispensáveis a uma vida digna, 2- imobilizar esses corpos por brutalidade e 3 -- drenar a capacidade de criarem um mundo simbólico próprio lhe impondo tarefas de subsistência sob a égide da repetição (MBEMBE, 2018). Ou seja, impedir que o negro tenha um futuro próprio, que ele tenha um futuro delegado pelos seus colonizadores.

A raça é central nas discussões sobre acesso a saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi fundada devido a questões raciais. O conflito militar entre grandes potências conhecido como Segunda Guerra Mundial foi marcado por ataques a civis. O denominado holocausto foi uma perseguição sistemática do governo nazista alemão aos judeus.

O governo nazista alemão, como de costume histórico europeu, demandou a

eliminação dos considerados racialmente inferiores e dessa vez o alvo foram os Judeus. A Europa pratica entre os seus a sua própria concepção de “superioridade racial”.

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde é formalmente fundada em 1948 e vinculada à recém-criada Organização das Nações Unidas, cita o historiador Marcos Cueto para a Casa Oswaldo Cruz. O historiador explica que "a origem da OMS está ligada ao trabalho dos aliados para prestar socorro às populações civis encontradas nos territórios europeus recuperados às potências do Eixo (Alemanha, Japão e Itália)" (CASA OSWALDO CRUZ, 2011, s.p.). Havia milhões de europeus desterrados, sem comida, abrigo ou proteção contra a ameaça de epidemias.

Pessoas de pele branca serem tratadas com perversidade similar ao praticado por séculos pela Europa nas guerras coloniais foi inadmissível. A destruição de negros e indígenas não abalou a Europa da mesma forma. A escravidão negra não mobiliza até os dias de hoje empatia similar. Mbembe (2021) descreve as guerras coloniais como de extração e de depredação sem precedentes. Trata-se de guerras assimétricas, a resistência bélica do que é vitimizado não é suficiente para frear a ação vil do colonizador.

A perversão da colonização e da escravidão se manteve por séculos, mas foi a violência contra os judeus que acionou o gatilho de que limites deveriam ser estabelecidos. Violações como genocídio indígena, escravidão negra e holocausto judeu são ações bárbaras que acontecem por motivos raciais em contextos e desdobramentos diferentes, mas que tinham em comum a cobiça econômica.

O negro e sua aparência física, de traços negroides indisfarçáveis não lhe era estendido se quer a humanidade. Seus corpos foram construídos por um imaginário de naturalidade a toda violência a ele destinado. O judeu, com seu corpo branco caucasiano perde à humanidade na ascensão do governo irracional nazista, gera empatia por toda a truculência sofrida.

Aime Cesaire (2020) indica estudar detalhadamente os passos de Hitler para reconhecer que o que o burguês distinto, humano e cristão do século XX não perdoad em Hitler não é o seu crime em si, mas o crime contra o homem branco, a humilhação do homem branco. A aplicação de procedimentos colonialistas antes destinados a povos Africanos sendo direcionado a brancos.

O conceito de saúde segundo a pela OMS é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (1946). O racismo é uma barreira para atingir a completude do bem-estar físico, metal e social. Vítimas de racismo vivem em um estado de exclusão e experiência incessantes de

discriminação. A saúde pública brasileira se distancia do que propõe a OMS devido ao racismo estrutural.

A I Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada em 1941 é a VIII Conferência, no ano de 1986, é considerada um marco histórico para a saúde pública brasileira. Foi a primeira aberta a sociedade com vagas para Associações de Moradores, Entidades comunitárias e outras entidades civis. Era um momento de luta pela redemocratização do país. Reformistas da saúde como Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz, buscavam o fortalecimento da participação de diferentes seguimentos sociais assim como a possibilidade de desvinculação da previdência social.

A universalização da saúde estava em debate. Não se limitava apenas a ampliação ao acesso a serviços especializados em saúde mas problematizar um conceito mais ampliado de saúde que demandava mudanças sociais e uma nova concepção de Estado (ROSÁRIO et al., 2020).

A saúde como um direito do cidadão brasileiro pelo Estado foi discutida pelo Professor Jairnilson Silva Paim que mesmo sem uma discussão sobre raça e racismo em seu texto, o professor adiciona cor junto a situação sócio econômica, religião e credo político como elementos que não podem ser usado como barreira ao gozo de boa saúde (1987).

Disse ele ser nefasto colocar em pauta quem deve ou não ter direito a saúde. Por uma lógica humanitária deveria ser óbvio que o direito é de todos sem nenhum tipo de exceção, contudo vivemos em um mundo gerido pelo lucro, acúmulo, exploração, economia de mercado e a comiserção cai no ranking de prioridades a quaisquer indícios de abalo das estruturas econômica capitalista.

O professor acentua que os direitos sociais são ameaçados quando a economia tem algum tipo de enfraquecimento ou quando forças conservadoras assumem o poder. A sua fala é do final dos anos 80, contudo nos dias de hoje vivemos um período de ataques incessantes a direitos sociais como saúde, programa de distribuição de renda, aumento da insegurança alimentar devido a ascensão de forças ultraconservadoras como Michel Temer e Jair Bolsonaro. Para Paim o Estado em uma sociedade em classe não é neutro, suas condutas se alinham aos interesses das classes hegemônicas. O estado brasileiro traz essa marca ao manter a invisibilidade de negros em suas políticas.



## 2.9. A MULHER NEGRA E OS PROCESSOS DE ESTADO

A discriminação de mulheres negras é uma prática cotidiana que é constantemente questionada. O racismo genderizado é explicado por Grada Kilomba (2019) que se trata da inseparabilidade de raça e gênero para mulheres negras. As opressões vividas por elas não se somam, mas sim se inter cruzam gerando experiências únicas. Ao se referir ao racismo genderizado remete-se a opressão racial vivida por mulheres negras atravessadas pelos papéis de gênero.

Sobreviventes aos interesses dos brancos que com o sistema de exploração colonial se sobrepõem sobre as necessidades da população negra. A manutenção da vida e da saúde obedecia a critérios econômicos no sistema escravocrata tendo a sua preservação mediante a possibilidade de produção. As vulnerabilidades que se traduzem em mortalidade infantil, materna, traumas físicos e psicológicos para além de ser alvo preferencial da violência física praticada pelo estado e a negação do gozo de uma cidadania plena.

O Brasil Colônia e Estado no regime republicano se desresponsabiliza de suprir minimamente as necessidades dos negros apostando inclusive no seu desaparecimento. Foram realizados investimentos com força de lei para o apagamento da “mancha negra” na sociedade brasileira.

A primeira constituição brasileira, por exemplo, ficou em vigor por 65 anos, sendo promulgada no ano de 1824 (BRASIL, 1824). Em seu texto não há referência à população negra e indígenas. Quando se trata de penalidades, como as previstas no primeiro Código Penal Brasileiro do ano de 1830, o negro, escravizado ou liberto é citado em várias partes do texto.

O esmero para detalhar como os castigos físicos deveriam ser aplicados e que instrumentos a ser utilizado é notável como no artigo a seguir.

Art. 60. Se o réo fôr escravo, e incorrer em pena, que não seja a capital, ou de galés, será condemnado na de açoites, e depois de os soffrer, será entregue a seu senhor, que se obrigará a trazel-o com um ferro, pelo tempo, e maneira que o Juiz designar. (Revogado pela Lei 3.310, de 3.310, de 1886). O numero de açoites será fixado na sentença; e o escravo não poderá levar por dia mais de cincoenta. (Revogado pela Lei 3.310, de 3.310, de 1886) (BRASIL, 1830).

Caso o número de açoite superasse o número 50, não haveria redução de pena e sim distribuição de no máximo 50 em números de dias até que se completasse o que fora determinado.

A pena de morte também está prevista para os escravizados como visto no artigo

Art. 113. Julgar-se-ha commettido este crime, retinindo-se vinte ou mais escravos para haverem a liberdade por meio da força.

Penas - Aos cabeças - de morte no gráo maximo; de galés perpetuas no médio; e por quinze annos no minimo; - aos mais - açoutes. (BRASIL, 1830)

O Estado não observa o negro no sentido de dignidade da pessoa humana, não havia leis para assegurar condições mínimas necessárias para uma vida digna, mas sim castigo e morte caso esse lutasse por sua liberdade. Atos violentos contra corpos negros não geram crise de consciência, como aconteceu no holocausto após corpos brancos serem tratados com desumanidade similar.

A eliminação do negro enquanto política de Estado pode ser percebida no Decreto-Lei nº 7.967, de 18 de setembro de 1945 quando Getúlio Vargas investe na “melhoria racial” da população que para ele seria etnia com características europeias como visto no artigo a seguir:

Art. 2º 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 européia, assim como a defesa do trabalhador nacional. (BRASIL, 1945).

Esse mesmo decreto em seu Artigo 11 diz que não seria concedido visto ao estrangeiro nocivo à ordem pública, à segurança nacional ou à estrutura das instituições ou condenado em outro país por crime de natureza que, segundo a lei brasileira, permita sua extradição dentre outros. Contudo Josef Mengele, um homem branco, europeu médico no campo de Auschwitz onde cometeu crimes mais sádicos da humanidade que segundo o testemunho de muitos sobreviventes incluía seleções para as câmaras de gás e para seus experimentos brutais, particularmente com gêmeos em 1960, chega ao Brasil fugido, onde viveu uma vida normal. Morre em 1979 ao sofrer um derrame. O corpo foi exumado em 1985 e confirmado definitivamente a sua identidade. A pele branca em território nacional concede privilégios aos criminosos de não serem importunados.

Vê-se, portanto, que a ação governamental é organizada a partir de bases legais e instrumentos de gestão. O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de planejamento que está previsto na Constituição Federal de 1988. Nele é obrigatório prever e descrever os objetivos, diretrizes e metas da administração municipal para o quadriênio seguinte. Projetos e programas de média duração do governo são construídos baseados em

indicadores. Uma vez publicado ficam disponíveis para a sociedade, permitindo assim a transparência e o seu acompanhamento.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) se consolidam no PPA de forma integrada e em harmonia para que o funcionamento da administração pública ocorra de forma viável pelos quatro anos seguintes do governo. É vetado a implementação de ações que não está previsto no PPA e na lei orçamentaria conforme a constituição federal no Art. 167- “São vedados: I - o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual;” (BRASIL, 1988)

Esse veto para além de ser uma proteção e controle do erário também informa que, o que não está planejado e orçado não poderá ser implementado. A promoção, proteção e recuperação de saúde de Mulheres Negras não foram reconhecidas como meta dos três governos municipais do Rio de Janeiro analisados, como será discutido em seguida. Raça e gênero enquanto produtores de vulnerabilidade foram desconsiderados e seu enfrentamento não são nomeados.

Não nomear o racismo em documentos oficiais não é uma dificuldade, e sim, uma prática cotidiana. O *modus operandi* do racismo à brasileira dispensa intencionalmente a nomeação de raça para discutir e tratar as desigualdades. Aparecida Silva Bento discute sobre um acordo tácito entre os brancos que evitam discutir as diferentes dimensões do privilégio branco que lhes concede apropriação indébita concreta e simbólica de bens.

Esse pacto viabiliza os brancos não se reconhecerem como elemento primordial a permanência das desigualdades raciais no Brasil. O silêncio, a omissão, a distorção do papel do branco nas desigualdades raciais é um comportamento narcísico de autopreservação do grupo que se entende como norma (BENTO, 2014). O *pacto narcísico da branquitude* é um dos silenciadores das demandas da população negra e das mulheres negras nas políticas públicas.

Trago o *pacto narcísico da branquitude* devido ao perfil racial dos que ocupam os cargos políticos no Brasil. O espaço de poder político nacional é ocupado majoritariamente por brancos. Segundo o IBGE (2019), pretos e pardos constituem 55,8% da população, mas na política a representação não é equivalente. Houve aumento de número de negros, mas, mesmo assim, eles ainda são apenas 24,4% dos deputados federais e 28,9% dos deputados estaduais eleitos em 2018 e por 42,1% dos vereadores eleitos em 2016 no país.

A baixa representação de negros nos postos políticos também não é fruto do acaso e sim fruto de estratégias que obedecem a lógica racista onde o espaço de poder é vedado ao sujeito negro. Uma dos meios foi o banimento do direito a voto dos analfabetos, maioria

deles negros, em 1881, pela conhecida Lei Saraiva (BRASIL, 1881).

Entre os artigos 6º a 9º da Lei é estabelecido as exigências para o alistamento dos cidadãos com o direito de votar e as determinações para aqueles que poderiam ser reconhecidos como eleitor. Para além da comprovação de idade por meio de certidão, o eleitor deveria comprovar saber ler e escrever através do reconhecimento de um tabelião. Foram 104 anos de impedimento.

Por meio da Emenda Constitucional nº 25, de 15 de maio de 1985 os analfabetos reconquistam o direito a voto e continuam inelegíveis como visto em

"Art. 147. São eleitores os brasileiros que, à data da eleição, contém dezoito anos ou mais, alistados na forma da Lei.

.....  
 § 3º Não poderão alistar-se eleitores:

- a) os que não saibam exprimir-se na língua nacional; e
- b) os que estiverem privados, temporária ou definitivamente, dos direitos políticos.

§ 4º A Lei disporá sobre a forma pela qual possam os analfabetos alistar-se eleitores e exercer o direito de voto."

"Art. 150. São inelegíveis os inalistáveis e os analfabetos." (BRASIL, 1985)

Enquanto negros eram marginalizados do exercício de escolha de seus representantes, as famílias brancas se estabeleciam na política ocupando cargos de forma praticamente vitalícia pois os cargos são ocupados por seus descendentes ao longo dos anos, fazendo da política um "negócio de família".

A baixa representação também não se justifica pelas falácias como a do racismo científico que alega inferioridade intelectual do negro e tão pouco pela fantasiosa lenda do escravo dócil e conformado pelo lugar social que lhe é imposto.

Petrônio Domingues (2007) demonstra em seu texto que em todo o período republicano o movimento negro estava organizado, desenvolvendo estratégias de combate ao racismo e inclusão social do negro na sociedade brasileira.

Dividido por fases, a considerada primeira fase do Movimento Negro foi na primeira república, entre 1889-1937. Foi um sistema instituído um ano após a abolição oficial da escravidão negra e o momento em que o Estado através de inatividades e falta de providencias reparadoras, marginaliza a população negra. Em resposta a essa marginalização, libertos e ex-escravos junto com seus descendentes criaram dezenas de de grêmios, clubes ou associações em alguns estados brasileiros que tinham papel assistencialista, recreativo e ou cultural. Dentre eles se destaca duas associações formadas estritamente por mulheres negras como a Sociedade de Socorros Mútuos Princesa do Sul

(1908), em Pelotas e a Sociedade Brinco das Princesas (1925), em São Paulo.

A denominada *imprensa negra*, ou seja, jornais elaborados e publicados por negros, informava e denunciava o que acontecia com a população negra. O primeiro jornal da cidade de São Paulo foi fundado em 1899 de nome *A Pátria*. O enfoque desses jornais eram as questões que envolvia trabalho, habitação, educação e saúde. O racismo estava na centralidade das desigualdades. A segregação racial praticada em diversas cidades do país que impedia o acesso de pessoas negras a hotéis, clubes, cinemas, teatros, restaurantes, orfanatos, estabelecimentos comerciais e religiosos, algumas escolas, ruas e praças públicas fez com que o Movimento Negro avançasse para um caráter explicitamente político.

Foi então em 1930, com a Frente Negra Brasileira (FNB) que o Movimento Negro Brasileiro se torna um movimento de massa com grupos homônimos em diversos estados. Dentre diversas atividades desenvolvidas incluía oferecer serviço médico e odontológico, cursos de formação política.

As mulheres negras tinham participação ativa e peso político na organização. Segundo depoimento colhido por Domingues (2007), elas eram mais assíduas na luta em favor do negro, e eram em maior número na Frente Negra Brasileira. Como exemplo de atividades, a Cruzada Feminina, por exemplo, mobilizava as negras para realizar trabalhos assistencialistas. Já uma outra comissão feminina, as Rosas Negras, organizava bailes e festivais artísticos.

A FNB transformou-se em partido político em 1936. Estavam organizados para participar das próximas eleições. Dialogaram com o então Presidente Getúlio Vargas tendo algumas reivindicações atendidas como o fim da proibição de negros na Guarda Civil de São Paulo. Contudo com a instauração da ditadura do “Estado Novo” em 1937 todas as organizações políticas foram extintas.

A segunda fase do Movimento Negro foi de 1945 a 1946, mas já sem o poder de aglutinação da anterior. Os agrupamentos desse novo período mantinham debates sobre questões raciais e ofereciam assistência jurídica e médica, aulas de alfabetização, ações de voluntariado e participação em campanhas eleitorais. Articulavam com diferentes associações uma delas o Conselho Nacional de Mulheres Negras que fora fundado em 1950. O Movimento Negro fica isolado de apoio sem poder contar com forças políticas tanto dos grupos de direita como de esquerda.

Em 1944, foi fundado o Teatro Experimental Negro (TEN) no Rio de Janeiro, liderado por Abdias do Nascimento, que defendia os direitos civis dos negros e lutava por

uma legislação antidiscriminatória no país. Com a instauração da ditadura militar em 1964 o grupo reduziu as atividades até que foi extinto e 1968 e Abdias do Nascimento foi para o auto-exílio nos Estados Unidos.

A terceira fase do Movimento Negro, analisada por Domingues, estava entre 1978 e 2000. O golpe militar de 1964 desarticula temporariamente a luta política dos negros. Os militantes eram acusados de inventar que existia racismo no Brasil. O debate público sobre o racismo foi banido. No final dos anos 70 a luta antirracista se reorganiza junto com a ascensão dos movimentos populares, sindical e estudantil. Em 1978, o Movimento Negro Unificado volta à cena política organizando o movimento negro nacionalmente assumindo um discurso radical contra a discriminação racial. A população era estimulada a formarem “Centros de Luta” nos bairros, vilas, nas prisões, nos terreiros de candomblé e umbanda, nos locais de trabalho e nas escolas.

Reivindicações específicas que adquiriram certa visibilidade pública foram: Transformar o dia 13 de maio em Dia Nacional de Denúncia contra o Racismo, Celebrar no dia 20 de novembro o Dia Nacional de Consciência Negra e extinção do culto a Mãe Preta como símbolo de passividade dos negros.

A discussão sobre raça sempre esteve na zona proibida dos debates no Brasil. A sequência de apagamentos é testemunhada por eventos como por exemplo a ordem de queimar os registros sobre comércio de escravos por Rui Barbosa, a eliminação de informação sobre origem racial nos recenseamentos, a Reforma Urbana Pereira Passos como uma tentativa de europeização, aburguesamento e apagamento dos “vestígios negros” na cidade do Rio de Janeiro, a criminalização da capoeira e dos cultos de matrizes africanas, a intimidação e silenciamento da discussão pública do racismo e discriminação racial em tempos de ditadura entre outros.

Como podemos ver, a possibilidade de ascensão de lideranças negras a cargos políticos foi ceifada de diversas formas ao longo do tempo após a abolição da escravidão. Munidos de propostas sólidas para o combate ao racismo, catalogavam e publicavam denúncias diversas da segregação racial praticada em espaços públicos, se mobilizavam para estender direitos humanos aos cidadãos negros através de educação, habitação, acesso à saúde e assistência jurídica, mulheres negras protagonizando ações trazendo para o centro do debate as suas demandas. Todos esses esforços receberam e recebem uma resistência supremacista branca para que não ocupem pautas políticas de modos a transformar estruturalmente a realidade do negro na sociedade brasileira.

Silenciar mulheres negras em documentos é uma forma de prover a manutenção do

racismo estrutural e institucional. O caminho metodológico, ou seja, a análise documental dos compromissos do governo mostra institucionalmente que a mulher negra não aparece como prioridade. As ausências levam a inação e omissão do Estado.

Conceição Evaristo cunhou o termo *Escrevivência* que é desconhecido por alguns e sofre tentativa de sequestro por outros. *Escrevivência* é um ato de escritas das mulheres negras. Mulheres essas tão lembradas na figura da Mãe Preta, a escravizada que cuidava da prole da família de seu escravizador.

Esse imaginário tem em seu arquétipo o silêncio, a obediência, o cumprimento de tarefas. O silêncio era rompido para contar histórias, para adormecer os da casa grande. Na *Escrevivência*, nos apropriamos dos signos gráficos da escrita que somados a oralidade narramos histórias não mais para adormecer os da casa grande e sim para acordá-los de seus sonos injustos (EVARISTO, 2020).

O texto que me inspirou na nomeação desse trabalho, *Racismo e Sexismo na cultura brasileira* (GONZALES, 1984) tem uma epígrafe que destaca a eficácia do Mito da democracia racial e deixa um questionamento, como chegamos a esse ponto? Lélia pontua que o racismo quando articulado com o sexismo produz efeitos devastadores para mulheres negras em particular.

Falar da mulher negra sob uma perspectiva exclusivamente socioeconômica é insuficiente. A população negra, condenada a se manter no lixo da sociedade brasileira assume o risco e as implicações de romper com silêncio. Com uma frase célebre a autora diz que “o lixo vai falar”, e numa boa.

O imaginário social brasileiro está impregnado com as noções da mulata, doméstica e da mãe preta.

A estratégia elitista duvidava da capacidade política de cidadãos que não sabiam ler e escrever, mas eram sobreviventes das mazelas da travessia do atlântico e das violências da escravidão, que formaram quilombos e comunidades de terreiros como se a escrita desse discernimento e bom senso para escolhas políticas mais do que a experiência de vida.

## 2.10. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E O SUS

As políticas públicas e a saúde da população negra são marcadas por um lado, pelo descaso, abandono e exclusão por parte do Estado e por outro lado, por luta, reivindicação e debate dos movimentos de mulheres negras e movimento sociais negros em geral.

A título de exemplo de resistência e organização envolvendo a dimensão da saúde

temos as irmandades negras onde se investia energia pessoal e coletiva para ajuda mútua. Africanos e seus descendentes que haviam sido traficados para serem escravizados se organizam social e politicamente em um projeto de sobrevivência ancestral.

Campos (2018) apresenta um trabalho sobre a Sociedade Protetora dos desvalidos que funciona até os dias de hoje, no Pelourinho, em Salvador. Foi fundada em 1832 e no ano de 1861 é reconhecida como a primeira associação civil negra no Brasil, regulamentada como um montepio pelo Estado, através da Lei dos Entraves. Os sócios poderiam recorrer a irmandade em caso de doença e apresentando um atestado médico e mediante a aprovação do pedido de socorro, receberia uma quantia para os custos do tratamento até a recuperação. Segundo o Estatuto da Sociedade de 1894,

... a SPD admitia como sócios efetivos “todos os cidadãos brasileiros de cor preta”, com o objetivo de auxiliá-los na doença, invalidez, prisão, velhice e, até mesmo, após a morte, através de um funeral digno. Proporcionava também pensões aos familiares dos sócios e supervisionava a educação dos órfãos (CAMPOS, 2018, p. 12).

A saúde enquanto direito é fruto de mobilização social. O enfrentamento do racismo é um dos grandes desafios para garantir efetivamente uma democracia. Através do Sistema Único de Saúde, o cidadão brasileiro passa a ter um outro entendimento sobre direito e acesso um sistema de saúde.

A Constituição de 1988 oficializou a universalização do acesso e determinou que seria de responsabilidade do Estado. Não impôs nenhuma condição prévia para acesso aos sistemas, a nenhum indivíduo pode ser negado assistência médica no Brasil.

A Constituição é um documento com poder de lei que descreve como o Estado vai se estruturar para o comando da nação. Nela contém como estão distribuídos os poderes públicos e os direitos e deveres dos cidadãos garantidos por essa lei maior. Nas sete Constituições brasileiras, entre os anos de anos de 1824 a 1988, é nessa última que o compromisso com a saúde da população se destaca, mas demais a pauta é reduzida ou ausente.

Conhecida como Constituição Cidadã, a saúde e a proteção a maternidade são reconhecidas como um direito social. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público que impacta no determinante social de saúde. A população rural e urbana passa a ter direitos sem distinções. Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação passa a ser um direito fundamental.



A competência de cuidar da saúde e assistência pública é comum entre a União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Nessa constituição recebe uma seção específica para o assunto, a Seção II da saúde que tem o artigo o 196 que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Sistemas de saúde, segundo Giovanella (2012), podem variar de um país para outro. Os Estados constroem estruturas para garantir a ofertas de serviços para cura, prevenção e reabilitação assim como instituem regras para a produção de alimento, medicamento, equipamento etc. A saúde individual ou coletividade é uma preocupação do Estado a depender do perfil de cada nação.

Sistemas de saúde são processos dinâmicos que de forma organizada mantém em funcionamento a prestação de atenção à saúde. Movimentam a atividade econômica, gera emprego, produz insumos, sendo um verdadeiro complexo industrial. Devido a isso se torna uma arena de disputa de poder político.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não funciona na prática como previsto na lei. A resistência e a lentidão da implantação total plena vêm de diferentes lados. No momento político atual a resistência vem do próprio governo. Quando Dilma Rousseff perdeu o cargo de Presidente da República e foi substituída por Michel Temer, em três meses, o Poder Executivo aprovou por 359 votos a 116 a PEC do Teto dos Gastos Públicos (Proposta de Emenda à Constituição 241/16), que estabelece um limite para os gastos federais para os próximos 20 anos que na prática significa uma queda nos recursos da saúde.

Giovanella (2012) ressalta que um sistema de saúde dinâmico se relaciona em maior ou menor grau com as características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país. Então ao pensar no Brasil, um país colonial que usa o racismo como tecnologia de domínio, que pelas mãos do Estado age soberano no controle de vidas, a saúde apesar de direito, é ofertada como privilégio. Saneamento básico, saúde pública, transporte, segurança pública se forem retirados limita as condições de manutenção da vida nas cidades.

O racismo é incompatível com uma sociedade justa e democrática. O direito à cidadania prevê condições de igualdade. Deve ser garantido a população negra uma efetiva

igualdade de oportunidades.

Paim conceitua Sistema de Saúde como “conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações” (2009, p.13). São organizações públicas ou privadas e trabalhadores de saúde que se integram para formar sistema público, privado ou filantrópico que até pode cobrar pelos serviços, mas não visam o lucro, já os agentes são os responsáveis por realizar as ações de saúde.

Os sistemas de saúde pelo mundo tendem a ser de três tipos: a *seguridade social*, *seguro social* e a *assistência*. A seguridade social é vinculada a condição de cidadania, o seguro social, ou meritocrático, são aqueles que o serviço é garantido para aqueles que contribuem com a previdência social, e por fim, a assistência são destinados àqueles que comprovem a sua condição de pobreza ou seja, a impossibilidade de pagar por um serviço de saúde (PAIM, 2009)

Nos anos 20, o Brasil adotou o sistema de proteção social baseado no seguro social e muda para seguridade social após a Constituição de 1988. A iniciativa privada é livre para atuar no mercado e ela é regulada pelo Estado.

Antes do SUS, no Brasil Colônia, havia ações de profilaxia das doenças epidêmicas e as relacionadas ao trabalho. O governo municipal se preocupava com as sujeiras das cidades e fiscalizava os portos e o comércio de alimento. A primeira Santa Casa foi inaugurada em 1543 e prestava caridade aos pobres.

Em 1850 é criada a Junta de Higiene Pública. Nos episódios de epidemia quem tinha recursos era cuidado por médicos particulares, os demais dependiam da filantropia, caridade e misericórdia. Com a Proclamação da República a responsabilidade pelas ações de saúde passa ser atribuída aos estados.

Sidney Chalhoub (2006) descreve um evento higienista que marcou para sempre a história da cidade do Rio de Janeiro. Em 1893, o então prefeito Barata Ribeiro comandou cerca de cem trabalhadores da Intendência Municipal que estavam armados de picaretas e machados a demolição do cortiço mais famoso da região, o Cabeça de Porco. Moradia da classe pobre, de maioria negra chamados de “classe perigosa” foram varridos como sujeiras para o morro que passou a ser conhecido como de “Morro da Favela”.

O conceito “classe perigosa” foi importado de Paris e usado para se referir aos malfeitores. No Brasil, a expressão é ampliada e passa a ser utilizada para se referir a pobreza e todo cidadão suspeito e com a abolição da escravidão todo negro passa ser um suspeito preferencial e alvo de repressão a ociosidade. A violenta destruição do Cabeça de Porco foi um “combate” um antro de suspeitos. Destruir os cortiços e expulsar a população

negra da área central da cidade foi uma ação para desarticular os movimentos sociais urbanos que já existiam.

A “classe perigosa” era então considerada um perigo social pois eles se reproduziam e as crianças estariam expostas aos vícios dos pais. Percebe-se a criminalização da população negra liberta, grupo esse que era sistematicamente preterido nos postos de trabalho em detrimento dos imigrantes brancos e ao mesmo tempo culpado pela sua ociosidade. A mulher negra e sua capacidade reprodutora antes comercializada, enquanto quando liberta passa a ter a maternidade é criminalizada.

Portanto, os hábitos dos pobres foram diagnosticados como nocivos à sociedade pois as habitações coletivas foram identificadas como foco de irradiação de epidemias e local fértil para proliferação de todo tipo de vício. A qualidade da habitação foi ligada diretamente a possibilidade de disseminação de doença. A maneira de lidar com o problema foi a destruição de todos os cortiços e proibição de reconstrução.

No período da República Velha, entre 1889 e 1930, Paim (2009) avalia que havia um *não sistema de saúde*. As organizações não se comunicavam havia duplicidade de esforços e desperdício de dinheiro. As epidemias de febre amarela, a peste e varíola comprometeram a economia, pois o proletariado estava adoecido. Campanhas sanitárias foram executadas por volta de 1910 médicos lideraram mudanças na organização sanitária e em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

Instituições científicas foram implantadas assim como a formação da comunidade científica. A saúde pública estava vinculada ao Ministério da Justiça e as campanhas se assemelhavam a operações militares.

A raça nesse período era uma preocupação nacional e estava na centralidade dos debates. As políticas públicas de saúde se estende aos sertões por volta de 1910. Cresce a vontade de regeneração da nação e o movimento eugenista influencia as políticas de saúde.

O médico João Baptista de Lacerda foi à Londres no ano de 1911 para o I Congresso Mundial das Raças para representar o Brasil e levou consigo a pintura *A Redenção de Can*, do artista espanhol Modesto Brocos como um exemplo de melhoria da raça através do embranquecimento da população pela miscigenação (SANTOS et al., 2008).

O desenvolvimento do sistema público de saúde percorreu vários caminhos antes da implantação do SUS. A saúde pública estava focada nas campanhas sanitárias e atuavam de forma truculenta até que os primeiros sanitaristas propuseram ações de educação sanitária. O DNSP sai do Ministério da Justiça e vai para o Ministério da Educação e Saúde e em

1953 é inaugurado o Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde mantém o caráter campanhista com ações de combate a doenças com serviços específicos e especializados (PAIM, 2009).

A saúde da população se transforma ao longo do tempo. Aumenta as chamadas doenças da pobreza, como tuberculose, verminoses, doenças sexualmente transmissível e parasitária, reduz-se a mortalidade e natalidade, a população envelhece e aumentam as doenças crônicas, degenerativas e traumas.

Em 1956, o médico Juscelino Kubitschek assume a Presidência da República com planos de modernizar o país intensificando o processo de industrialização. A improdutividade do proletariado foi associada a enfermidades. Esperava-se progresso no desenvolvimento econômico a partir da melhoria das condições de saúde da população.

A medicina previdenciária teve início com as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos por categoria de trabalhadores como bancários, marítimos, comerciários dentre outros. Todos foram unificados em 1966 pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e exigia vinculação ao mercado formal do trabalho através de carteira assinada para acesso a assistência médica. Os demais deveriam para pela assistência ou contar com instituições filantrópicas (HOCHMAN, 2009; HOCHMAN et al., 1999)

Os recursos dos institutos advinda das contribuições previdenciárias foram desviados para investimento na economia. Os serviços médicos dos segurados da previdência eram comprados do setor privado ampliando a corrupção. Com pagamento garantido pela previdência crescia o número de cesariana, internações psiquiátricas de mendigos, quando maior o valor de repasse de um procedimento, mas ele era produzido (BATICH, 2004; SILVA et al., 2002)

Com o sistema de saúde excludente, de baixa qualidade e em crise, os movimentos sociais junto com pesquisadores e profissionais de saúde propuseram a Reforma Sanitária e implantação do SUS.

Em 1979, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, da Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) formulou pela primeira vez a proposta do SUS. O documento se chama *A Questão Democrática na Área da Saúde* (CEBES, 1979) Essa proposta inspirou a construção do capítulo “Saúde,” da Constituição Federal, nove anos depois e também a elaboração das Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.143/90.

O documento tece críticas ao sistema de saúde que estava vigente propondo reforma, pois a mercantilização da saúde e o descaso com a saúde da população eram

praticados de forma consciente sem interdição do Estado. Por volta de 70% da população estava marginalizada com o modelo de assistência médico-hospitalar curativa sem foco na real necessidade da população.

A identificação racial da população apontando qual estaria a que mais estava vulnerabilizada não é detalhada no texto. Reivindica-se o direito universal e inalienável, comum a todos os homens para preservação de sua saúde. Entretanto, a população rural, que era de maioria negra, é citada e reivindicou-se descondicionar a assistência médica aos interesses eleitorais partidários.

O Movimento Social Negro participou ativamente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. Ao lado do Movimento pela Reforma Sanitária lutaram por condições dignas de saúde para a população brasileira. A principal conquista foi a saúde passar a ser um direito universal independente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual e a ser provido pelo SUS (BRASIL, 2013).

Acesso universal a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde é garantido por lei sem barreiras como comprovação de vínculo formal de trabalho. É uma vitória incontestável. O que discutimos nessa pesquisa é a equidade de acesso, a priorização das necessidades para que haja assim a igualdade.

O serviço é organizado para garantir a implantação de políticas, ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada em um atendimento integral de todos os níveis de complexidade. A descentralização da gestão repassa para os municípios recursos financeiros e cooperação técnicas. O Ministério da Saúde coordena a nível federal, mas as decisões do SUS são tomadas pelos municípios.

A gestão municipal tem o dever de conhecer as demandas da população local e garantir que os princípios e diretrizes do SUS estão sendo atendidos. A vigilância epidemiológica que é conceituada como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

O quesito cor, raça e etnia nos dados da vigilância epidemiológica disponíveis no SIS pode fornecer consideráveis indicações de como se encontra as condições de vida e saúde da população negra. São dados fundamentais para planejamento de ações em Saúde Pública e formulação de políticas públicas.

O direito a saúde independentemente de cor ou raça apesar de descrita na constituição não se torna um debate de senso comum de toda a população. A crença no

Mito da Democracia Racial e a resistência em assumir publicamente, a existência do racismo se dá através da prática do racismo por denegação. Contudo, os Movimentos de Mulheres Negras e Movimentos Sociais Negros que mantiveram o ativismo em prol da formulação de políticas públicas com foco nos problemas relevantes e com um olhar interseccional.

O Estado é cobrado em relação a responsabilização e implementação de ações que promova mudanças estruturais nas condições de vida da população negra e conseqüentemente no seu nível de saúde. Ao racismo deve ser dada a devida atenção pois políticas universais não são incisivas para o seu combate.

A vida sexual e reprodutiva de mulheres negras recebeu visibilidade devido ao ativismo do Movimento de Mulheres Negras nos anos 1980 relacionado a denúncias da existência de um projeto eugênico em que mulheres negras seriam alvo de esterilização cirúrgica em massa no Brasil. (PINTO et al., 2002; MONTEIRO et al., 2008).

A então senadora Benedita da Silva através do requerimento N° 796 , do Congresso Nacional (CN) de 1991 (SILVA, 1991) requer a criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Segundo dados do IBGE, o maior número de mulheres esterilizadas cirurgicamente são de regiões onde se concentra maiores índices de miséria e pobreza, a maioria delas mulheres negras revelando o caráter racista da intervenção. A esterilização cirúrgica era apresentada como primeiro, principal e único método contraceptivo, poucas informações eram fornecidas, grande número de mulheres se arrependia, atestado de esterilização eram exigidos para admissão de mulheres no mercado de trabalho.

Em 1995, o Governo Federal recebeu em marcha milhares de negras e negros no Palácio do Planalto. A Marcha de Zumbi dos Palmares Contra o Racismo pela Cidadania e a Vida foi um momento marcante para a saúde da população negra. O Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Negro denunciaram o racismo e propuseram políticas de promoção da igualdade racial que estavam no documento *Por uma política nacional de combate ao racismo e à desigualdade racial*.

Como frutos da marcha temos a assunção por parte da presidência do país, na ocasião Fernando Henrique Cardoso, da existência de racismo no Brasil, a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra. Deste Grupo de Trabalho resultou a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos, a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF), a elaboração da Resolução da CNS n° 196/96, que introduziu, entre outros, o recorte racial em toda e

qualquer pesquisa envolvendo seres humanos (WERNECK, 2016a; DAMASCO, 2009; BRASIL, 2013).

Sueli Carneiro (2019a) aponta que a participação do Brasil na III conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata intensificou o comprometimento das organizações negras brasileiras. Denunciaram o descumprimento e omissão do Estado brasileiro na implementação de políticas públicas de combate ao racismo e a discriminação e a promoção da igualdade racial.

As mulheres negras protagonizaram potentes articulações para o combate ao racismo e a discriminação racial. Pautaram as diversas formas de opressões que mulheres negras são submetidas em consequência do racismo e sexismo, resultando em danos à saúde de ordem física e mental.

O Ministério da Saúde, ainda ausente dos debates sobre as desigualdades raciais e acesso insuficiente para assegurar a equidade em saúde para a população negra, recebe a proposta para a formulação de uma política nacional de saúde integral da população negra através do documento Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade (OPAS, 2001). O documento foi produzido pelo Movimento Negro, profissionais de organizações internacionais e acadêmicos no Workshop Interagencial Saúde da População Negra.

No ano de 2004 através da Portaria nº 1.678 o ministério da saúde cria o Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra. Com as seguintes atribuições

- I sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde;
- II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;
- IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e
- V - colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, criado pela Lei nº 10.678, de 22 de maio de 2003 (BRASIL, 2004)

Em 10 de novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A data é emblemática, pois pela primeira vez há o reconhecimento oficial do Ministério da Saúde da existência de

racismo no sistema de saúde brasileiro.

Através da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017a), assim o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS e a mulher negra passa a ser referenciada devido aos trágicos números de mortalidade materna. Cada esfera de gestão do SUS é convocada para assumir efetivamente responsabilidades para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde.

A política apresenta desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde entre mulheres negras e brancas. Se propõe a combater as iniquidades raciais através de um compilado de diretrizes e objetivos que incluem formação e educação permanente de trabalhadores de saúde, fortalecimento da participação produção de conhecimento científico, reconhecimento de saberes e práticas populares incluindo os preservados pelas religiões de matrizes africanas e a construção de uma identidade negra positiva. As diretrizes são para promover a saúde integral da população negra.

A inclusão da PNSIPN nos PPA é responsabilidade das três esferas de gestão do SUS: governo federal, estadual e municipal. Articulados a outros setores do governo e da sociedade civil devem prover equidade para a população negra no acesso as ações e serviço de saúde. Levando em consideração esse contexto histórico-institucional, a presente pesquisa se dedica à uma análise da inclusão da saúde da mulher negra na agenda do governo municipal do Rio de Janeiro, limitada temporalmente nas três gestões municipais coincidentes com a criação da PNSIPN - os períodos de 2010 a 2020, período em que a política já estava estabelecida e disponível para a gestão municipal.

Nesse sentido, buscamos nos PPA municipais o planejamento para a saúde da mulher negra em conformidade com a PNSPN e dos dados epidemiológicos da cidade do Rio de Janeiro. Ações para qualificação de dados do quesito raça cor, educação permanente dos trabalhadores de saúde com os temas: Racismo e Saúde da População Negra, produção científica e principalmente a garantia orçamentaria foram analisados investigados nos respectivos PPA, conforme tratado mais à frente na descrição metodológica.

As mudanças políticas em prol a saúde da população negra é fruto da movimentação de mulheres negras, dos Movimento de Mulheres Negras, e do Movimento Negro. Santos (SANTOS, 2020) em seus estudos descreve que em 1770, Esperança Garcia, uma mulher negra escravizada que foi alfabetizada por Jesuítas, escreve uma carta ao governador da província de Piauí para denunciar maus tratos e abusos sofridos por ela e



seus filhos, a Rainha Tereza de Benguela foi matriarca e quilombola no vale do Guaporé no Mato Grosso liderança resistências a injustiças raciais por volta de 1750, as mulheres negras da Irmandade da Boa Morte articulavam empréstimos, auxílios financeiros e doações para compra de alforria de escravizados. Temos na história do país a criação de vários grupos de mulheres negras em reação a opressão racial, de classe e sexual as quais são submetidas. Mulheres negras estão sempre reagindo ocupando lugar de luta e resistência.

A assinatura do no ano de 2007, no município do Rio de Janeiro, Jacob Kligerman, um homem branco, médico, ex-diretor do Instituto Nacional do Câncer (INCA), então Secretário de Saúde assina a Resolução SMS nº 1298 de 10 setembro de 2007, que no Art. 1º Constitui, no âmbito da SMS – Rio, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN (SMS RIO DE JANEIRO, 2007) tem possibilidade de ser resposta a reivindicações e articulações de mulheres negras com a gestão pública do município do Rio de Janeiro. No ano de 2008, o mesmo secretario através da Resolução SMS nº 1368 de 25 de julho de 2008 em seu Art. 1º Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN).

Entretanto, a trajetória de ações em prol da saúde da mulher negra na Secretaria Municipal do Rio de Janeiro antecede as resoluções da Secretaria de Saúde. Em 2006, profissionais do Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher, vinculado à Gerência de Saúde da Mulher, abordavam conteúdos relativos à saúde da mulher negra, em aula específica, dos cursos regulares voltados para o treinamento dos profissionais da Secretaria Municipal (SMS) de Saúde do Rio de Janeiro (COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SMS-RJ, 2020).

A Assessoria de Promoção da Saúde (APS) entre os anos de 2006 e 2009 constrói um espaço de diálogo com representantes do governo e da sociedade civil para elaborar estratégias para a implantação da política na secretaria. A APS em parceria com a Organização Não Governamental (ONG) Criola de Mulheres Negras do Rio de Janeiro realiza o “II Seminário de Promoção da Saúde: Equidade em Saúde da População Negra”, em dezembro de 2006.

Foram duas mulheres negras, uma enfermeira, ocupando um cargo de gestão na APS e a outra, médica de um Centro Municipal de Saúde (CMS) que idealizaram e incitaram a discussão sobre saúde da população negra e sobre a política no contexto carioca. São elas Louise Mara Santos da Silva e Lenora Mendes Louro (*in memoriam*)

Realizadas oficinas de sensibilização com gestores do nível central, coordenadores

de área central sobre a Saúde da população negra e a PNSIPN. Em 2008, a Vigilância em Saúde publica o Relatório “Alguns Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro segundo a variável raça/cor” para observação de iniquidades entre negros e brancos. Em 2009 foi feita uma previsão orçamentária especificamente para ações e atividades de equidade em saúde da população negra. Contudo a partir do ano de 2014, o orçamento foi contingenciado, inviabilizando a governabilidade sobre esse orçamento e em 2018 a meta e foi extinta (COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SMS-RJ, 2020).

O comitê oficializado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2008 foi formado por representantes da sociedade civil, instituições de pesquisa, universidade, gestores da Secretaria Municipal de Saúde e técnicos do Rio de Janeiro. Nomes como Lúcia Maria Xavier de Castro da Criola - Organização de Mulheres Negras, José Marmo da Silva da RENAFRO (Rede Nacional de Religiões Afro - Brasileiras e Saúde), Luciene da Silva Lacerda do IESC (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva) da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Clátia Regina Vieira do Fórum Estadual de Mulheres Negras e Louise Mara Santos da Silva da SMS e Assessoria de Promoção da Saúde Titular fizeram parte dessa história.

Foi identificado um preenchimento deficitário e em formato não padronizado do campo cor dos formulários de saúde. Fora promulgada em 2008, a Lei Municipal nº 4930 dispondo sobre a obrigatoriedade de preenchimento do campo raça, nos formulários de informação em saúde (CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2008). Feito interlocução e pactuação com gestores, no sentido de sensibilizá-los para a importância da coleta da variável na produção de estratégias de gestão pois a importância foi secundarizada e questionada sobre a real necessidade.

A sensibilização/treinamento foi estendida aos profissionais das unidades de saúde com oficinas sobre a capacitação do preenchimento da variável raça/cor no ano de 2008. Entre 2012 e 2015, a SMS, no âmbito da Atenção Primária à Saúde criou um processo de certificação das unidades de saúde e foi criada a “Certificação de Reconhecimento ao Cuidado de Qualidade: Unidade Parceira do Rio sem Preconceito”, o retorno foi positivo com aumento no preenchimento do campo raça/cor nos prontuários e impressos das unidades de atenção primária (COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SMS-RJ, 2020).

De acordo com as diretrizes do texto da política em relação a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados

pelas religiões de matrizes africanas, foi realizado em 2007 o I Encontro do Núcleo Rio de Janeiro da RENAFRO, a partir de denúncias de Yalorixás e Babalorixás sobre exclusão e discriminações sofridas pelos seguidores das religiões afro-brasileiras ao buscar os serviços de saúde para atendimento e também com os sacerdotes, no cuidado aos seus fiéis. Outros projetos e propostas foram realizados, contudo, foram descontinuadas por falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde (COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SMS-RJ, 2020).

Em 2011, a SMS Rio constrói um documento de submetas para a saúde da população negra que foi elaborado à partir das propostas retiradas do III Seminário de Equidade em Saúde da População Negra, devido a vulnerabilidade, piora nos indicadores da saúde e baixa resolubilidade, mesmo com os avanços observados na rede de saúde. A II submeta é a redução da mortalidade materna de mulheres negras. Outras estratégias para promover a equidade e acesso foram a inclusão da variável raça/cor no acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e os horários alternativos de atendimento nas Clínicas da Família.

O Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Município do Rio de Janeiro tenciona a gestão para a inclusão de ações direcionadas para redução das iniquidades. A política foi apresentada aos secretários de saúde, superintendentes, coordenadores e gerentes responsáveis pela gestão, Coordenações de Área Programática do município e para os profissionais do nível local. A intenção era que a dimensão étnico-racial fosse incorporada nas propostas na conferência municipal, fato sem precedentes. A apresentação da PNSIPN e do CTSPN é feita a cada troca de gestão assim como a entrega de relatório com dados demográficos e epidemiológicos por raça/cor com informações atualizadas da cidade (COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SMS-RJ, 2020)

Em 2019 foi proposto a formação de 4 Grupos de Trabalho (GTs) que funcionam de modo autônomo, embora subordinado a instância. Os GTs de Doença Falciforme e Racismo, Privados de Liberdade e Racismo, Mortalidade Materna e Racismo e Saúde Mental e Racismo. Quaisquer outras instituições, qualquer indivíduo que tenha interesse em contribuir com a formulação de estratégias pode compor o grupo.

O enfrentamento do racismo institucional no SUS é uma das marcas da PNSIPN. Das estratégias e responsabilidades das esferas de gestão é a primeira e diz: “I – implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão” (BRASIL, 2017a).

O comitê Técnico da Saúde da População Negra do município do Rio de Janeiro está propondo um projeto de lei No 873/2021 (Anexo I) que tem como primeira diretriz

I - garantia da inclusão deste programa no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais, do monitoramento, fiscalização e avaliação pelos conselheiros de saúde de distritais, conforme a Resolução CNS no 453, de 10 de maio de 2012, itens IV, V, VI, VII, VIII, IX e X (PL N° 873/2021).

O racismo institucional por Werneck equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo (WERNECK, 2016a).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GERAL

A pesquisa tem como objetivo identificar a presença/ausência de ações voltadas para com vistas a saúde da mulher negra a partir de dados desagregados por cor e raça/etnia no plano plurianual (PPA) do Município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2020, tendo em vista que este documento estabelece os projetos e os programas de longa duração do governo, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como o racismo se expressa no planejamento de gestão de longo prazo em relação a saúde da mulher negra no município do Rio de Janeiro;
- Identificar no planejamento da gestão municipal possíveis ações antirracistas com vistas a superação das discrepâncias de saúde entre mulheres negras e mulheres brancas no plano plurianual do município do Rio de Janeiro;
- Identificar no planejamento da Vigilância epidemiológica diretrizes e ações para a qualificação dos dados desagregados por raça cor.

#### 3.3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Exú é uma divindade cultuada pelas religiões de matriz africana. Por força do poder colonial, acumula polêmicas baseadas em estereótipos. Diasporicamente recebe diversos nomes e atribuições. É complexo e diverso. Geralmente assentado na frente das casas, nos mercados e nas encruzilhadas. Segundo Rodrigues Junior,

Exu versa sobre os princípios da mobilidade, da transformação, das imprevisibilidades, trocas, linguagens, comunicações e toda forma de ato criativo. Nas máximas que trançam as esteiras dos saberes de terreiro, entre inúmeras formas, ele é reivindicado como o dínamo do universo, o linguista e tradutor do sistema mundo. Para muitos, é o signo que representa o inacabamento. Esse caráter é parte de seus atributos e lhe confere a condição de senhor de todas as possibilidades (2018, p. 74)

As encruzilhadas são lugares onde ruas, avenidas e caminhos se cruzam. É o local

de tomada de decisão, momento de escolher por onde seguir. Caminhos metodológicos de uma pesquisa é a etapa em que o pesquisador checa as formas de se obter respostas.

Considerando tempo disponível, as ferramentas, os atravessamentos e diálogos que terão pelo caminho e a certeza de não estar só. A potência de Exu acompanha, ele é andarilho, é travesso é quem capacita para o diálogo, é o início de qualquer trajetória. Laroyê!

### **3.3.1 Abordagem da Pesquisa**

Fui convidada por minha orientadora para participar da pesquisa “Políticas de Atenção Primária, Regionalização e Regulação do Setor Privado em Saúde: mudanças recentes e repercussões sobre as desigualdades no Brasil e no estado do Rio de Janeiro”, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

A pesquisa estuda no plano nacional e no Estado do Rio de Janeiro entre o período de 2011 a 2020 a relação entre as políticas, a configuração do sistema de saúde e as desigualdades em saúde que por sua vez, pode se expressar em diferentes dimensões, entre as quais destacam-se três: a dimensão territorial; a dimensão das relações público-privadas; a dimensão étnico-racial.

Destaco que o terceiro quadriênio estudado termina no ano de 2021 e o relatório com as metas atingidas só estariam disponíveis em 2022. Assim a análise foi prevista até 2020 e o seu relatório de resultados que deveria ser publicado em 2021.

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares de realidades que não podem ser quantificadas nas ciências sociais. É uma pesquisa que trabalha, segundo a autora, o mundo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. As distintas formas de existir dos seres humanos são atravessadas pela sua realidade histórica (MINAYO et al., 2009).

Um trabalho científico se desenvolve a partir de várias etapas, responde a uma pergunta de pesquisa, e usa método para investigação previamente definido. A pesquisa social, no caso dessa pesquisa tendo a saúde como campo investigativo, precisa registrar a historicidade humana. A sociedade e indivíduos tem consciência histórica que dão significados e intencionalidades nas ações e construções. Pesquisar é um ato de construir conhecimento e a pesquisa qualitativa incorpora significado e intencionalidade em diversas dimensões como biologia, física, economia, política e ideologia. A sociedade ocidental usa

a ciência como uma forma hegemônica de construção de conhecimento pretensa a ser único motor e critério da realidade, o que ela discorda pois a humanidade criou diferentes formas de explicar fenômenos (MINAYO, 2014).

Pesquisas qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Minayo conceitua Pesquisa social em Saúde como “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (2014, p. 47).

Saúde e doença se expressam em corpos e mentes a partir de particularidades sociais, ambientais e culturais vividas subjetivamente. A população negra brasileira experimenta os fenômenos da vida através da marca da colonialidade que é um fenômeno histórico que mantém esse grupo racialmente produzido em desvantagens em relação a outros grupos. A autora nos ajuda a pensar no processo saúde doença ligado diretamente a um poder hegemônico da sociedade ocidental, assim, devoto-me a resgatar fatos histórico do grupo pesquisado para refletir a partir de sua realidade social, política e econômica.

O SIS, segundo Moraes (2014), alimenta os fluxos correntes de informação e repositório de registros de dados em saúde. Previsto no artigo 47, da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) que determina a criação de um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Trata-se de um sistema de interesse para a saúde coletiva, pois produz e mantém o registro de eventos que permite análises das condições de saúde. Está previsto na Política Nacional de Informação em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) que as informações possibilitem identificar problemas sanitários individuais e coletivos subsidiando assim ações clínicas de diagnóstico, tratamento e recuperação de saúde. Subsidiaria também a construção das linhas de cuidados de modos a garantir acesso a todos os níveis de atenção integral.

Quando se trata de vigilância em saúde, o uso da informação possibilita analisar, diagnosticar e realizar monitoramento epidemiológico, controlar e evitar a ocorrência de doenças, promover a saúde em escala coletiva, contribuir na identificação e eliminação/diminuição dos riscos, agravos e dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença; planejar, monitorar e avaliar as ações de promoção e proteção à saúde e prevenção de riscos e agravos e aprimorar a qualidade das bases de dados epidemiológicas. A desagregação por raça cor medem a realidade. Os dados, são uma

ferramenta de gestão acessível a sociedade civil e é a base para construção de propostas para a correção de iniquidades.

É possível acessar informações do SIS mantendo a privacidade do cidadão atendido pelo SUS. Nas bases são utilizados a Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª versão, o CID10. As fontes são classificadas como dados secundários, segundo Coeli (2009) são dados não coletados primariamente. São dados originalmente coletados para propósitos diversos não exatamente para essa pesquisa que está em curso.

Como vantagens, temos menor custo em comparação a uma coleta primária, que exige maior esforço analítico para definição e interpretação dos indicadores de interesse. Como desvantagem a qualidade dos dados pode ser um fator de interferência devido a infeliz realidade de que dados como quesito raça cor são suprimidos dificultando a identificação da população.

Raça e gênero são as categorias analisadoras principais da pesquisa. Dados desagregados por etnia, raça/cor serão analisados nos documentos com objetivo de informar sobre possíveis iniquidades entre mulheres negras e não negras. A comparação tem a intenção de nos dar uma percepção sobre o acesso e se o racismo se expressa na assistência da saúde das mulheres.

Enquanto pesquisadora, me vi desafiada durante o percurso devido à complexidade do fenômeno. Documentos representam uma comunicação oficial que no caso dessa pesquisa é a Gestão Municipal se comunicando com a população em geral. O que está descrito fica marcado como testemunho, não se trata de uma narrativa neutra. Há intencionalidade nos tópicos abordados. O silêncio e invisibilidade também são formas de comunicação.

Escrever sobre racismo na saúde é doloroso mediante a identificação da violação de direitos de um grupo que ainda hoje clama ser reconhecido como humano. Em um país democrático indagamos as responsabilidades públicas na gestão de saúde em pró de alcançar equidade.

A realidade das mulheres negras não deve ser suprimida nas etapas de construção e análises de políticas públicas. Pergunta-se: Onde estão as mulheres negras no planejamento de governo municipal? Não nomear um problema que deveria ter prioridade faz parte do pacto de silenciamento das questões raciais que são encobertas pelo Mito da Democracia Racial?

Essa pesquisa busca a identificar a representação da mulher negra nas diretrizes e metas no campo da saúde no planejamento de gestão compreendida entre os anos de 2010



e 2020 na prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

O período da pesquisa foi escolhido por corresponder a publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em forma de lei que foi no ano de 2009. O texto que compõe a política foi discutido e aprovado pelo ministério da saúde no ano de 2006. A gestão municipal do Rio de Janeiro tinha disponível para consulta a Política na íntegra com seus princípios Gerais, diretrizes gerais e objetivos. A PNSIPN é um compromisso tripartite, firmado pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no âmbito Sistema Único de Saúde para o combate às desigualdades e enfrentamento do racismo.

Foi realizado uma pesquisa documental com enfoque crítico de acordo com o referencial teórico no intuito de responder as questões da pesquisa. Método esse que oportunizou reunir e organizar as informações primordiais para responder as questões propostas pela pesquisa. Discordando de premissas que discorrem sobre a existência de uma ciência social “neutra” e questionando-a, falo do lugar da impossibilidade de uma neutralidade enquanto pesquisadora, devido a temática me atravessar por ser mulher e negra a minha interrogação é: “Cumé que a gente fica?”

Nesse trabalho não faço intervenções, e, sim, observações sobre o fenômeno. Pretendo que a pesquisa sirva de ferramenta para práticas para diálogos continuados entre a sociedade civil e a administração pública pois não são muitos os estudos discutindo a representação da saúde da mulher negra como eixo de planejamento de gestão municipal.

Para Laurence Bardin (2016), a análise documental permite fazer um tratamento das informações de um documento. Exige uma operação intelectual onde as informações são divididas em categorias segundo o critério da analogia. É a representação condensada da informação para consulta e armazenamento.

Em seu trabalho, Krippel et al. (2015) refere que a pesquisa documental utiliza documentos que não sofreram tratamento analítico de forma sistematizada. O pesquisador seleciona, trata e interpreta a informação com foco em captar o fenômeno a partir das perspectivas contidas nos documentos.

Técnicas para o manuseio e análise dos documentos são primordiais. O pesquisador extrai informações de forma organizada e cuidadosa, seguindo etapas e procedimentos. Após as informações serem categorizadas são então analisadas. (SÁ-SILVA; et al., 2009).

Em três quadriênios, o país passou por situações diversas de impacto político nacional. Mudanças de gestão, crise econômica, eventos internacionais e retrocessos nas políticas de sociais e de saúde.

Trago alguns elementos do contexto histórico nacional que coincide com a data em que os textos foram produzidos - o primeiro quadriênio, 2010 a 2013. O prefeito era o senhor Eduardo da Costa Paes, um homem branco, bacharel em Direito, filiado ao Partido Social Democrático (PSD); o IBGE divulga em 2010, os dados do Censo demográfico; Dilma Rousseff assume a presidência do país em 2011, ela é do Partido dos Trabalhadores (PT). No ano de 2013 houve manifestações nacional contra o aumento das tarifas de transporte público.

O segundo quadriênio compreendeu os anos de 2014 a 2017. O prefeito Eduardo da Costa Paes foi reeleito. Dilma Rousseff é reeleita presidenta do Brasil em 2014. Copa do Mundo foi realizada em 2014 entre os dias 12 de junho e 13 de julho. Em 31 de agosto de 2016, Dilma Rousseff é afastada permanentemente da presidência da República, assume Michel Temer. Em 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os gastos públicos incluindo a saúde. As Olimpíadas foram realizadas no ano de 2016.

O terceiro quadriênio compreendeu os anos de 2018 a 2021. O prefeito é Marcelo Bezerra Crivella, um homem branco, engenheiro, pastor de igreja evangélica neopentecostal, do partido Republicanos. No ano de 2018, foi assassinada a vereadora Marielle Franco. Em janeiro de 2019, Jair Bolsonaro assume a Presidência da República. No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia de COVID-19. No ano de 2021 inicia a vacinação para o COVID-19.

Fazendo uma discussão mais direcionada no campo da saúde destaco duas que são de relevância para essa pesquisa. No ano de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 o objetivo era de formar recursos humanos na área médica para o SUS.

O resultado positivo para a população é notório. Atender a demanda de médicos feita em 2013 expandiu o Estratégia de Saúde da Família (ESF), alocou médicos nas áreas vulnerabilizadas; ampliou o acesso da população às ações de Atenção Básica (AB), ofertou cuidados integrais em saúde, contribuindo para o fortalecimento de uma concepção abrangente de atenção primária à saúde e do SUS (OLIVEIRA et al., 2016; PINTO et al., 2017; FRANCO et al., 2018)

Não foi só o resultado positivo do programa que foi destaque. A questão racial assumiu um protagonismo ultrajante, mas infelizmente esperado. Segundo Tose (2017), os médicos brasileiros foram contra a implantação do programa, assim realizaram atividades como boicote, protestos em via públicas e entraram com ação judicial contra o programa. A

autora coletou e analisou materiais de mídia entre julho de 2013 julho de 2014. No dia 26 de agosto de 2013 médicos brasileiros protestaram do lado de fora da Escola de Saúde Pública do Ceará onde os Cubanos faziam um curso de capacitação. O que chamou a atenção da mídia foi a hostilidade, vaias e chamarem os cubanos de escravo. Em uma outra reportagem uma médica brasileira disse que médicas cubanas têm uma cara de empregada doméstica. No dia 26 de agosto de 2013, médicos brasileiros protestaram do lado de fora da Escola de Saúde Pública do Ceará onde os Cubanos faziam um curso de capacitação. O que chamou a atenção da mídia foi a hostilidade, vaias e chamarem os cubanos de escravo. Em uma outra reportagem uma médica brasileira disse que médicas cubanas têm uma cara de empregada doméstica.

Nomear alguém de escravo ou doméstica a partir do corpo é obedecer a uma lógica colonial. Corpos negros são interditados de outras possibilidades que não a da subalternização. Corpos negros e médicos foi chocou a classe médica brasileira habituados a ter apenas brancos como seus pares.

Chamando de *imagem de controle*, Patrícia Hill Collins (2019) discute imagens negativas criadas para definir valores sociais de mulheres negras. Nas palavras da autora “Essas imagens de controle são traçadas para fazer com que o racismo, o sexismo, a pobreza e outras formas de injustiça social pareçam naturais, normais e inevitáveis na vida cotidiana” pág. (136). As imagens categorizadas por Collins pensando na realidade das mulheres afro-americanas são *mammy*, matriarca negra, mãe dependente do estado e Jezebel.

Lélia Gonzáles caracteriza o racismo praticado aqui como a neurose cultural brasileira. Em suas categorias de análises discute o racismo articulado ao sexismo produz efeitos violentos na mulher negra em particular. As categorias pensadas por Lélia são Mulata, Doméstica e a Mãe Preta. Assim, para mulheres brancas, brasileiras e médicas ao se depararem com corpos negros femininos associaram imediatamente a imagem de empregada doméstica.

Por fim, ocorreu o fim do acordo de cooperação técnica entre Cuba e Brasil, mediado pela Organização Pan-Americana da Saúde no âmbito do PMM, e em 2018, mais de oito mil médicos que começaram a sair do país colocando em risco a assistência de mais de 23 milhões de pessoas residentes em 2.800 municípios ampliando a iniquidade ao acesso (LIMA et al., 2019; ABRASCO, 2018).

O segundo fato marcante do período dos três quadriênios racismo e saúde pública foi a campanha “Racismo faz mal à Saúde. Denuncie!” lançada pelo Ministério da Saúde e

a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, no dia 25 de novembro de 2014. Tratava-se da primeira campanha publicitária contra o racismo voltada para profissionais e pacientes da rede pública de saúde. A campanha tinha o objetivo o enfrentamento do racismo institucional e o destaque à Política Integral de Saúde da População Negra. Dúvidas e denúncias poderiam ser registradas no Disque 136 para encaminhamentos (BITTENCOURT, 2014)

Entretanto o CFM (Conselho Federal de Medicina) em nome dos 400 mil médicos brasileiros fez uma carta a sociedade repudiando a campanha e alegando que se tratava de uma campanha racista. Se posicionaram contra a qualquer tipo de preconceito, que o Código de Ética Médica em vigor já estabelece não discriminação por nenhuma razão vinculada à herança genética e que as causas do mau atendimento no SUS são devido ao financiamento limitado, fechamento de leitos, falta de insumos e medicamentos, e ausência de uma política de recursos humanos e não as questões de gênero, classe social ou etnia (CFM, 2014).

Mais uma vez recorro a Lélia González (1988) e o seu conceito de racismo por denegação. Podemos perceber que a artimanha nessa situação específica está em acusar uma campanha antirracista de racista, negação dos efeitos da colonialidade que incidem sobre a população negra, o uso de outras falhas do SUS de forma hierárquica e não interseccional para tirar o foco das questões raciais, redução da importância das diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde da População Negra e a alegação de que o Código de Ética Médica já prevê a não discriminação vinculada à herança genética. Negar a existência do racismo ou colocar os seus impactos sob o grupo subjugado em segundo plano são ações de escamoteamento do diálogo sobre relações étnico raciais.

Lélia González na carta *Alô, alô, Velho Guerreiro! Aquele abraço!* (GONZALEZ, 2020a) chama a atenção que no Brasil o dia 21 de março, dia de luta contra discriminação racial, no Brasil passa a nuvens brancas. O apresentador Chacrinha que comandava um programa popular de televisão de maneira incisiva denunciou a existência do racismo no Brasil e que no programa havia ordem de que negros não fosse focalizado pelas câmeras, só poderiam aparecer de costa ou relance. Lélia teceu várias reflexões e conclui que os “progressistas” e os “regressistas” não querem saber da verdadeira cara do povo, aqueles que eles chamam de feio, o desnutrido, o marginalizado, o negro.

Povo que é reprimido violentamente ou são submetidos a mecanismos sofisticados para enganá-los. Uma emissora de televisão inventa um outro programa popular chamado Alerta Geral, onde Alcione, uma mulher negra e cantora se apresenta vestida de branco e

peruca ruiva, o cenário era todo de cor branca, até o piano era branco. Em uma avaliação semiótica Lélia questiona: é por causa da sexta de Oxalá ou uma questão de pura assepsia?

Nesse novo programa, dois artistas negros comentam de situações de discriminação racial que sofreram, mas ao final alegaram que era discriminação ao samba. Evitar nomear o racismo como provocador de desigualdades é uma forma sofisticada de reafirmar a suposta democracia racial. Quem denuncia o racismo é chamado de racista às avessas e a autora aponta que o certo é ser racista às direitas, né?

A cada quadriênio a câmara municipal decreta e sanciona a lei que institui o Plano Plurianual em cumprimento ao disposto no art. 165 da Constituição da República Federativa do Brasil e no art. 254 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro. Realizada uma análise preliminar do conjunto de documentos disponíveis, chegamos à seguinte seleção, disposta no quadro a seguir.

Tabela 1 - Relação de documentos relacionados ao PPA entre 2010 e 2020

Nº	Fonte	Data	Documento
1	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual</a>	21 de janeiro de 2010	Lei nº 5.147 Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2010/2013.
2	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual</a>	21 de janeiro de 2010	Lei nº 5.147 Anexos I a X
3	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual</a>	2 de agosto de 2010.	Lei nº 5.215 Dispõe sobre a revisão do Plano Plurianual 2010-2013, para o período de 2011 a 2013.
4	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual</a>	2010	Relatório de Execução Física e Financeira (incisos I e II do Art. 5º, Lei nº 5.147/2010)
5	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual</a>	18 de janeiro de 2011	Lei nº 5.246 Altera a Lei nº 5.215, de 2 de agosto de 2010, e dá outras providências.
6	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparentencia/plano-plurianual</a>	27 de janeiro de 2011	Decreto nº 33369 Divulga a atualização do Plano Plurianual 2010-2013, para o período 2011 a 2013.

<b>Nº</b>	<b>Fonte</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>
7	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	Abril 2012	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2011 Relatório de Gestão e Avaliação do Plano Plurianual 2010 / 2013 Exercício 2011 (Art. 5º da Lei nº 5.147 de 2010)
8	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	30 de janeiro de 2012	Decreto nº 35071 Divulga a atualização do PPA 2010/2013, para o período 2011 a 2013.
9	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2012	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2012
10	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	30/01/2013	Decreto nº 36.753, de 30/01/2013
11	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2013	Anexos I a VII Do Decreto nº 36.753, de 30/01/2013 Atualização do Plano Plurianual 2010/2013, para o período de 2011 a 2013.
12	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2013	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2013
13	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	10 de janeiro de 2014	Lei nº 5.686, de 10/01/2014
14	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	10 de janeiro de 2014	Lei nº 5.686, de 10/01/2014 Anexos I a IX
15	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2014	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2014
16	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	26 de maio 2015	Decreto nº 40.164, de 26/05/2015. Atualização do Plano Plurianual 2014/2017, para o período de 2015 a 2017
17	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2015	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2015
18	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	26 de fevereiro 2016	Decreto nº 41.289, de 26/02/2016. Atualização do Plano Plurianual 2014/2017, para o período de 2016 a 2017.
19	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2016	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2016
20	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	18 de maio de 2017	Decreto nº 43.144, de 18/05/2017. Atualização do Plano Plurianual 2014/2017, para o exercício de 2017.

Nº	Fonte	Data	Documento
21	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	18 de maio de 2017	Decreto nº 43.144, de 18/05/2017. Anexo de I a VIII
22	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2017	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2017
23	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	16 de janeiro de 2018	Lei nº 6.317, de 16/01/2018
24	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	16 de janeiro de 2018	Lei nº 6.317, de 16/01/2018 Anexo I a IX
25	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	2018	Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2018
26	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	07 de maio de 2019	Decreto nº 45.944, de 07/05/2019. Atualização do Plano Plurianual 2018/2021, para o período de 2019 a 2021
27	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	12 de maio de 2020	Decreto nº 47.425, de 12/05/2020. Atualização do Plano Plurianual 2018/2021, para o período de 2020 a 2021
28	<a href="https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual">https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual</a>	12 de maio de 2020	Decreto nº 47.425, de 12/05/2020 Anexo I a VIII

Fonte: Elaboração própria a partir dos PPAs de 2010 a 2021

As categorias trabalhadas neste estudo refletem a estruturação do instrumento do planejamento municipal, assim dispostas: (i) objetivos; (ii) diretrizes; (iii) metas, (iv) resultados e (v) indicadores. O estudo sistemático de documentos oficiais da gestão municipal como o PPA, em três quadriênios aqui realizado, proporcionou uma análise acerca do lugar da saúde da mulher negra na agenda governamental, entendendo que esta retrata as prioridades, por um lado, e, por outro, aquilo que é preterido nos termos das políticas públicas.

Foram analisados 28 documentos diretamente relacionados aos PPAs de três gestões municipais entre 2010 e 2010. Antes de cada quadriênio a Câmara Municipal através do Poder executivo decreta e sanciona a Lei para a elaboração do PPA. Cada lei vem acompanhada dos anexos de I a X que se assemelham nos três períodos de governo. São eles: Anexo I - Objetivos do Governo; Anexo II - Diretrizes Estratégicas; Anexo III - Metas por Área de Resultado; Anexo IV - Iniciativas Estratégicas; Anexo V - Demonstrativo Analítico dos Programas; Anexo VII - Estimativa de Receita para 2010-2013; Anexo VIII - Estimativa de Despesa para 2010-2013; Anexo IX - Estimativa dos

Limites Legais para 2010-2013; Anexo X - Estimativa das Metas Fiscais para 2010-2013.

### 3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto desta dissertação faz parte da pesquisa Políticas de Atenção Primária, Regionalização e Regulação do Setor Privado em Saúde: mudanças recentes e repercussões sobre as desigualdades no Brasil e no estado do Rio de Janeiro Edital 12/2019 Faperj que recebeu a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 21404619.8.0000.5240). Foram seguidas no estudo as disposições Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e o regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ENSP quanto às normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas.



#### 4 RESULTADO / ANÁLISE

A seleção dos documentos não foi um processo aleatório. Seguindo os propósitos dessa pesquisa, assim como as hipóteses, foram escolhidos documentos que atendam ao que está previsto no artigo 165 da Constituição Federal que estabelece “I - o plano plurianual, §1º. É uma peça de planejamento que se transforma em lei, orienta os gestores públicos na execução dos gastos e na aplicação dos investimentos” (BRASIL, 1988).

O planejamento é feito para 4 anos de gestão municipal, iniciando sua execução no segundo ano do mandato do Chefe do Poder Executivo e encerrando no primeiro ano do mandato do próximo dirigente eleito.

O PPA é organizado segundo diretrizes, objetivos e metas. As diretrizes correspondem às orientações, ou princípios, com as quais o governo se compromete quando define os seus programas e ações. Nortearão a captação, gestão e gastos de recursos durante o período do Plano. Os objetivos consistem na discriminação dos resultados estratégicos que se pretende alcançar com a execução das ações governamentais, geralmente ao final dos 4 anos da gestão pública e as metas: são a tradução quantitativa dos objetivos para os 4 anos e, quando possível, devem estar indicadas por região administrativa da cidade.

Os documentos selecionados para essa pesquisa são os materiais escritos que possuem credibilidade por se tratar de documento oficial da prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. O acesso livre a toda a população por via digital pelo endereço <<https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual>>.

Considerando os objetivos da pesquisa, após a organização dos documentos recorreu-se a metodologia da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Para Laurence Bardin trata-se de um instrumento de investigação laboriosa de documentos que é definição como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (2016, p. 48)

Constituído de três fases fundamentais: Organização, Codificação e Categorização, na organização foi feita a seleção, a partir de uma leitura flutuante, dos documentos a serem analisados e destacados os mais relevantes para responder o problema da pesquisa. Na codificação foi separado a unidade de registro, ou seja, aquilo que analisei. E na fase da

categorização foram agrupadas em categorias de forma semânticas, ou seja, de acordo com o significado.

O SUS proporciona acesso a bens e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade mesmo que estejamos em momento político de desmonte de políticas sociais.

Duas políticas importantes para a promoção da saúde da mulher foram construídas nas últimas décadas, são elas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no ano de 2004 (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no ano de 2009 (BRASIL, 2017a).

Para cada quadriênio a Câmara Municipal através do Poder executivo decreta e sanciona a Lei para a elaboração do PPA que de acordo com o quadro 1 são os documentos 1, 13 e 23 que respectivamente são Lei 5.147 em 2010, Lei 5686 em 2014 e Lei 6.317 no ano de 2018.

Estas Leis instituem o Plano Plurianual para o quadriênio, em cumprimento ao disposto no art. 165 da Constituição da República Federativa do Brasil e no art. 254 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro. Na forma de oito diferentes anexos e para fins dessa pesquisa vamos selecionar os Objetivos Centrais e Princípios de Atuação do Governo; Diretrizes e Metas por Área de Resultado; e Programas Estratégicos por Área de Resultado.

Políticas públicas são propostas para resolver problemas coletivos. Ao priorizar alguns problemas, os demais não estão sendo negligenciado. Priorizar é uma forma de organização que leva em conta as consequências, urgências e importância do problema. Os gestores devem ter decisões transparentes. São auxiliados por especialistas, tem acesso a dados do Sistema de Informação em saúde e deve dialogar com os grupos sociais (IPEA, 2018).

As Organizações Sociais da Saúde (OSS), segundo Morais et al (MORAIS *et al.*, 2018), surgem no Brasil nos anos 90 sendo denominadas de “terciario setor” e se destacam como uma nova modalidade de gestão e provisão de serviço de saúde. Se declaram como não-lucrativas contudo o estudo dos autores problematizam essa afirmação e as descrevem como organizações privadas ditas de interesse público que não executam de forma expressivas a transparencia do uso do fundo público.

Ramos e Seta (2019) apontam que o Rio de Janeiro adota esse novo modelo de gestão e provisão de serviços influenciados pelo neoliberalismo. Como alternativa a

privatização os serviços públicos foram convertidos em mercados públicos com a implantação das Organizações Sociais (OS). Os autores pesquisaram a saúde do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 a 2014 e constataram a expansão da cobertura das equipes de atenção básica entre esses anos analisados, redução de taxa de mortalidade infantil contudo, sob o modelo de OS e gastando o dobro do orçamento entre 2009 e 2013. Os servidores municipais concursados foram retirados de posições de gestão com a justificativas que considerados inaptos para assumir determinadas posições.

Faz-se necessário refletir que a gestão de saúde do município do Rio de Janeiro no período estudado nessa pesquisa foi realizado por essas organizações ou seja por uma perspectiva mercantilista e empresarial.

#### 4.1 OBJETIVOS DO PPA

Objetivos de governo demandam implantação de medidas bem definidas para um desfecho positivo. Os objetivos selecionados devem ser realistas e compatível com o orçamento. A relação custo-efetividade para o alcance dos objetivos deve ser discutida para a garantia de resultados relevantes. Como os objetivos serão alcançados devem ser descritos de forma explícita.

No anexo da lei que decreta e sanciona cada PPA consta os objetivos do Governo e a categoria “melhorias à qualidade dos serviços prestados no Município” é comum aos três períodos de governo.

Tabela 2 - Resumo dos Objetivos de governo em relação a categoria “melhoria da qualidade” entre 2010 a 2021

<b>Período</b>	<b>Objetivos de governo</b>
2010-2013	Melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados no Município;
2014-2017	Evoluir na acessibilidade e na qualidade da prestação dos serviços públicos municipais.
2018-2021	Melhorar a qualidade dos serviços públicos de atendimento ao cidadão.

Fonte: Elaboração própria a partir dos PPAs de 2010 a 2021

A intersetorialidade na gestão é essencial para melhoria das condições de saúde e

manutenção da vida. Mercado de trabalho, distribuição de rendimento e condições de moradia, educação, violência e à representação política foram analisados e população de cor ou raça preta ou parda possui severas desvantagens em relação à branca (IBGE, 2019).

Dado as demandas de saúde da população do município do Rio de Janeiro, a implantação de programas estratégicos descritos no PPA é pensada com foco em resultados. Existem dados e variáveis de interesse para verificar a eficácia e efetividade dos programas. No caso dessa pesquisa, onde investigamos a saúde da mulher negra informações epidemiológicas desagregados por raça cor, recorte de gênero e trabalhadores de saúde que em seus processo de formação discutiram temas Racismo e Saúde da População Negra faz toda a diferença.

#### 4.2 DIRETRIZES DO PPA

As diretrizes estratégicas estão agrupadas por área de resultado: saúde, educação, ordem pública, emprego e renda, infraestrutura urbana, meio ambiente, transporte, dentre outros. Para fins dessa pesquisa destacamos apenas as diretrizes do campo da saúde.

Observa-se que na gestão 2018 a 2021 a saúde deixa de ser uma área principal, sendo inserida na dimensão social.

Em cada gestão as diretrizes para a saúde foram:

Tabela 3 - Resumo das diretrizes relacionadas à saúde entre 2010 e 2021

<b>Período</b>	<b>Diretrizes</b>
2010-2013	Ampliar a cobertura assistencial dos Programas de Atenção Básica a partir de uma nova estratégia de Saúde na Família e da garantia de acesso à Atenção Primária.
	Melhorar a efetividade dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares de referência, com hierarquização, integração e regulação dos atendimentos de emergência, novos modelos de gestão e ampliação da rede de unidades de pré-hospitalar fixo 24 h.

Período	Diretrizes
2010-2013	Priorizar as atividades de controle e fiscalização sobre aqueles produtos, serviços e ambientes que necessitam de maior regulação para proteção da saúde da população.
	Difundir o conhecimento sobre o modelo de proteção civil e implementar ações preventivas, de preparação e resposta, inclusive promovendo a pesquisa científica, para reduzir a ocorrência de desastres.
2014-2017	Aumentar a expectativa de vida da população, reduzindo as diferenças regionais, de renda e classe.
	Promover a saúde e prevenir as doenças, e seus agravos, com ênfase na informação à população e esclarecimento quanto ao uso do sistema de saúde.
	Consolidar e ampliar a cobertura de atenção primária a partir da estratégia de Saúde da Família.
	Melhorar a efetividade dos serviços ambulatoriais e hospitalares de urgência e emergência através de uma rede de atenção regionalizada e com foco na promoção de atendimento rápido e de qualidade.
	Expandir os serviços de desospitalização voltados prioritariamente para a população idosa.
	Adotar ferramentas tecnológicas de saúde eletrônica ( <i>e-health</i> ) para melhorar a qualidade do atendimento à população.
2018-2021	Promover a qualidade de vida e a saúde da população durante todo o ciclo de vida, garantindo atenção qualificada à saúde da mulher, o pleno desenvolvimento e proteção da infância, políticas para a juventude que visem enfrentar as causas das violências (homicídios, acidentes e suicídios), estimulando um envelhecimento ativo e saudável e freando o crescimento do sobrepeso e obesidade na população.
	Garantir uma assistência qualificada pelos serviços de saúde, respeitando as diversidades da população (religiosa, sexual e racial), promovendo cidadania e satisfação do usuário, com uso eficiente dos recursos.

Período	Diretrizes
2018-2021	Garantir um meio ambiente saudável para reduzir a incidência das arboviroses e de outros agravos à saúde.
	Atender prioritariamente aos segmentos mais vulneráveis da população (PD, art. 277, II), diminuindo as desigualdades sociais e espaciais da cidade.
	Promover a igualdade de gênero e o respeito às diversidades.
	Promover serviços e ações de apoio sociofamiliar para melhorar os indicadores sociais da cidade.
	Garantir cobertura social à população de risco vítima de situação de calamidade pública.
	Estimular a integração produtiva e voluntária dos idosos, em parceria com atividades prioritárias do poder público, contribuindo para criar satisfação e qualidade de vida da terceira idade.

Fonte: Elaboração própria a partir dos PPAs de 2010 a 2021

Através das diretrizes, o gestor expressa à população o que seu governo pretende executar, as principais ideias e propostas. São estabelecidas no início de cada governo e é obrigatório a sua descrição em cada PPA. Novas políticas devem ser propostas conforme o diagnóstico do problema existente na população ou grupo.

A identificação do problema é fundamental para traçar prioridades

#### 4.3 METAS DO PPA

Nos PPA as metas devem ser definidas de forma clara e em alinhamento com os compromissos do governo. Nos anexos as diretrizes devem estar acompanhadas das metas. Uma vez que estamos pesquisamos a saúde da mulher negra selecionadas as metas diretamente ligadas ao cuidado da mulher.

Tabela 4 - Resumo das metas relacionado a linha de cuidado da Saúde entre 2010 e 2021

Período	Resumo das metas
2010-2013	Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2013, tendo como referência o ano de 2008.
2014-2017	Atingir mortalidade materna inferior a 41 por 100.000 nascidos vivos até 2016.
2018-2021	Reduzir mortalidade materna para valor inferior a 58 por 100.000 nascidos vivos, até 2020.

Fonte: Elaboração própria a partir dos PPAs de 2010 a 2021

Ao determinar quais as iniciativas e metas o PPA descreve os programas estratégicos por área de resultados para atingir as metas. No governo 2018-2021 esse item é chamado de Plano por categoria econômica

#### 4.4 PROGRAMA ESTRATÉGICO PPA

No anexo que envolve os Programas Estratégicos por área de resultado foram selecionados e destacados apenas os que tinham como resultado esperado a saúde da mulher.

Tabela 5 - Resumo do Planejamento Estratégico relacionado a linha de cuidado da saúde da Mulher entre 2010 e 2021

Período	Programa	Descrição	Resultado esperado
2010 - 2013	Atenção Primária a Saúde	Reestruturação do sistema de saúde focando na rede de atendimento básico através da criação das Clínicas da Família. O objetivo é ampliar a cobertura de Saúde da Família da população residente na AP 5 <sup>1</sup> e AP 3 <sup>2</sup> .	Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2013, tendo como referência o ano de 2008

<sup>1</sup> AP5-Bairros situados na Área de Planejamento 5: Bangu, Barra de Guaratiba, Campo Grande, Campo dos Afonsos, Cosmos, Deodoro, Gericinó, Guaratiba, Inhoaíba, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Paciência,

<b>Período</b>	<b>Programa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Resultado esperado</b>
2010 – 2013	Atenção Ambulatorial Especializada Hospitalar	Criar um plano de excelência para Urgência e Emergência nos hospitais Miguel Couto, Souza Aguiar, Lourenço Jorge e Salgado Filho através da hierarquização dos atendimentos.	Reduzir taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2013, tendo como referência o ano de 2008
2010 - 2013	Atenção Ambulatorial Especializada Hospitalar	Criação das Unidades de Pronto Atendimento com o objetivo de desafogar os hospitais de emergência da rede municipal.	Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2013, tendo como referência o ano de 2008
2018- 2021	Atenção Primária à Saúde	O objetivo da “Atenção Primária à Saúde” é manter e aprimorar a Estratégia de Saúde da Família, observando a carteira de serviços da mesma e o funcionamento com qualidade.	Fortalecimento e aprimoramento da Atenção Primária à Saúde visando a redução das taxas de mortalidade infantil e materna.

Fonte: Elaboração própria a partir dos PPAs de 2010 a 2021

Padre Miguel, Pedra de Guaratiba, Realengo, Santa Cruz, Santíssimo, Senador Camará, Senador Vasconcelos, Sepetiba, Vila Militar, Vila Kennedy

<sup>2</sup> AP3-Bairros situados na Área de Planejamento 3: Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares, Vila Kosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Ribeira, Zumbi, Cacua, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Fazenda Botafogo, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna, Parque Colúmbia, Jacarezinho, Complexo do Alemão, Maré, Cordovil, Vigário Geral, Parada de Lucas, Jardim América.



Como previsto no Art. 5º da lei que determina o Plano Plurianual, o Poder Executivo deve enviar à Câmara Municipal do Rio de Janeiro, até o dia 15 de abril de cada exercício um relatório de acompanhamento e avaliação do Plano Plurianual, que conterà: I - demonstrativo por programa das informações físicas e financeiras previstas nesta Lei e suas modificações e dos índices de referência, dos índices alcançados ao término do exercício anterior e dos índices esperados, por indicador; II - demonstrativo da execução física das metas das ações constantes desta Lei, ao término do exercício anterior; III - demonstrativo do desempenho das iniciativas estratégicas e das metas alcançadas ao término do exercício anterior por área de resultado.

O relatório é anual. Entre o período de 2010 a 2020 não estão disponíveis para acesso público o dos anos de 2019 e 2020 e não há notas com a justificativa. Dos resultados alcançados nenhum dado é demonstrado com a desagregação por etnia cor/raça. A mulher negra não é citada em nenhum dos relatórios disponíveis.

Selecionou-se a mortalidade materna como um agravo para ajudar a materializar a hipótese sobre as condições de saúde das mulheres negras. A redução da mortalidade aparece como meta nos PPA das três gestões. A desvantagens para mulheres negras é fruto da engrenagem racista histórica que repercute nos modos de viver, adoecer e morrer.

O que mulheres negras querem é que seja escrito com todas as letras, *Mulheres negras querem viver*. É insuportável que suas vidas ceifadas precocemente e precarizada por conta do descaso do Estado. A história nos ajuda a refletir que se trata de um padrão. Estamos aqui para questionar se o rompimento está sendo planejado, orçado e colocado em prática e a resposta é simples: não!

#### 4.5 BREVE PANORAMA DO PERFIL DE SAÚDE DE MULHERES NEGRAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

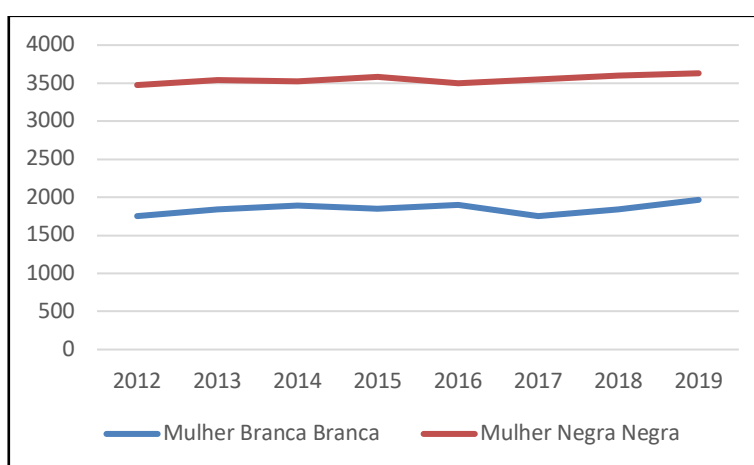
Enquanto campo de conhecimento científico, a Saúde Pública tem o compromisso de apresentar o perfil de saúde da sociedade através de pesquisas. Ao abordarmos mulheres, a universalização não permite que as múltiplas mulheres sejam identificadas e as desigualdades entre elas destacadas.

O censo demográfico nacional é a principal fonte de referência para o conhecimento das condições de vida da população em todos os municípios do País. São realizadas entrevista presencial (entrevista direta – face a face – com os moradores do domicílio) através de questionário básico. Para esboçar o perfil da população são coletados

dados como sexo, idade, situação do domicílio, emigração internacional, ocorrência de óbitos, cor ou raça, registro de nascimento, alfabetização e rendimento das pessoas de 10 anos ou mais de idade e outras informações sobre composição e características dos domicílios. Os dados são tabulados e dispostos ao público para uso em pesquisa, na gestão e outros fins (IBGE, 2022).

Ilustração 1. População residente do município do Rio de Janeiro, por sexo e cor ou raça.

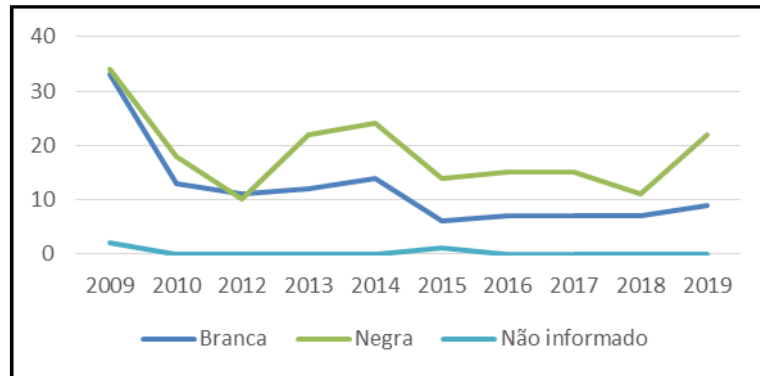
População (Mil pessoas) 2012 a 2019



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 1ª visita

A figura número 1 mostra o número de mulheres desagregadas por raça cor no município do Rio de Janeiro. Esses dados são secundários e estão disponíveis no Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. A limitação dos dados é que só estão disponíveis de 2012 a 2019, além disso não tem como fazer distinção por idade assim estão englobadas mulheres de todas as idades não sendo possível identificar apenas as com idade fértil que vai de 10 a 49 anos segundo Portaria nº 1.119, de 5 de Junho de 2008 do ministério da saúde.

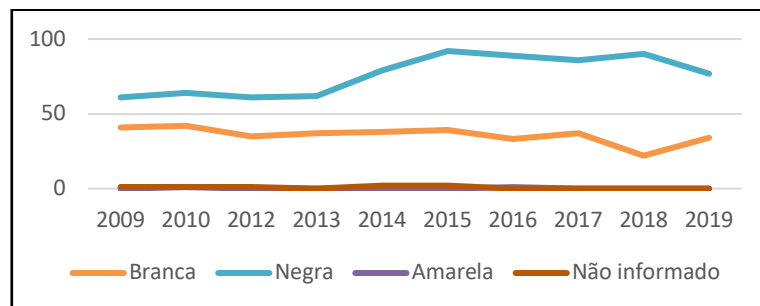
Ilustração 2. Óbitos por Raça/Cor - Gravidez – Município do Rio de Janeiro



Fonte: SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A figura 2 representa o número de óbitos em gestantes no município do Rio de Janeiro desagregados por raça cor entre os anos de 2009 a 2019.

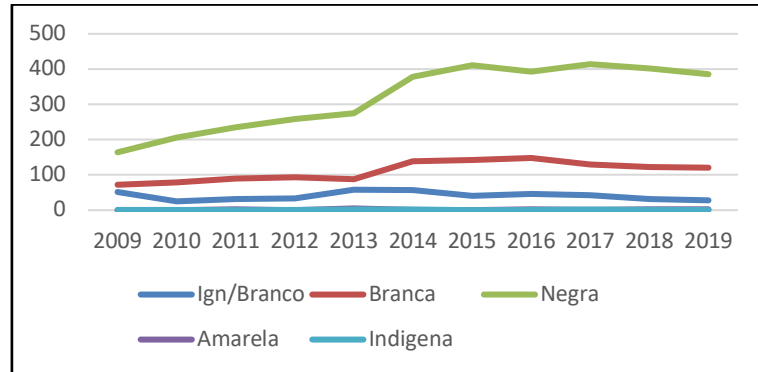
Ilustração 3. Óbito/Puerpério Sim até 42 dias, Sim de 43 dias a 1 ano – Município do Rio de Janeiro



Fonte: SMS/SUBPAV/SVS/CAS/GTDV - Sistema de Informações sobre Mortalidade -SIM

A figura 3 representa o número de óbitos no puerpério até 42 dias e de 43 a um ano no município do Rio de Janeiro desagregados por raça cor entre os anos de 2009 a 2019.

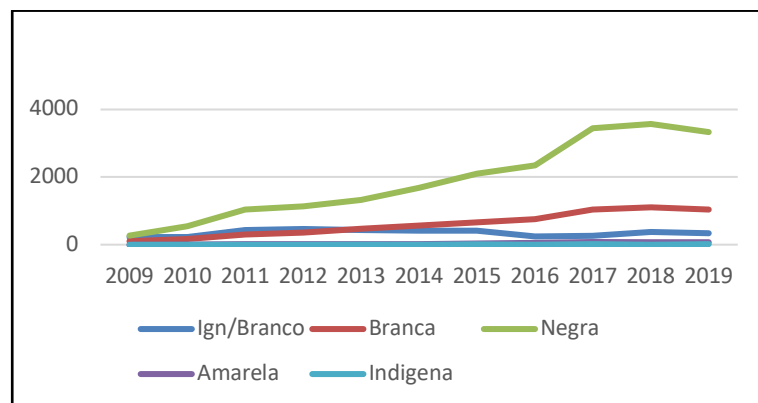
Ilustração 4. Gestante HIV+ - Quantidade de casos por Raça e Ano de início de sintomas - Município Notificação: Rio de Janeiro



Fonte: SMSRJ/SUBPAV/SVS/CAS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

A figura 4 representa o número de óbitos em gestantes no município do Rio de Janeiro desagregados por raça cor entre os anos de 2009 a 2019.

**Ilustração 5. Sífilis em gestante - Quantidade de casos por Raça e Ano de início de sintomas - Município Notificação: Rio de Janeiro**



Fonte: SMSRJ/SUBPAV/SVS/CAS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

A figura 5 representa o número de diagnóstico de sífilis em gestantes no município do Rio de Janeiro desagregados por raça cor entre os anos de 2009 a 2019.

#### 4.6 INDICADORES DO PPA

O indicador é um instrumento capaz de medir o desempenho do programa visando à concretização dos objetivos pretendidos. São mensurados, sempre que oportuno, por indicadores conforme estabelecido no Plano Plurianual. E sempre que possível, considerarão a perspectiva de gênero. Nota-se que não há referência a demonstração de dados desagregados por raça cor. A seguir apresentamos alguns exemplos selecionados de indicadores disponíveis no período estudado, relativos à linha de cuidado da mulher.

Tabela 6 - Indicador - Taxa de mortalidade materna 2011

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2011</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2013</b>
62,25	51,9	40,66

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2011 / Elaboração Própria

Tabela 7 - Indicador - Taxa de mortalidade materna 2012

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2012</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2013</b>
62,25	53,4	40,66

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2012 / Elaboração Própria

Tabela 8 - Indicador - Taxa de mortalidade materna 2013

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2011</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2012</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2013</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2013</b>
62,25	51,9	53,4	63,5	40,66

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2013 / Elaboração Própria

Tabela 9 - Indicador - Taxa de tratamento adequado da sífilis na gestação 2014

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2014</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2017</b>
74,1	83,3	95

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2014 / Elaboração Própria

Tabela 10 - Indicador: Taxa de gestantes que tiveram seus bebês nas suas maternidades de referência da Rede Municipal 2014

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2014</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2017</b>
N/D	50	80

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2014 / Elaboração Própria

Tabela 11 - Indicador: Taxa de Mortalidade Materna 2014

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2014</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2017</b>
62,25	72,8	40,66

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2014 / Elaboração Própria

Tabela 12 - Indicador - Taxa de tratamento adequado da sífilis na gestação 2015

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2015</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2017</b>
74,1	91,3	95

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2015 / Elaboração Própria

Tabela 13 - Indicador: taxa de gestantes que tiveram seu bebe na sua maternidade de referência da rede Municipal 2015

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2015</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO 2017</b>
N/D	68	80

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2015 / Elaboração Própria

Tabela 14 - Indicador: Taxa de Mortalidade Materna 2015

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ÍNDICE ALCANÇADO 2015	ÍNDICE ESPERADO 2017
62,25	70,14	40,66

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2015 / Elaboração Própria

Tabela 15 - Indicador - Taxa de tratamento adequado da sífilis na gestação 2016

ÍNDICE DE REFE- RÊNCIA	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2014	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2015	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2016	ÍNDICE ESPERADO 2017
74,1	83,38	91,3	94	95

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2016 / Elaboração Própria

Tabela 16 - Indicador: Taxa de gestantes que tiveram seus bebês na sua maternidade de referência da rede Municipal 2016

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2014	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2015	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2016	ÍNDICE ESPERADO 2017
N/D	50	68	68	80

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2016 / Elaboração Própria

Tabela 17 - Indicador: Taxa de Mortalidade Materna 2016

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2014	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2015	ÍNDICE ALCAN- ÇADO 2016	ÍNDICE ESPERADO 2017
62,25	72,8	70,4	71,6	40,66

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2016 / Elaboração Própria

Tabela 18 - Indicador - Taxa de tratamento adequado da sífilis na gestação 2017

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ÍNDICE ALCANÇADO 2014	ÍNDICE ALCANÇADO 2015	ÍNDICE ALCANÇADO 2016	ÍNDICE ALCANÇADO 2017	ÍNDICE ESPERADO 2017
74,1	83,38	91,3	94	92,9	95

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2017 / Elaboração Própria

Tabela 19 - Indicador: taxa de gestantes que tiveram seus bebês na sua maternidade de referência da rede Municipal 2017

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ÍNDICE ALCANÇADO 2014	ÍNDICE ALCANÇADO 2015	ÍNDICE ALCANÇADO 2016	ÍNDICE ALCANÇADO 2017	ÍNDICE ESPERADO 2017
N/D	50	68	64	69	80

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2017 / Elaboração Própria

Tabela 20 - Indicador: Taxa de Mortalidade Materna 2017

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ÍNDICE ALCANÇADO 2014	ÍNDICE ALCANÇADO 2015	ÍNDICE ALCANÇADO 2016	ÍNDICE ALCANÇADO 2017	ÍNDICE ESPERADO 2017
62,25	72,8	70,4	71,6	86,4	40,66

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2017 / Elaboração Própria

Tabela 21 - Indicador: Número de Óbitos Maternos 2018

ÍNDICE DE REFERÊNCIA	ALCANÇADO 2018	ÍNDICE ESPERADO
64	50	47

**Fonte:** Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2018 / Elaboração Própria



Tabela 22 - Indicador: Taxa de gestantes que tiveram seus bebês na sua maternidade de referência da rede municipal 2018

<b>ÍNDICE DE REFERÊNCIA</b>	<b>ÍNDICE ALCANÇADO 2018</b>	<b>ÍNDICE ESPERADO</b>
64	70,7	80

Fonte: Relatório de Gestão e Avaliação - Exercício 2018 / Elaboração Própria

#### 4.7. DISCUSSÃO

A discussão a respeito da representação da saúde da mulher negra no planejamento e ações governamentais do município do Rio de Janeiro, tendo por base a desvantagem histórica em seu perfil de saúde é importante para evidenciar que a universalização da mulher pode silenciar opressões vividas por mulheres negras.

Em janeiro de todos os anos, o prefeito da cidade do Rio de Janeiro divulga um decreto com no uso a atualização do plano plurianual de cada período. Dos objetivos propostos a melhora da qualidade do serviço é prioridade nas três gestões.

Nas diretrizes relacionadas a saúde no primeiro quadriênio não há indícios de um olhar interseccional sobre o problema, as propostas de ações estão generalizadas, focadas na melhoria e universalização sem equidade.

O segundo quadriênio cita as desigualdades de renda e classe como alvo de ações para aumento da expectativa de vida.

O terceiro quadriênio une Assistência Social e Saúde em uma única dimensão, diferente dos outros que trazem separado. Para a promoção da cidadania, satisfação do usuário e uso eficiente dos recursos preconiza-se respeito a diversidade da população. Diversidade religiosa, sexual e racial.

Alerto que a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra é um texto base para acesso dos gestores das três instancias de governo e tem elencado diretrizes, objetivos gerais e específicos que podem ser acessados e implementados para viabilizar a redução das iniquidades raciais no sistema de saúde.

Nos PPAs avaliados, apesar de propuserem a melhoria da qualidade do serviço, ações antirracistas no sistema de saúde municipal não entram de forma explícita como objetivos de governo. Mediante ao tipo de racismo praticado no Brasil, o racismo por denegação, é necessário um posicionamento firme e explícito acerca do problema. Diretrizes da PNSIPN como “a inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra

nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” e a “implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo” são exemplos de diretrizes que impactariam na qualidade do cuidado, desde que contempladas nas agendas de governos.

O objetivo Geral da PNSIPN “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS” exige proposições de medidas de forma clara, objetiva e transparente para a sociedade.

As metas relacionadas ao cuidado da mulher nos três quadriênios envolvem a redução de mortalidade materna. Planejamentos estratégicos propostos no primeiro e segundo quadriênio avaliados visavam a redução da mortalidade materna; a ampliação da cobertura da Saúde da Família; a criação de plano de excelência para Urgência e Emergência; a criação unidades de Pronto Atendimento; e a manutenção e aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família. Mais uma vez ações que contemplem as desigualdades raciais, baseadas na PNSIPN não foram encontradas.

Os números de mortalidade materna para mulheres negras são alarmantes. Vítimas de violência obstétrica, o Rio de Janeiro tem o cenário mais crítico que o nacional segundo o Dossiê de Justiça Reprodutiva 2020-2021 (CRIOLA, 2021). Dados desse dossiê mostram que mulheres negras representam 74% das mortes maternas no ano de 2019. Em relação ao acesso ao pré-natal, mulheres pretas apresentam maior déficit que mulheres brancas, cerca de 73% acessam as ações de pré-natal, já para mulheres brancas o número sobe para 84,2%.

Segundo Werneck (2026), as taxas de mortalidade materna se relacionam diretamente ao acesso ao serviço público de saúde assim como a qualidade do serviço ofertado. Através de consultas pré-natal, acima de sete consultas, exames físico e laboratorial como preconizado em protocolo, muitas mortes poderiam ser evitadas.

As informações do PPA não estão desagregadas por raça / cor. No ano de 2010, o mesmo apresenta indicadores para mortalidade materna. Do ano de 2011 a 2017, os indicadores eram medidos por percentagem. O número de mortes ficou acima do esperado em todos os anos desse período. No ano de 2018 deixam de usar taxa de mortalidade materna para usar o número de óbitos como indicador e que também ficou acima do esperado. Nos anos de 2019, 2020 e 2021 não estão disponíveis os relatórios de Execução

Física e Financeira como previsto na lei.

A não disposição dos dados desagregados por raça/cor não apenas dificulta a análise dos resultados em relação as iniquidades raciais, como também não as explicitam.

Os demais indicadores apenas por recorte de gênero identificado foi tratamento da Sífilis na gestação. Nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013 e 2018 esses indicadores não foram descritos no relatório. O ano de 2014 a 2017 os indicadores se aproximaram dos índices esperados, contudo, mais uma vez não há informação desagregada por raça/cor para avaliar a situação da mulher negra.

O terceiro e último indicador por recorte de gênero é a taxa de gestantes que tiveram seu bebe na sua maternidade de referência da rede municipal. Somente os relatórios de 2015 a 2018 tem esse dado. Em nenhum desses anos de gestão, o índice esperado foi alcançado e os dados seguem não desagregados por raça/cor dificultando avaliar a possível peregrinação de mulheres negras para terem seus bebês.

A informação desagregada por raça / cor está nos formulários de saúde desde 1996. Devido ao preenchimento incorreto ou insuficiente foi instituído a portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que padroniza e torna obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS, conforme a classificação do IBGE, que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena. Programas estratégicos para melhorar a qualidade dos dados não está nos PPAs.

## 5 CONCLUSÃO

De modo geral constatamos nesse estudo que o racismo se expressa no planejamento da gestão através da ausência de mulheres negras explicitamente nomeadas enquanto prioridade de governo. Não foi possível identificar iniciativas nítidas que possam atender e contemplar. O conjunto dos indicadores apresentados apontam para a inequívoca desvantagem das condições de saúde da mulher negra, expondo assim o conseqüente descompasso em relação a agenda governamental, dada a sua não priorização nas políticas e programas de saúde.

Para avaliar a atenção de saúde em relação aos seus alcances e sua organização, o objeto deve ser devidamente explicitado e recortado. Nesse estudo, tentei analisar algumas condições e diretrizes de políticas a partir do recorte de gênero e raça. Os aspectos considerados nessa análise foram as ações de saúde voltadas para a saúde da mulher negra a nível municipal.

A eficiência e efetividade para ações antirracistas devem estar traduzidas operacionalmente nos serviços de saúde. Os indicadores auxiliam avaliar o nível de desempenho a ser alcançado, se o grau de sucesso alcançado foi satisfatório. Os dados epidemiológicos são evidências que auxiliam a avaliar se houve sucesso nas ações governamentais.

Intervenções propostas podem não surtir o efeito esperado. Diferentes intervenções podem ser investidas para trabalhar um problema. Todos os anos, o PPA passa por revisões e atualizações, contudo, não foi identificado novas ações em prol da saúde da mulher negra.

Uma comissão formalmente composta para definir as prioridades no planejamento de ações para a saúde da população negra, com reuniões regulares e evidências científicas adequadas é representada pelo Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Rio de Janeiro, que não faz parte da estrutura orçamentária da SMS.

O cenário de mortalidade materna de mulheres negras é a evidência de que os princípios da eugenia ainda operam pelas vias do Estado. A mortalidade materna é um problema interseccional que precisa de uma resposta do poder executivo local.

A universalização da mulher emudece o clamor de mulheres negras pela vida. A interseccionalidade é uma sensibilidade analítica que nos auxilia a não escamotear opressões vivida por grupos racialmente produzidos.

Indicadores sociais estão diretamente relacionados ao processo saúde e doença e

impactam nas condições de vida de mulheres negras. O processo histórico colonial brasileiro coloca mulheres negras em situação de extrema vulnerabilidade. Assim como no tempo da escravidão e da primeira fase da saúde pública brasileira, o acesso aos cuidados de saúde é precário, mantendo a mulher negra a um patamar de condições de vida o suficiente para que ela seja explorada economicamente sem chegar a nível de bem-estar.

Mesmo com sistema de saúde universal barreiras de acesso, atendimento precário a corpos negros mantém a premissa de que somos descartáveis. O mito da democracia racial é convocado quando atores discutem a relevância de uma política para a saúde integral da população negra. Não propor novas estratégias é garantia de manutenção de privilégios para alguns em detrimento de outros.

Aprovação da PL 873/2021 pode significar mudanças estruturais no planejamento da saúde do Município do Rio de Janeiro. Ela vai ajudar na identificação do problema a ser solucionado pela ação pública e tornar a PNSIPN eficiente na gestão municipal.

Os relatórios de gestão e avaliação de cada ano de exercício é a comunicação sobre o que foi feito, e a meta que foi atingida ou não. O primeiro problema apresentado é o demonstrativo de desempenho das iniciativas estratégicas por área de resultado os dados não serem apresentados desagregadas por etnia raça/ cor. Essa forma de apresentar os dados é fundamental para o compromisso da equidade.

Os resultados em relação a linha de cuidado de saúde da mulher não atingiram a meta e não havia descrição da justificativa. Houve aumento de leitos, reforma de unidades de emergências, ampliação de prontuário eletrônico nas unidades, redução do tempo de espera por atendimento entre outros. Mas, e a mortalidade materna de mulheres negras?

A não representação das demandas de saúde de mulheres negras nos PPAs municipais é uma hipótese angustiante contudo esperada. O governo municipal deve traduzir as prioridades de saúde em ações. As prioridades são informadas pelo problema. A pergunta que pode então ser feita é: desigualdades raciais no campo saúde entre mulheres negras e brancas são reconhecidas como um problema para a gestão municipal? Esse estudo aponta que não! O racismo por denegação, o mais praticado no Brasil, se sustenta no silenciamento e apagamento do debate sobre o racismo.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Carta ao Ministério da Saúde sobre a informação raça/cor nos sistemas de informação da Covid-19**. 25 abr. 2020. ABRASCO. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/carta-ao-ministerio-da-saude-sobre-a-informacao-raca-cor-nos-sistemas-de-informacao-da-covid-19/47320/>. Acesso em: 31 out. 2020.

ABRASCO. **Nota da Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos**. 18 nov. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/38190/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte, MG: Letramento, 2018 (Feminismos plurais).

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte - MG: Letramento, 2018 (Feminismos plurais).

AZEVEDO, T. de. **As elites de cor: um estudo de ascensão social**. São Paulo: Editora Nacional, 1955. Disponível em: <https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/483/1/282%20PDF%20-%20OCR%20-%20RED.pdf>. Acesso em: 24 maio 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, [S. l.], v. 18, p. 33–40, set. 2004.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017001300302lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001300302lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 2 ago. 2020.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. **Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6ª edição. São Paulo: Editora Vozes, 2014.

BITTENCOURT, C. **Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS**. 28 nov. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/campanha-mobiliza-populacao-contra-o-racismo-no-sus>. Acesso em: 5 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. 344. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 1 fev. 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em: 1 abr. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 3°. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL (Org.). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed., 2a. reimp. Brasília, DF: Editora MS, 2011 (Série C--Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. **Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm). Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 11.340. Lei nº 11.340. Lei Maria da Penha** - Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 1.678, de 13 de agosto de 2004**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678\\_13\\_08\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html). Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Constituição Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 25, de 15 de maio de 1985**. 15 maio 1985. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc\\_anterior1988/emc25-85.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc25-85.htm). Acesso em: 13 mar. 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 7.967, de 18 de setembro de 1945**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7967-18-setembro-1945-416614-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 dez. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. 24 jan. 1923. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682-1923.htm). Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 3.270, de 28 de setembro de 1885.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM3270.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3270.htm). Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 3.029, de 09 de janeiro de 1881.** Reforma a legislação eleitoral. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-3029-9-janeiro-1881-546079-publicacaooriginal-59786-pl.html>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 2.040, de 28 de setembro de 1871.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim2040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim2040.htm). Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 581, de 04 de setembro de 1850.** Estabelece medidas para a repressão do tráfico de africanos neste Império. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim581.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim581.htm). Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Código Criminal. Lei de 16 de Dezembro de 1830.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm?TSPD\\_101\\_R0=3f5fc1e5550d893e8b22bd2f755cff55qoA0000000000000000e8c0e4baffff00000000000000000000000612a0bb5005d0b749808282a9212ab20005315dabafef199cc1c8b06e101f610b9dec2ee00e21ba38cec3c3ef312cb5f5408905fdcf50a2800b7417335c9425517decece26d48e123f6b4f2f9baeddf6b3a23af7ba1deb47d05b64e36f6f4155ff](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm?TSPD_101_R0=3f5fc1e5550d893e8b22bd2f755cff55qoA0000000000000000e8c0e4baffff00000000000000000000000612a0bb5005d0b749808282a9212ab20005315dabafef199cc1c8b06e101f610b9dec2ee00e21ba38cec3c3ef312cb5f5408905fdcf50a2800b7417335c9425517decece26d48e123f6b4f2f9baeddf6b3a23af7ba1deb47d05b64e36f6f4155ff). Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. **Lei de 7 de Novembro de 1831.** Declara livres todos os escravos vindos de fora do Império, e impõe penas aos importadores dos mesmos escravos. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei\\_sn/1824-1899/lei-37659-7-novembro-1831-564776-publicacaooriginal-88704-pl.html](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37659-7-novembro-1831-564776-publicacaooriginal-88704-pl.html). Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil 1824.** Constituição Política do Império do Brasil, elaborada por um Conselho de Estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I, em 25.03.1824. 25 mar. 1824. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRAZ, R. M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 37, p. 554–562, dez. 2013.

BUARQUE, C. **Dez Dias de Maio em 1888.** 3º. Brasília: Senado Federal, 2016.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 4930 de 22 de outubro de 2008.** Passa a ser obrigatória a inclusão da informação “raça” em todos os formulários de saúde do Município do Rio de Janeiro. 22 out. 2008. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/253000/lei-4930-08>. Acesso em: 28 dez. 2021.

CAMPOS, L. R. **Sociedade Protetora dos Desvalidos: Mutualismo, Política e Identidade Racial em Salvador (1861-1894). Dissertação (Mestrado em História).** Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018. 127 f. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/27214/1/CAMPOS%2c%20Lucas%20Ribeiro.%20Sociedade%20Protetora%20dos%20Desvalidos..pdf>. Acesso em: 26 dez. 2021.



- CARNEIRO, S. A batalha de Durban. **Escritos de uma vida**. [S. l.: s. n.], 2019a.
- CARNEIRO, S. Gênero Raça e ascensão social. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Pólen Livros, 2019b.
- CARNEIRO, S. Mulher Negra. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Pólen Livros, 2019c. p. 296.
- CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 17, p. 117–133, dez. 2003.
- CARNEIRO, S. O matriarcado da miséria. In: CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. 1ª. [S. l.]: elo Negro Edições, 2011.
- CASA OSWALDO CRUZ. Saúde Internacional e as origens da OMS. 9 nov. 2011. **Casa Oswaldo Cruz**. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/319-saude-internacional-e-as-origens-da-oms>. Acesso em: 23 dez. 2021.
- CEBES. **A questão democrática na área da saúde**. [S. l.], out. 1979. Disponível em: <https://cebes.org.br/a-questao-democratica-na-area-da-saude/17754/>. Acesso em: 23 dez. 2021.
- CÉSAIRE, A. **Discurso sobre o Colonialismo**. 1. ed. Sao Paulo: Veneta, 2020.
- CFM. **CFM repudia campanha do governo sobre preconceito no SUS** |. 27 nov. 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo/>. Acesso em: 5 jan. 2022.
- CHALHOUB, S. **Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- COELI, C. M. *et al.* Sistema de Informação e Saúde. **Epidemiologia**. 2º. Saõ Paulo: Atheneu, 2009. p. 676.
- COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. 1º. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.
- COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1ª edição. Sao Paulo: Boitempo, 2021.
- COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SMS-RJ. Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no município do Rio de Janeiro. **REVSF. Revista Saúde em Foco**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 66–74, jun. 2020.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.
- CRIOLA. **Dossiê Mulheres Negras e Justiça reprodutiva**. [S. l.]: Criola, 2021.

DAMASCO, M. S. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde).** Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009. 162 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6132>. Acesso em: 27 dez. 2021.

DAVIS, A. Y. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DOMINGUES, P. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**, [S. l.], v. 12, n. 23, p. 100–122, 2007.

ESTADÃO ACERVO. A destruição dos documentos sobre a escravidão - Notícias. **Estadão**, [S. l.], São Paulo, 14 dez. 2015. Disponível em: <http://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,a-destruicao-dos-documentos-sobre-a-escravidao-,11840,0.htm>. Acesso em: 30 dez. 2021.

EVARISTO, C. **A Escrivivência e seus subtextos. Escrivivência: a escrita de nós. Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo.** 1. ed. Rio de Janeiro: MINA Comunicação e Arte, 2020. p. 282.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas.** Salvador: EDUFBA, 2008.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes.** São Paulo: Biblioteca Azul, 2008.

FLORENTINO, M. **Em costas negras: uma história do tráfico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro, séculos XVIII e XIX.** 1º. São Paulo: Companhia das letras, 1997.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2020**, n. 14. São Paulo: [s. n.], 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

FRANCO, C. M. et al. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 9, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000905012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905012&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 5 jan. 2022.

FREIRE, A. Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro. **Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro**, [S. l.], Rio de Janeiro, 25 out. 2007. Disponível em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL155710-5601,00-CABRAL+DEFENDE+ABORTO+CONTRA+VIOLENCIA+NO+RIO+DE+JANEIRO.html>. Acesso em: 30 nov. 2021.

GELEDES. **O matriarcado da pobreza, por Sueli Carneiro.** Disponível em: <[https://www.geledes.org.br/o-matriarcado-da-miseria/?gclid=Cj0KCQiAubmPBhCYARIsAJWN-piNY7LWdMWjdYz4Fb118qI\\_1VgB41kN4tISCb7boVLfcCl0OsTsmnzgaAtB6EALw\\_wcB](https://www.geledes.org.br/o-matriarcado-da-miseria/?gclid=Cj0KCQiAubmPBhCYARIsAJWN-piNY7LWdMWjdYz4Fb118qI_1VgB41kN4tISCb7boVLfcCl0OsTsmnzgaAtB6EALw_wcB)> Acesso em: 30 nov. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Sistema de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GOMES, L. **Escravidão - Volume 2: Da corrida do ouro em Minas Gerais até a chegada da corte de dom João ao Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Globo Livros, 2021 (Uma história da escravidão no Brasil, 2).

GONZALEZ, L. **Alô, alô, Velho Guerreiro! Aguele abraço! Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar : Editora Schwarcz, 2020a.

GONZALEZ, L. **Cultura, etnicidade e trabalho: Efeitos lingüísticos e políticos da exploração da mulher. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar : Editora Schwarcz, 2020b.

GONZALES, L. **A mulher negra na sociedade brasileira: Uma abordagem político-econômica. Por um feminismo afro-latino-americano**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2020c. p. 376.

GONZALES, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**. N. 92/93, p. 68–82, 1988.

GONZALES, L. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. [S. l.], , p. 223–244, 1984.

GONZALES, L. **A mulher negra na sociedade brasileira. Uma abordagem político-econômica. O lugar da mulher, estudos sobre a condição feminina na sociedade atual**. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1982. p. 89–106.

HALL, S. A. **Questão Multicultural. Da Diáspora - Identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte - MG: UFNG, 2018. p. 480.

HOCHMAN, G. **“O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek**. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 16, p. 313–331, jul. 2009.

HOCHMAN, G. et al. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. Repensando o Estado Novo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 345.

IBGE. **Censo 2022 | IBGE. 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 15 mar. 2022.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2019. p. 12. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>. Acesso em: 31 out. 2020.

IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=sobre>. Acesso em: 17 nov. 2020.

IBGE. **Manual do Recenseador**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc2311.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2311.pdf). Acesso em: 28 nov. 2021.

IPEA. **Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Ante**. Brasília: Ipea, 2018. v. 1.

KARASCH, M. C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro: (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. 1º. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

KOBAYASHI, E. et al. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. **Sociologias**, [S. l.], n. 22, p. 314–351, dez. 2009.

KRIPKA, R. M. L. et al. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 55, 24 nov. 2015.

LIMA, L. D. de et al. Médicos, política e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, p. 1-3, jan. 2019.

LIMA, N. T. et al. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da primeira república. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Cultural Banco do Brasil : Editora FIOCRUZ, 1996. p. 23-40.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto Saúde, 2004. p. 53–101.

LORD, A. Idade, raça, classe e sexo: as mulheres redefinem a diferença. **Irma Ousider**. 1ª edição. Belo Horizonte - MG: Autêntica, 2019. p. 240.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 935–952, set. 2014.

MAIO, M. C. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 14, p. 141–158, out. 1999.

MARTINS, B. C. R. O aleitamento mercenário: os saberes médicos e o mercado de trabalho das amas de leite (Rio de Janeiro, 1850-1884). **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016. p. 312.

MBEMBE, A. **Políticas da Inimizade**. 1. ed. [S. l.]: N-1 Edições, 2021.

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. 3. ed. [S. l.]: N-1 Edições, 2018a.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. [S. l.]: n-1edicoes, 2018b.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 2021. **Michaelis On-Line**. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=OWQE>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MIGNOLO, W. D. COLONIALIDADE: O LADO MAIS ESCURO DA MODERNIDADE. trad. Marco Oliveira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 32, n. 94, p. 01, 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo : Rio de Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 2014 (Saúde em debate, 46).

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2016.

MONTEIRO, S. et al. Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil (1995-2006). **Raça: novas perspectivas antropológicas**. 2a ed. rev. Salvador: ABA : EDUFBA, 2008. p. 121–149.

MORAES, I. H. S. de. Sistema de Informações em Saúde: patrimônio da sociedade brasileira. **Saude Coletiva: teoria e prática**. 1ª edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 720.

MORAES, I. H. S. Sistema de Informações em Saúde: patrimônio da sociedade brasileira. *In*: PAIM, J. S. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro, RJ: MedBook Editora Científica Ltda, 2014. p. 649–665.

MORAIS, H. M. M. de *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, 5 fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. 2ª edição. São Paulo, SP, Brasil: Perspectiva, 2019 (Palavras negras).

MOURA, C. **Dicionário da escravidão negra no Brasil**. São Paulo, SP, Brasil: Edusp, 2004.

MUNANGA, K. **Negritude: Usos e sentidos**. 4. ed. Belo Horizonte - MG: Autentica, 2019.

NASCIMENTO, B. A mulher Negra no Mercado de Trabalho. **Jornal Última Hora**, [S. l.], Rio de Janeiro, 25 jul. 1976.

NASCIMENTO, B. Negro e racismo. **Revista de Cultura Vozes.**, [S. l.], v. 68, n. n. 7, p. 65–68, 1974.

NASCIMENTO, A. do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 2016.

NASCIMENTO, A. do. **O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista**. 3a edição. São Paulo, Perspectiva, 2019.

NEGRAS, M. das M. Carta da Marcha das Mulheres Negras. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 327–338, 31 jul. 2021.

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. **Tempo Social**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 287–308, jun. 2007.

OLIVEIRA, J. P. A. et al. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 2719–2727, set. 2016.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946** [S. l.], 22 jul. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 10 out. 2021.

OPAS. **Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade**. [S. l.], 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

OYĒWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres: Construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

PAIM, J. S. DIREITO A SAÚDE, CIDADANIA E ESTADO. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 15.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 1º. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PETRUCCELLI, J. L. (Org.). Raça, identidade, identificação: Abordagem histórica conceitual. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Estudos e análises. Informação demográfico e socioeconômica. 1. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

PINTO, E. A. et al. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1144–1145, out. 2002.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 21, p. 1087–1101, 21 ago. 2017.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Plano Plurianual (Consulta)**. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/plano-plurianual>. Acesso em: 27 dez. 2021.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e a América Latina. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais ? Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, Consejo, Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. . Acesso em: 24 nov. 2020.

RAMOS, A. L. P. et al. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, p. e00089118, 8 abr. 2019.

RODRIGUES JUNIOR, L. R. Pedagogia das Encruzilhadas. **Periferia**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 71–88, 12 abr. 2018.

ROSÁRIO, C. A. et al. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, p. 17–31, maio 2020.

SANTOS, R. V. et al. Qual “retrato do Brasil”? Raça, biologia, identidades e política na era da genômica. **Raça: novas perspectivas antropológicas**. 2a ed. rev. Salvador: ABA : EDUFBA, 2008. p. 83–119.

SANTOS, S. P. Movimento de Mulheres Negras no Brasil: Rompendo com os silenciamentos e protagonizando vozes. **Revista de Ciências do Estado**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 1–22, dez. 2020.

SANTOS, Y. L. dos. Que lancem todos os dias os nomes, empregos e mais sinais: circulação escrava e tentativas de controle estatal nas leis municipais do Rio de Janeiro e de Havana na década de 1830. **Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**, [S. l.], n. 9, p. 31–47, set. 2015.

SÁ-SILVA, J. R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1. jun. 2009.

SILVA, B. Requerimento (CN) nº 796, de 1991. **CPMI - ESTERILIZAÇÃO DA MULHER**. [S. l.], 1991. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4350842&ts=1593993109737&disposition=inline>. Acesso em: 27 dez. 2021.

SILVA, M. T. N. da et al. Enfermagem: tendências e novos desafios. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 181–188, mar. 2002.

SMS RIO DE JANEIRO. **Resolução SMS nº 1298 de 10 setembro de 2007**. n 1298. 10 set. 2007.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 2 edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

STEPAN, N. L. Eugenia no Brasil, 1917-1940. **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

TOSE, G. M. **O Programa Mais Médicos e sua repercussão na mídia (2013-2014)**. Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em Direito. Universidade Brasília. Brasília, 2017. 62 p. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/18940>. Acesso em: 5 jan. 2022.

VIEIRA, A. **Essencial Padre Antônio Vieira**. São Paulo, SP: Penguin : Companhia das Letras, 2011 (Penguin Companhia. Clássicos).

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016a.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra Institutional racism and black population health. **São Paulo**, [S. l.], Werneck, Jurema; Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Comunicação. Rio de Janeiro. BR, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016b.

WERNECK, J.; IRACI, N. **A situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras no Brasil violências e violações**. Rio de Janeiro: Criola, 2026. Disponível em: <http://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Dossie-Mulheres-Negras-.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2022.