

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Marcélia Alves de Souza Martins

**Avaliação da percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Marcélia Alves de Souza Martins

**Avaliação da percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro**

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 Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Egléubia Andrade de Oliveira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Assessment of black women's perception of access to Primary Health Care services in the city of Rio de Janeiro.

M386a Martins, Marcelia Alves de Souza.

Avaliação da percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro / Marcelia Alves de Souza Martins. -- 2022.

92 f. : il. color.

Orientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Coorientadora: Egléubia de Oliveira Andrade.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.

Bibliografia: f. 15-85.

1. Saúde da Mulher. 2. Negros. 3. Racismo Sistêmico. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348

Biblioteca de Saúde Pública

Marcélia Alves de Souza Martins

**Avaliação da percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro**

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 Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Aprovada em: 12 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Celso, de Moraes Vergne  
Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Ferro do Lago  
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Egléubia de Oliveira Andrade (Coorientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

A minha gratidão não cabe em palavras. Ela é indescritível. Ela vem do passado, está no presente e permanecerá. Ela é conjugada em vários tempos. Ela é dinâmica. É processo e não para de crescer. Alimenta-se de emoções toda vez que me lembro das alegrias e das dores acumuladas na travessia entre a seleção e conclusão do mestrado. A minha gratidão expressa sentimentos compartilhados, construídos coletivamente nas relações que marcaram meu cotidiano, sobretudo, nos últimos anos.

Por isso, agradeço com muita alegria a todas as pessoas que me fortaleceram e me apoiaram na construção desta pesquisa. Primeiramente, minha gratidão a minha família, ao meu marido Marcos Valério e aos meus filhos João Marcos e Ester Martins, por todo o companheirismo, a cumplicidade, respeito, estímulo, abrigo acolhedor, amor vivo e crescente. Agradeço aos meus pais, Reginaldo Ferreira com quem aprendi a sonhar e, a Creuza Alves de quem herdei a coragem e a disposição para lutar pelos sonhos. Também, a minha grande amiga Aline Vidal, companheira fiel e incansável, sempre acreditando nas minhas possibilidades e me animando a superar os meus limites, contribuindo para ampliação das minhas reflexões. Encontrei apoio e estímulo em Kelly Vidal e Ivone Vidal, onde em sua casa acolhedora e afetuosa me debrucei a estudar para a elaboração do trabalho de pesquisa. Agradeço ao amigo Marco Aurélio pelo apoio desde a fase de seleção até a dissertação para construção de reflexões e compartilhamento de saberes.

Agradeço às minhas orientadoras, Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Prof.<sup>a</sup> Dra. Egléubia Andrade de Oliveira pela paciência, dedicação, compartilhamento de saberes e as valiosas contribuições para adequação desta pesquisa. Agradeço a Prof.<sup>a</sup> Regina Ferro do Lago e ao Prof. Celso Vergne, pela disposição para participar da banca de defesa e contribuir com seus conhecimentos para a ampliação de reflexões e o debate de um tema ainda pouco explorado na saúde: a questão racial. Agradeço a todos (as) professores (as) e servidores (as) do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, envolvidos na formação dos mestrandos, especialmente às Professoras Elyne Engstrom e Adriana Coser.

Agradeço o encontro feliz com Patrícia Trápaga e Renata Antunes que se tornaram importantes parceiras em todos os exercícios acadêmicos e na caminhada durante o mestrado, com elas aprendi e desenvolvi muitos trabalhos e reflexões, e o sentimento de gratidão. Agradeço às minhas amigas Ana Paula Estevão, Andris Tibúrcio, Marta Ribeiro, minhas “ANJAS” sempre presentes! Gratidão pela amizade que construímos umas pelas outras. As amigas, mulheres pretas potentes, Luciene Lacerda e Izaide Ribeiro que contribuíram, com

extrema generosidade, indicando bibliografias e ampliando o debate da pesquisa. Especial gratidão às mulheres que participaram desta pesquisa, muito amor e esperança para dias melhores!

Enfim, sou grato por tudo que vivi, até onde cheguei e pela vontade de seguir com fé na vida: porque eu posso todas as coisas. Naquele que me fortalece!

*Amar a negritude como resistência política transforma nossa maneira de olhar e ser e, assim, cria as condições necessárias para nos movermos contra as forças de dominação e morte e reivindicar a vida negra.*

(HOOKS, 2019, pág.53)

## RESUMO

A garantia constitucional ao acesso universal e equânime às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado à população negra a mesma qualidade de atenção ofertada à população branca. O acesso é condição importante para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade. As mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde. O objetivo da pesquisa consiste em avaliar o acesso das mulheres negras a uma Unidade de Saúde da Atenção Primária à Saúde na Área Programática 5.1-RJ. Metodologia: Trata-se de pesquisa avaliativa, do tipo exploratório e descritivo, qualitativa com abordagem colaborativa. Participaram mulheres autodeclaradas negras, maiores de 18 anos, cadastradas e em acompanhamento de matriciamento em Saúde Mental com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família. A pesquisa de campo por meio da realização de entrevistas, com roteiro semiestruturado. Resultados e Discussão: A percepção das mulheres negras sobre a interferência do quesito raça-cor e de manifestações de racismo na unidade de saúde trazem narrativas em que estão presentes a discriminação racial e o racismo institucional. Identificamos que o racismo se apresenta de forma invisível e está sutilmente enraizado no âmago das instituições e nas relações sociais, dificultando o acesso aos serviços de saúde, assim como a qualidade na atenção à saúde. Conclui-se que a análise a respeito da percepção das mulheres negras sobre as condições de acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, considerando as subdimensões de acolhimento, acessibilidade e disponibilidade, possibilitou observar que a organização da unidade de saúde apresenta nós críticos relacionados ao acesso e ao acolhimento comprometendo a oferta de atenção integral às mulheres negras. Apesar das narrativas de barreiras de racismo institucional, por outro lado as mulheres relatam que se sentem acolhidas em suas queixas e angústias, construindo vínculos com profissionais de saúde, de modo a criar um espaço de confiança e segurança. Desta forma, contribuindo para ressignificação da vida e do viver e, assim, para a prática de escuta ativa, considerando as percepções das usuárias sobre seu processo de adoecimento.

Palavras-chave: saúde da mulher negra; racismo institucional; atenção primária à saúde; acesso ao serviço à saúde.

## **ABSTRACT**

The constitutional guarantee of universal and equitable access to health actions and services has not ensured the black population the same quality of care offered to the white population. Access is an important condition for maintaining good health or for its restoration, although it is not the only factor responsible for a healthy and good quality life. Black women experience different types of racial and gender discrimination, which, when they intersect, compromise their insertion in society as a subject of rights, especially with regard to health. The goal is to evaluate the access of black women to a Health Unit of Primary Health Care in Program Area 5.1-RJ. Methodology: This is evaluative research, exploratory and descriptive, quantitative with a collaborative approach. Self-declared black women, over 18 years of age, registered and in follow-up of a matrix in Mental Health with the Nucleus Expanded to Family Health participated. Field research through interviews, with a semi-structured script. Results and Discussion: The perception of black women about the interference of race-color and manifestations of racism in the health unit, bring narratives in which racial discrimination and institutional racism are present. It is identified that racism appears invisibly and is subtly rooted in the heart of institutions and social relationships, making access to health services difficult, as well as quality in health care. It is concluded that the analysis regarding the perception of black women about the conditions of access to the services of Primary Health Care, considering the sub-dimensions of reception, accessibility and availability, made it possible to observe that the organization of the unit of health presents in the critics related to access and reception, compromising the offer of integral care to black women. Despite the narrative of barriers and institutional racism, on the other hand, women report that they feel welcomed in their complaints and anxieties, building bonds with health professionals, in order to create a space of trust and security. In this way, contributing to the resignification of life.

**Keywords:** black women's health; institutional racism; primary health care; access to health services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Figura 1 -  | Dimensões do Racismo.....  | 23 |
| Figura 2 -  | Linha Do Tempo.....  | 30 |
| Quadro 1 -  | Descrição das quatro gerações e suas características.....  | 33 |
| Figura 3 -  | Território da UBS.....   | 41 |
| Quadro 2 -  | Matriz de Informação.....  | 44 |
| Gráfico 1 - | Características sociodemográficas das mulheres negras.....   | 50 |
| Quadro 3 -  | Percepções das mulheres negras sobre as subdimensões: Acolhimento, acessibilidade e disponibilidade dos serviços ofertados na unidade de Atenção Primária à Saúde..... | 54 |
| Quadro 4 -  | Notificações da Plataforma do Acesso Mais Seguro da Secretaria Municipal de Saúde.....   | 59 |
| Quadro 5 -  | Percepções das mulheres negras sobre: barreira de acesso e motivos que levam a buscar os serviços de saúde ofertados na Atenção.....                                   | 60 |
| Quadro 6 -  | Percepção das mulheres sobre a interferência do quesito raça/cor no atendimento recebido na unidade de Atenção Primária à Saúde.....                                   | 65 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| AIDS    | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                                |
| AMNB    | Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras             |
| APS     | Atenção Primária à Saúde  |
| CDC     | Disease Control and Prevention  |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde  |
| CTSPN   | Comitê Técnico de Saúde da População Negra                            |
| ECR     | Equipe do Consultório na Rua  |
| ENSP    | Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca                        |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família  |
| EUA     | Estados Unidos da América   |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz   |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                       |
| IOM     | Institute of Medicine   |
| IPEA    | Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada                            |
| LASER   | Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais             |
| MS      | Ministério da Saúde   |
| M&A     | Monitoramento e Avaliação   |
| NASF    | Núcleo Ampliado de Saúde da Família                                   |
| ONG     | Organização Não Governamental   |
| ONU     | Organização das Nações Unidas   |
| PAISM   | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher                        |
| PE      | Prontuário Eletrônico   |
| PNAB    | Política Nacional da Atenção Básica                                   |
| PNAISM  | Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher               |
| PNPIR   | Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial                     |
| RI      | Racismo Institucional   |
| SEPPIR  | Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial               |
| SPM/PR  | Secretarias de Políticas para as Mulheres da Presidência da República |
| SUS     | Sistema Único de Saúde  |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                            |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde   |
| UFF     | Universidade Federal Fluminense                                       |

## SUMÁRIO

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 15 |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....   | 21 |
| 2.1      | OBJETIVO GERAL.....  | 21 |
| 2.2      | OBJETIVOS ESPECIFICOS.....   | 21 |
| <b>3</b> | <b>RACISMO ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL</b> .....  | 21 |
| 3.1      | PROCESSOS HISTORICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE<br>INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA .....  | 24 |
| 3.2      | MARCOS ESTRATÉGICOS: SAÚDE E VISIBILIDADE DA MULHER<br>NO BRASIL.....  | 28 |
| <b>4</b> | <b>AVALIAÇÃO</b> .....   | 32 |
| 4.1      | AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE.....  | 34 |
| 4.2      | ACESSO COMO DIMENSÃO DE VALORAÇÃO .....  | 35 |
| <b>5</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....   | 39 |
| 5.1      | TIPO DE PESQUISA.....  | 39 |
| 5.2      | CAMPO DE PESQUISA-CENÁRIO.....   | 40 |
| 5.3      | PARTICIPANTES DA PESQUISA.....   | 43 |
| 5.4      | ETAPAS DA PESQUISA.....  | 43 |
| 5.5      | TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....  | 45 |
| 5.6      | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....   | 46 |
| 5.7      | DIVULGAÇÃO DOS ACHADOS DA PESQUISA.....  | 46 |
| 5.8      | PILOTO DA PESQUISA.....  | 46 |
| <b>6</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 49 |
| 6.1      | CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES<br>NEGRAS INTREVISTADAS.....  | 49 |
| 6.2      | PERCEPÇÕES DAS MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO,<br>ACESSIBILIDADE E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS<br>OFERTADOS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....         | 53 |
| 6.3      | PERCEPÇÕES DAS MULHERES NEGRAS SOBRE BARREIRAS DE<br>ACESSO E MOTIVOS PARA BUSCAR OS SERVIÇOS OFERTADOS<br>NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE..... | 58 |
| 6.4      | PERCEPÇÕES DAS MULHERES NEGRAS SOBRE A   |    |

|   |  |    |
|---|--|----|
|   | INTERFERÊNCIA SOBRE O QUESITO RAÇA/COR NO ATENDIMENTO RECEBIDO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE..... | 63 |
| 7 | <b>DESAFIOS NA PESQUISA.....</b>   | 70 |
| 8 | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | 72 |
| 9 | <b>RECOMENDAÇÕES.....</b>  | 76 |
|   | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | 78 |
|   | <b>ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....</b>  | 86 |
|   | <b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>                                    | 88 |

## PRÓLOGO

A motivação para o desenvolvimento deste estudo tem relação com minha trajetória pessoal e profissional. Como mulher negra, que residiu boa parte da vida em uma comunidade sujeita às situações de vulnerabilidade comuns a um território marcado pela violência e exclusão social, as questões do racismo sempre atravessaram e afetaram minha existência. Minha trajetória como profissional de saúde, se inicia como Agente Comunitário de Saúde, o que possibilitou conhecer a organização e a oferta de serviços de saúde, além de ampliar meu olhar para a condição duplamente vulnerável, do racismo e sexismo das mulheres negras, que conduz à uma maior exposição às situações de violência, preconceito e exclusão, assim como de dificuldade de acesso à APS.

A implicação com o trabalho, principalmente da compreensão dos impactos das vulnerabilidades sociais para o agravamento da saúde da população periférica, me levou a cursar a faculdade de Serviço Social na Universidade Federal Fluminense (UFF), que possibilitou a aprender novos conhecimentos e ferramentas de cuidados, importantes para minha atuação como profissional de saúde. Após o término da graduação, pude atuar no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e na Equipe de Consultório na Rua (eCR), sempre numa das regiões de saúde do Município do Rio de Janeiro, a Coordenadoria da Área Programática - CAP 5.1.

Minha trajetória enquanto Assistente Social do NASF contabilizada por 5 anos, permitiu levantar as necessidades e realizar análise situacional dos territórios adscritos, análise dos indicadores sociodemográficos e, para além o monitoramento dos casos de violência, sob o viés racial em articulação com a Vigilância em Saúde, de modo a promover ações de promoção de saúde.

Na equipe do Consultório na Rua, pude trabalhar em uma equipe multiprofissional, cuja potência é o processo de trabalho orientado pelas necessidades de saúde da população em situação de rua, cuja finalidade é melhorar o acesso aos serviços de saúde, de uma população majoritariamente negra e atravessada por graves agravos em saúde pública, como a Tuberculose. Meu trabalho permitia ação-reflexão na identificação dos problemas de saúde no território da população em situação de rua. Minha principal atuação era buscar romper estigmas, de forma a ampliar o acesso a população em situação de rua à rede de saúde, corroborando com discussões em reuniões de rede: fóruns, supervisões e colegiados gestores, e o matriciamento das equipes de Saúde da Família, estimulando parcerias intersetoriais,

abarcando as linhas de cuidado previstas na APS, efetivando direitos e ampliando o cuidado a pessoa em situação de rua.

Diante dessa trajetória na APS, como Assistente Social, assim como a relação com meu território de moradia, fui convidada para assumir a Gerência de uma Unidade Básica de Saúde, o que me trouxe uma nova perspectiva diante da minha responsabilidade técnica pelas ações de saúde voltadas para a população negra. Ações de avaliação dos perfis sociodemográficos sob o viés racial, diagnóstico situacional dos principais agravos e situações de saúde que afetam essa população, em especial as mulheres negras e a possibilidade da existência do racismo enquanto barreira de acesso nos serviços de saúde. Conhecer o cotidiano das práticas em saúde e as dificuldades de acesso ao cuidado a esse público torna-se particularmente relevante, diante da possibilidade que a minha função permite, para vivenciar processos de trabalho nas unidades, condições de vida da população, e a importância da priorização e implementação de estratégias de redução de desigualdades e de promoção da equidade.

A partir do meu cenário de práticas e vivências, surgiu o interesse em estudar o tema “mulheres negras e o acesso à saúde”, a saber, o lugar que ocupo enquanto mulher negra e profissional de saúde do SUS e gestora na Atenção Primária a Saúde.

Esse tema não pode ser trabalhado, sem considerar a discussão sobre o racismo institucional e estrutural no campo da saúde, e que influenciam nas condições de acesso aos serviços ofertados na esfera da APS. A importância de trabalhar o recorte racial, se justifica por considerar que as mulheres negras vivenciam a discriminação em três dimensões: racial, social e de gênero. Nesse sentido, este trabalho se torna relevante na medida em que busca apresentar os desafios de acesso da mulher negra ao SUS, diante do processo de invisibilidade e exclusão social que as marcam e que em muitos casos, é reproduzido através do modo como é realizado o acolhimento pelos profissionais de saúde, reforçando a lógica de operar do racismo institucional e estrutural no acesso à saúde. Estudos que contribuam para a eliminação das desigualdades raciais, assim como para promover o acesso à saúde das mulheres, são necessários para apontar os efeitos nocivos que o racismo institucional, produz no Sistema Único de Saúde em todos seus níveis e esferas. Além de reconhecer as implicações legais que o racismo institucional traz para o SUS, por meio de diferentes instrumentos, é preciso reconhecer que a qualificação de gestores e profissionais, além de usuários e população em geral, é fundamental para a produção de mudanças consistentes na cultura institucional. Essas mudanças devem ser capazes de alterar as formas de atuação cotidiana tanto quanto os processos de planejamento, monitoramento e avaliação

(WERNECK, 2016).

Existe uma conexão direta e persistente entre a manutenção do patriarcado supremacista branco na sociedade, sendo central para a manutenção de qualquer sistema de dominação racial, em diversos aspectos mantêm a opressão, a exploração e a dominação de todas as pessoas negras. Discutir a dificuldade de acesso pleno das mulheres negras à saúde é um fator fundamental, pois barreiras institucionais e estruturais afetam diretamente a garantia de direitos sociais, em especial à saúde das mulheres negras, que são sujeitadas aos regimes dominantes do patriarcado e racismo.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se apresenta como uma importante estratégia de enfrentamento das iniquidades no campo da saúde, incorporando a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada a responder de forma contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde da população (PNAB, 2017). À vista disso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se consolida na APS como dispositivo prioritário para expansão do cuidado longitudinal, tendo como diretrizes: a regionalização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, e a rede de atenção.

A Atenção Primária à Saúde, com vistas a práticas integrais e igualitárias, reconhece a importância de considerar aspectos intersubjetivos das relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e entre estes profissionais e usuários, reconhecendo subjetividades, construções culturais e experiências sociais diversas, que vão se interconectar e interferir no encontro de cuidado que se estabelece (AYRES, 2001).

Desta forma, a prática de cuidado em saúde que se proponha integral e equânime, precisa considerar as relações étnico-raciais e os impactos do racismo no processo de saúde e adoecimento da população brasileira. Não atentar para este aspecto do cuidado implica em reproduzir um sistema racista que silencia e invisibiliza sofrimentos vivenciados pela maioria da população (SENNA e LIMA, 2012).

Na conformação atual do acesso na APS, uma diretriz nacional a ser mencionada com atenção é o 'acolhimento'. O acolhimento visa resgatar a relação de solidariedade profissional-usuário e a agilidade do acesso na APS, orientando a prática de escuta empática de todos os usuários nos serviços de APS, com negociação entre profissionais, visando aumentar a equidade, a resolubilidade do primeiro contato e a agilidade no atendimento. O acolhimento tem estimulado a prática clínica e o trabalho em equipe, a desburocratização organizacional e a melhoria do acesso (TESSER et al., 2018).

A população negra (somatório de pessoas pretas e pardas) representa 56,11% da sociedade brasileira (IBGE, 2019), porém, este número não é refletido no acesso a bens básicos de sobrevivência, como saúde, educação, habitação, entre outros (IBGE, 2019). Observa-se, ainda, que em nossa estrutura societária, essa população encontra-se alocada nos piores postos de trabalho, recebem os menores salários, com o acesso à educação precarizado e limitado, residindo em zonas periféricas onde estão sujeitos a diferentes tipos de violência em seus corpos, física e mentalmente (ALMEIDA, 2019). Nesse sentido, na saúde, a situação

de iniquidade e vulnerabilidade afeta negativamente a população negra, reconhecendo o racismo como fator que compromete o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017).

Visando ampliar as estratégias de combate às iniquidades, surge a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde para dar visibilidade no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as desigualdades no campo das iniquidades em saúde, são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais, entre os quais, se destaca, o vigente racismo que contribui para que os indicadores de saúde corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras, e sejam maiores que em outras populações (BRASIL, 2017).

Entre os aspectos fundamentais da PNSIPN, aponta-se o racismo e a discriminação como fatores determinantes no adoecimento e a morte precoce de mulheres e homens negros. A discriminação racial é um fenômeno presente na dinâmica social brasileira operando na ordem da distribuição do prestígio e privilégios sociais. Os mecanismos racistas de discriminação racial atuam mesmo nos espaços sociais e econômicos mais modernos da sociedade. Reforçados pela própria composição racial da pobreza, eles atuam naturalizando a surpreendente desigualdade social deste país (JACCOUD, 2008).

A PNSIPN visa promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação racial nas instituições e nos serviços do SUS, como determinantes sociais das condições de saúde, com vista à promoção da equidade em saúde. Estrategicamente, tal política se organiza a partir da conjunção de três dimensões interdependentes, complementares e interligadas que compõem a base de seus princípios, quais sejam: gestão, ensino e assistência (SILVA e SANTOS, 2017).

Neste sentido, a PNSIPN, oferece ferramentas importantes para a mobilização social e para as iniciativas necessárias, a fim de dar maior amplitude às ações para incorporação da temática pelo SUS. Destaca-se ser uma política construída a partir das conquistas da sociedade civil, articulado ao movimento negro, tendo um longo caminho de lutas a percorrer na garantia da igualdade de acesso. Jurema Werneck em entrevista à revista RADIS relata que “A PNSIPN ainda não saiu do papel efetivamente pois não temos ações de saúde voltadas à população negra” (WERNECK, 2014).

A saúde é compreendida como direito humano e devem ser incorporados o respeito e a valorização da diversidade e das especificidades da população negra. Isso requer que, nos planejamentos de ações de saúde, sejam levadas em consideração as dimensões de raça e

etnia. Entretanto, a garantia constitucional ao acesso universal e equânime às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado à população negra a mesma qualidade de atenção ofertada à população branca. A forma como tem sido direcionada às políticas que norteiam o SUS tem se mostrado insuficiente no que se refere à garantia da equidade em saúde, agravando as condições de saúde da população negra (SOARES, 2012).

Com relação ao acesso ao SUS, a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujos resultados foram publicados na Pesquisa Nacional de Saúde em 2019 (PNS), mostra que as mulheres negras são as principais usuárias da Atenção Primária à saúde, que é a principal porta de entrada para SUS, com atendimento básico, de prevenção e tratamentos. Aproximadamente 70% do público que utilizou o serviço do SUS era composto por mulheres; 60,9%, eram pretas ou pardas. Esses dados podem estar relacionados com aspectos culturais e estruturais de uma sociedade em que as mulheres ainda são as principais responsáveis pelos cuidados da família e pelos cuidados da própria saúde, incluindo a reprodutiva, o que pode levar a um nível maior de cadastramento e utilização por elas nas unidades de saúde (IBGE, 2021).

No entanto, no momento em que há um maior acesso da população negra, em especial, as mulheres negras ao SUS, tal condição não se reflete em melhor acolhimento e cuidados, em comparação com outros grupos raciais. Em relação à Saúde o processo de conquistas e retrocessos das políticas, no que se refere as condições de vida da população brasileira que vão desde a precarização da manutenção do que já existe enquanto serviço de saúde ofertado, refletem no quadro negativo de saúde das mulheres negras, tendo percentuais mais elevados de mortalidade por causas evitáveis (BRASIL, 2017a).

De acordo com as pesquisas pioneiras de Perpétuo (2000) e Lopes (2004), as mulheres negras apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal, menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gravidez, de receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. Os indicadores de saúde da população negra apontam para altas taxas de mortalidade materno infantil, altos índices de violência, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, como: Anemia falciforme, Diabetes mellitus (tipo II), Hipertensão arterial, Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, IST/HIV-Aids e Hepatites virais, Hepatite A, Sífilis em gestantes e Doença de Chagas (BRASIL, 2017).

O racismo institucional, perpassando pelo preconceito e a discriminação racial, faz com que negros recebam um tratamento diferente em lugares comuns e públicos, nos quais os atendimentos são desiguais entre brancos e pretos, incluindo dispositivos de saúde.

Deste modo é primordial mencionar que, a origem da discriminação racial no Brasil é resultado de um longo período escravagista e reflexo de políticas excludentes implementadas na história do país. Osório (2008) expressa que no momento da abolição, foram suprimidas as barreiras formais que a escravidão oferecia à competição dos negros com os brancos pelas posições sociais. Mas quando os portões são abertos e se faculta aos negros o ingresso na corrida, os brancos já estão quilômetros adiante.

Para que os negros superem a desvantagem imposta pela desigualdade racial, é preciso que, a cada geração, percorram uma distância maior do que a percorrida pelos brancos. Se não conseguem fazê-lo, a desigualdade racial existente no momento da abertura dos portões persiste. (OSÓRIO, 2008, p.66).

A desigualdade racial é uma consequência material e simbólica de um sistema de dominação de uma raça sobre a outra. Tal forma de dominação só é possível baseada na crença de que existe uma raça superior, merecedora e controladora dos recursos, serviços e discurso. Neste sentido, a dominação de raças se sustenta no aparato estrutural da sociedade, em que as condições econômicas materiais quanto a noção de superioridade de raça ajuda a perpetuar o racismo no qual se reverbera na forma de desigualdades raciais (OSÓRIO, 2008).

As desigualdades raciais podem contribuir para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente ao cuidado, desencadeando doenças e agravos que expressam iniquidades raciais em saúde. Para as mulheres negras, outros fatores agregados, como a questão social, as expõem a uma situação de maior vulnerabilidade, com reflexos no direito à saúde e no acesso à qualidade.

O conhecimento das questões relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres negras, demanda para a melhor fundamentação de ações e/ou abordagens, a compreensão de conceitos e o contexto histórico e social na qual estão inseridas. Assim, a compreensão dos entraves ao acesso à saúde, relacionado ao legado racista histórico, gerador de iniquidades, configura-se um importante instrumento de vulnerabilização dos sujeitos.

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito de determinantes sociais de saúde como um processo complexo que permeia fatores estruturais e intermediários produtores de iniquidades em saúde. O racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. O conceito apontava que, para o enfrentamento adequado às iniquidades em saúde, seriam imprescindíveis medidas que

incluiriam a criação de programas dirigidos a populações vulneráveis e fomento de ações para redução de desigualdades entre grupos, além de medidas sanitárias amplas para toda a população (WERNECK, 2016).

É importante ressaltar que o acesso desigual permeia questões de gênero e etnia, envolvendo variados mecanismos de opressão que se interpõem nos processos de saúde. As injustiças e desigualdades ocorrem de maneira interseccional na saúde e na sociedade, ou seja, sustentam-se em uma base multidimensional, com racismo, sexismo, classismo, xenofobia, homofobia, transfobia, entre outros tipos de opressões interagindo em níveis múltiplos e simultâneos. Essas questões impactam diretamente no cotidiano dos oprimidos e discriminados, inclusive no acesso às instituições de saúde, como no caso das mulheres negras (PEREIRA e MUSSI, 2020).

Os mecanismos racistas de exclusão institucional se tornaram entraves para o acesso à saúde às mulheres negras. Podemos ponderar que existe um efeito nocivo dos marcadores sociais, espaciais, gênero, classe, raça/etnia que afetam negativamente as mulheres negras na busca pelo acesso e no uso dos serviços de saúde. O acesso aos serviços de saúde pelas mulheres negras carrega marcas da marginalização e do racismo institucional que cada vez mais tem ampliado as desigualdades (PEREIRA e MUSSI, 2020).

O racismo institucional e estrutural no campo da saúde, influenciam nas condições de acesso aos serviços ofertados na esfera da APS, sendo relevante essa discussão do recorte racial que atinge mulheres negras numa tripla discriminação: racial, social e de gênero. Este estudo justifica-se na medida em que esta população permanece invisível na abordagem dos usuários do SUS pelos profissionais, bem como os aspectos das condições de vulnerabilidade das mulheres negras expostas ao racismo institucional e estrutural no acesso à saúde.

O racismo se manifesta distintamente a depender do tempo e lugar e por essa razão é considerado como um fenômeno complexo. No Brasil, tem-se a concepção do racismo como um problema do negro, proveniente de um passado e que não existe nos dias atuais. Entretanto, esse racismo cordial tem produzido políticas e arranjos sociais que continuam a limitar oportunidades e expectativa de vida para os negros (LOPES, 2003). Nesse sentido, o racismo é uma realidade cruel, segregacionista e excludente, que, historicamente, tem sido justificado por teorias no âmbito biológico, histórico e social.

Jurema Werneck definiu racismo institucional como um modo de subordinar o direito, e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistem ou existam de forma precária diante de barreiras impostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último (WERNECK, 2016).

Nesse sentido, é considerável compreender os efeitos das “lacunas” do acesso das mulheres negras aos serviços de saúde, ou seja, a reprodução das diferentes violações de direitos, através da discriminação racial, da negligência nos atendimentos, na produção de violência. É inegável que as questões raciais afetam a saúde e a qualidade de vida das mulheres negras, passando por barreiras de acesso, a indiferença, a invisibilidade cotidiana e institucional onde essas pessoas não são “enxergadas” e não são pensadas no plano das políticas públicas.

Os estudos sobre as desigualdades sociais, a partir do critério raça/cor têm sido documentadas no campo da saúde, destacando-se os segmentos socialmente menos favorecidos, a saber, as pessoas pretas, pardas e indígenas que apresentam os níveis mais elevados de adoecimento e morte por causas evitáveis desde as doenças infecto parasitárias até aquelas relacionadas a violência (LEAL *et al.*, 2017).

A motivação para o estudo sobre “o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde” se apresenta diante da invisibilidade da discussão e apropriação pelos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho sobre a população negra, além da pouca produção científica através de artigos e textos.

A pesquisa sobre a população negra no SUS pode contribuir para a ampliação da discussão sobre essa temática na academia, como nos dispositivos de saúde, possibilitando a reformulação das políticas públicas e a melhoria do acesso e da qualidade da assistência.

Faz-se necessário reconhecer que no campo da pesquisa, formulação e ação a saúde da população negra se justifica: pela participação dessa população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária enquanto usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, pela necessidade de fortalecimento do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, termo por vezes negligenciado, especialmente com vistas à justiça social (WERNECK, 2016).

A presente pesquisa pretende responder às seguintes perguntas avaliativas:

1 - Qual é a percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços ofertados na unidade de Atenção Primária à Saúde?

2 - Quais são as principais potencialidades e barreiras identificadas pelas mulheres negras no acesso à unidade de Atenção Primária à Saúde?

A partir dessa problemática, definiu-se como **objeto de estudo**: a percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e os objetivos que serão apresentados a seguir.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a percepção das mulheres negras sobre o acesso à uma Unidade de Saúde na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

### 2.2 ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres negras entrevistadas residentes da área adscrita da UBS;
- Descrever a percepção das mulheres negras sobre o acesso aos serviços de saúde ofertado na unidade de saúde;
- Analisar a percepção das mulheres negras sobre as condições de acesso ao serviço de saúde, considerando as subdimensões de acolhimento, acessibilidade e disponibilidade.
- Identificar as principais potencialidades e barreiras apreendidas pelas mulheres negras no acesso à unidade de Atenção Primária à Saúde.

### 3. RACISMO ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL

Neste debate torna-se relevante trazer à discussão conceitos sobre o racismo estrutural e racismo institucional. O conceito de Racismo Institucional foi definido pelos ativistas integrantes do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton em 1967, indicando a manifestação do racismo nas estruturas de organização da sociedade e nas instituições. Para os autores, refere-se a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (GELEDÉS, 2016).

Lima e Vala (2004b), expressa que, o racismo envolve uma rede ampla de aspectos para sua caracterização: é um processo de hierarquização, discriminação e exclusão de um grupo, ou mesmo um componente deste, que é distinto dos demais por possuir alguma marca física externa (real ou imaginária) que, no olhar do outro, associa-se a alguma característica subjetiva. Delinea-se, isto posto, uma redução do repertório sociocultural e psicológico às qualidades biológicas, não somente em nível individual, mas também institucional, político e cultural (LIMA e VALA, 2004b).

Almeida (2019) provoca reflexões sobre o conceito de racismo como fundamento estruturante das relações sociais. Para o autor, não existe racismo que não seja estrutural. Essa estruturação se dá pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade, que por vezes, coloca um grupo social ou étnico em posição privilegiada em detrimento de outro. Nesses termos, conceitua o racismo, como forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019).

É possível falar de um racismo institucional na medida em que as instituições reproduzem e impõem regras e padrões racistas, mantendo a ordem social. As instituições em sua representação, são concebidas em uma estrutura social, com seus conflitos peculiares, em que o racismo é uma das expressões dessa mesma estrutura. Portanto, as instituições são a materialização de uma estrutura social que tem o racismo como um dos seus pilares (ALMEIDA, 2019).

O racismo institucional, definido por Silvio Almeida (2019) é “menos evidente, muito mais sutil, menos identificável em termos de indivíduos específicos que cometem atos” (ALMEIDA, 2019, p.43). Desta forma é produto do funcionamento das instituições, que

passam a atuar em uma dinâmica específica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na noção de raça. Em suma: as instituições são racistas porque a nossa sociedade é racista (ALMEIDA, 2019).

O RI supera o âmbito de uma ação individual. É mais abrangente que o poder de um indivíduo, de uma raça sobre outra. Trata-se das ações de um grupo sobre outro, algo somente possível quando há o controle direto ou indireto de determinados grupos sobre o aparato institucional (ALMEIDA, 2019).

O racismo decorre, portanto, da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional.

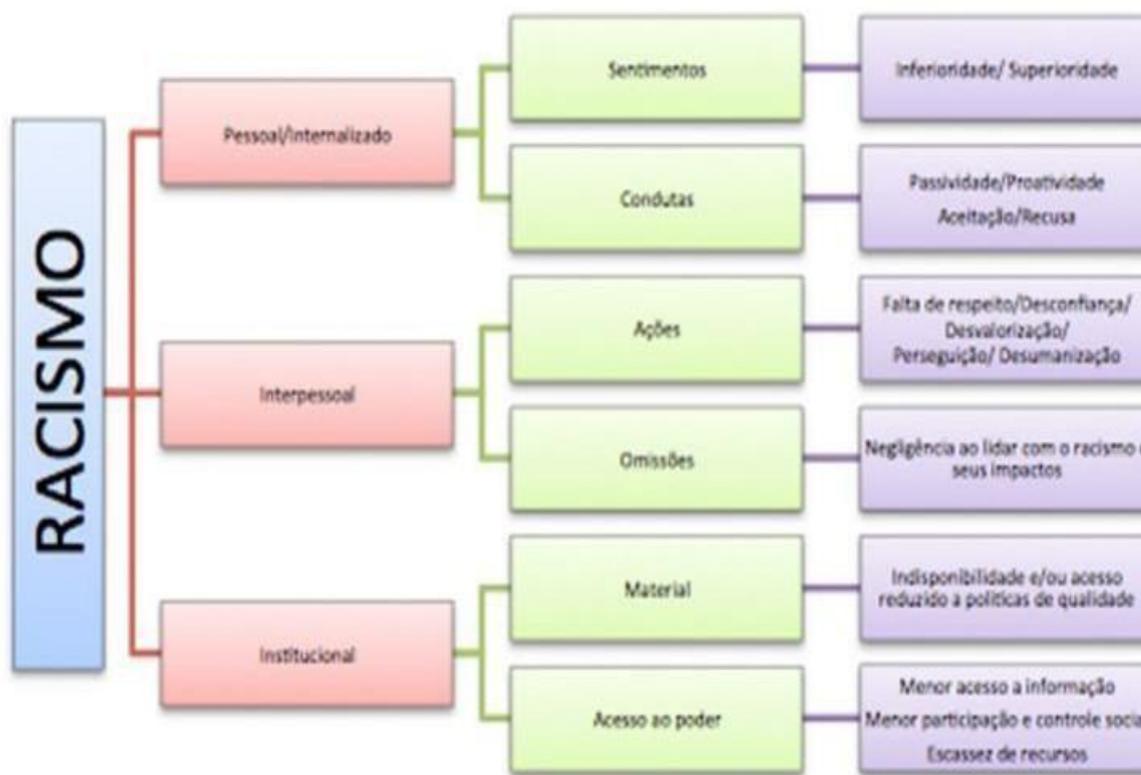
No debate sobre racismo institucional, Kalckmann et al. (2007) descreve como a discriminação, muitas vezes velada, por cor/raça, determina diferenças importantes no acesso e na assistência em diferentes setores da sociedade brasileira. Nesses termos:

O fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoa de minoria étnica. (DOCUMENTO DA COMMISSION FOR RACIAL EQUALITY, 1999 *apud* KALCKMANN *et al.*, 2007).

O racismo é internalizado no mecanismo de condução das políticas públicas, de forma que pessoas que vivenciam em espaços institucionalizados, como no campo da saúde, terão mais dificuldade ao acesso adequado e oportuno às políticas de promoção e prevenção, assistência e cuidados em saúde.

O racismo é um fenômeno ideológico, é um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, em especial no campo da saúde. Assim, o racismo institucional revela-se como um fator determinante no acesso aos serviços de saúde, principalmente para as mulheres negras que sofrem com o impacto da intersecção das desigualdades de gênero e raça. Discutir saúde da população negra no Brasil é um tema indissociável do racismo e da discriminação étnico-raciais, determinantes sociais da saúde. O racismo tal qual produzido interfere na autoestima das pessoas, nas suas potencialidades criativas, podendo causar desagregação interna, não aceitação de sua própria imagem, podendo afetar diretamente a vida das pessoas para o gozo de uma saúde plena e de qualidade (WERNECK, 2005).

Figura 1 – Dimensões do Racismo



Fonte: Werneck (2016). Baseado no modelo proposto por Jones (2002).

Conforme retrata Jones (2002) *apud* Werneck (2016), o racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas. O racismo interpessoal manifesta-se sob a forma de preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas. O racismo institucional (RI), pode ser considerada a dimensão mais negligenciada do racismo, deslocando-se da dimensão individual para a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas resultando em tratamentos desiguais (JONES, 2002 *apud* WERNECK, 2016).

No percurso histórico sobre o racismo institucional, encontra-se na literatura sobre relações raciais o estudo “Racismo institucional: uma abordagem conceitual” de Werneck (2013). Este estudo aponta três diferentes dimensões, segundo os princípios estabelecidos na legislação para sua eliminação, são eles: 1) acesso e utilização; 2) processos institucionais internos; 3) resultados das ações e políticas públicas. Nesse caminho, destaca-se a situação da mulher negra e o racismo institucional. No que tange ao acesso e utilização, os indicadores propostos para mensurar as ações de eliminação do racismo institucional nesse nível, para ampliação do acesso e da utilização das políticas públicas de proteção social pelas mulheres

negras, devem permitir a verificação da adequação das ações adotadas para a aproximação física e cultural entre instituições públicas e as mulheres negras (WERNECK, 2013).

### 3.1 PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) fruto da luta do movimento negro no país, de discussões e debates na arena política sobre os direitos da população negra, tem como cerne o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e dos serviços de saúde no SUS, além da resposta as desigualdades raciais que podem acometer a esta população (BRASIL, 2007).

A PNSIPN foi um marco na ampliação dos direitos desse segmento social e dispõe suas estratégias de gestão sobre o “estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas”. Outra disposição da PNSIPN está relacionada à "inclusão do quesito cor" nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2007).

Destaca-se o dia 20 de novembro de 1995, momento histórico, em que ocorre a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, entregando para o governo federal uma série de demandas e reivindicações. Reivindicações estas que resultam no documento “Por uma Política Nacional de Combate ao Racismo e à Desigualdade Racial”. Culminado no Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, composto por militantes do movimento negro, sociedade civil organizada e governo. No ano seguinte, 1996 promove-se uma mesa redonda sobre a Saúde da População Negra, evento este que tem como resultado a implementação do quesito raça/cor nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos, a demanda de produção estatística sobre as desigualdades raciais em saúde, e a necessidade de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme. O Programa de Anemia Falciforme resulta nas ações dos movimentos negros pelo reconhecimento de doença de maior incidência na população negra brasileira (MILANÉZI, 2019).

Em 2001, em Durban, na África do Sul, ocorre a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e formas correlatas de intolerância, tendo a ativista negra Edna Roland da ONG Fala Preta! Como relatora - geral, a conferência estabeleceu recomendações importantes para a atuação dos Estados- membros das Nações Unidas sobre o racismo e as desigualdades raciais. Para o setor saúde, a preparação para a

conferência foi um período de fortalecimento das organizações do movimento de mulheres negras, como AMNB (Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras).

Neste mesmo ano foi instituído o Programa de Combate ao Racismo Institucional, resultado de uma parceria entre o governo brasileiro por meio da Agência Brasileira de Cooperação, o Ministério da Saúde, o Ministério Público e a Secretaria Especial para a Promoção de Políticas de Igualdade Racial- e agências internacionais. O objetivo central do programa era combater o racismo institucional dentro do SUS, especialmente em âmbito municipal.

No ano de 2003, impulsionada pelos movimentos sociais, foi instituída a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) – órgão do Poder Executivo do Brasil, com status de Ministério – cujo objetivo era a promoção da igualdade e a proteção de grupos raciais e étnicos afetados pela discriminação e demais formas de intolerância, com ênfase na população negra (BRASIL 2003). Trata-se de um importante avanço legal, visando a garantia dos direitos da população negra brasileira.

Na ocasião fora firmado um termo de compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde (MS), objetivando a efetivação de um dos princípios do SUS: a equidade, conforme a lei 8080-1990. Ainda em 2003, realiza-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que conta com ampla participação do Movimento Negro e se mostra importante na discussão e aprovação de inúmeras deliberações relacionadas à saúde da população negra. Em 2004 é a realização do 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, o Ministério da Saúde institui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) composto por diferentes secretarias do Ministério da Saúde e representações da SEPPIR. O comitê surge com o objetivo de contribuir para a equidade racial no SUS, acompanhando a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, legalizada em maio de 2009.

Em 2006 registra-se a realização do 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, o evento marcou a aprovação da PNSIPN no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dois anos após, 2008 instituiu-se o primeiro Plano Operativo do Ministério da Saúde para o SUS (BRASIL, 2008), cuja duração é de 2008 a 2011. Neste plano, são apresentados dois problemas da área de Saúde da população negra: “Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social” e “Morbidade e Mortalidade na População Negra”, a partir dos quais se recomendam ações estratégicas, metas e recursos financeiros para as três esferas governamentais atuarem. Em 2013 ocorre o lançamento da 2ª edição da PNSIPN, que é mais uma vez apoiada pelo MS através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento de Apoio à Gestão

Participativa, mas, dessa vez, sem a participação da SEPPIR, que será extinta em 2015, sendo adicionada ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (SANTOS e SOUZA, 2016).

Em 2017 é apresentada a 3ª edição da PNSIPN (BRASIL, 2017), que se mostra com nova formulação política de apresentação, endereçando ao Manual de Doenças Mais Importantes por razões étnicas, devido à descrição dos indicadores de saúde das doenças mais prevalentes na população negra. Neste novo documento tem-se a atualização de dados sociodemográficos da população negra, como, por exemplo, a representação da população negra como mais da metade da população brasileira e de mulheres negras como o maior grupo demográfico do país, além de contar com as contribuições de dados obtidos a partir da Pesquisa Nacional de Saúde.

Nessa edição é acrescentada a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que prevê a obrigatoriedade da coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor, que consta nos formulários dos sistemas de informação da Saúde por profissionais atuantes nos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A PNSIPN traz como proposta um novo relacionamento entre o Estado e a população negra no SUS, em que as especificidades desse segmento deverão ser reconhecidas e tratadas de forma adequada (VIEGAS e VARGAS, 2016).

Na perspectiva de apresentar alguns marcos jurídicos dos direitos e garantias da população negra podemos citar: Estatuto da Igualdade Racial e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O Estatuto Racial instituído pela Lei no. 12.288 de 20 de julho de 2010, é um instrumento de exigibilidade dos direitos humanos e efetivação de políticas públicas direcionadas à melhoria de vida da população negra. Dentre os principais temas, o documento destaca: saúde humanizada, educação de qualidade, direito à moradia digna e o acesso à terra. Embora a Constituição Federal de 1988, reconheça que todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza, na prática as populações invisibilizadas: indígenas, comunidades tradicionais quilombolas e população negra, necessitam que sejam asseguradas ações de promoção da equidade para o alcance da igualdade de direitos e de oportunidades. Segundo Estatuto da Igualdade Racial.

O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco e de doenças de outros agravos. (BRASIL, 1988, Art.6º).

Buscando ampliar o cuidado a populações específicas, o Ministério da Saúde (MS) introduz, em 2017 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem por objetivo a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS. A PNSIPN é uma resposta às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos.

Aspectos fundamentais da PNSIPN apontam o racismo e a discriminação como determinantes associados ao adoecimento e a morte precoce de mulheres e homens negros. Neste sentido, a PNSIPN, oferece ferramentas avançadas para a mobilização social e para as iniciativas necessárias, a fim de dar maior amplitude às ações para incorporação da temática pelo SUS. Embora construída a partir das conquistas da sociedade civil, articulado ao movimento negro, a PNSIPN ainda tem um longo caminho de lutas a percorrer na garantia da igualdade de acesso, através de ações afirmativas e o combate ao racismo.

### 3.2 MARCOS ESTRATÉGICOS: SAÚDE E VISIBILIDADE DA MULHER NEGRA NO BRASIL

Segundo dados do Censo Demográfico, em 2000, a população brasileira de mulheres negras era de 37.428.225 pessoas (IBGE, 2000), e em 2010, de 48.406.819 pessoas (IBGE, 2010).

De acordo com o documento do MS do ano 2005, intitulado "Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras": Os dados socioeconômicos disponíveis indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo o seguinte contexto: a taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto ou puerpério; e maior risco, que as mulheres brancas, de contrair determinadas doenças e conseqüentemente morrer mais cedo (BRASIL, 2005).

Em continuidade a linha histórica das políticas para a população negra, outros eventos foram demarcados por expressarem importantes iniciativas voltadas à saúde da mulher. Em 1984 com a elaboração do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), o Estado passa a elaborar as ações de saúde da mulher sob uma perspectiva de integralidade, em

contrapartida às políticas anteriores de natalidade, que fomentam práticas de esterilização. Inicia-se também a oferta do planejamento familiar, cuja regulamentação ocorreu em 1996, conforme Lei n. 9 263. Nesse período, destaca-se a influência de grupos de ativistas negras na construção dos direitos sexuais e reprodutivos no país (MILANEZI, 2021).

No ano de 1985 ocorre o 3º Encontro Feminista Latino-Americano e Caribenho, em São Paulo, marcando o fortalecimento do movimento de mulheres negras, dando visibilidade às especificidades das condições de vida das mulheres negras (MILANEZI, 2021).

Um outro marco importante, foi a elaboração da Declaração de Itapecerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. A declaração ocorreu no Seminário Nacional sobre Políticas e Direitos Reprodutivos da Mulher Negra organizado pelo Geledés, Instituto da Mulher Negra, em 1993. Este documento buscou unificar as demandas do movimento de mulheres negras para o Estado brasileiro e serviu como documento base para outras conferências de mulheres na década de 1990 (MILANEZI, 2021).

Somente em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que em suas diretrizes, propôs uma nova concepção a respeito da atenção à saúde para a população feminina, em que: a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão se nortear pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia. A ampliação do enfoque, buscou romper fronteiras na saúde sexual e reprodutiva, em uma abordagem mais ampla dos diferentes aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

No ano de 2007, a PNSIPN, enquanto marco legal dispõe sobre o direito à saúde das mulheres negras e a implantação de estratégias de gestão às necessidades de qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra. Foram incluídas a assistência ginecológica, obstétrica, ao puerpério, climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios (BRASIL, 2007).

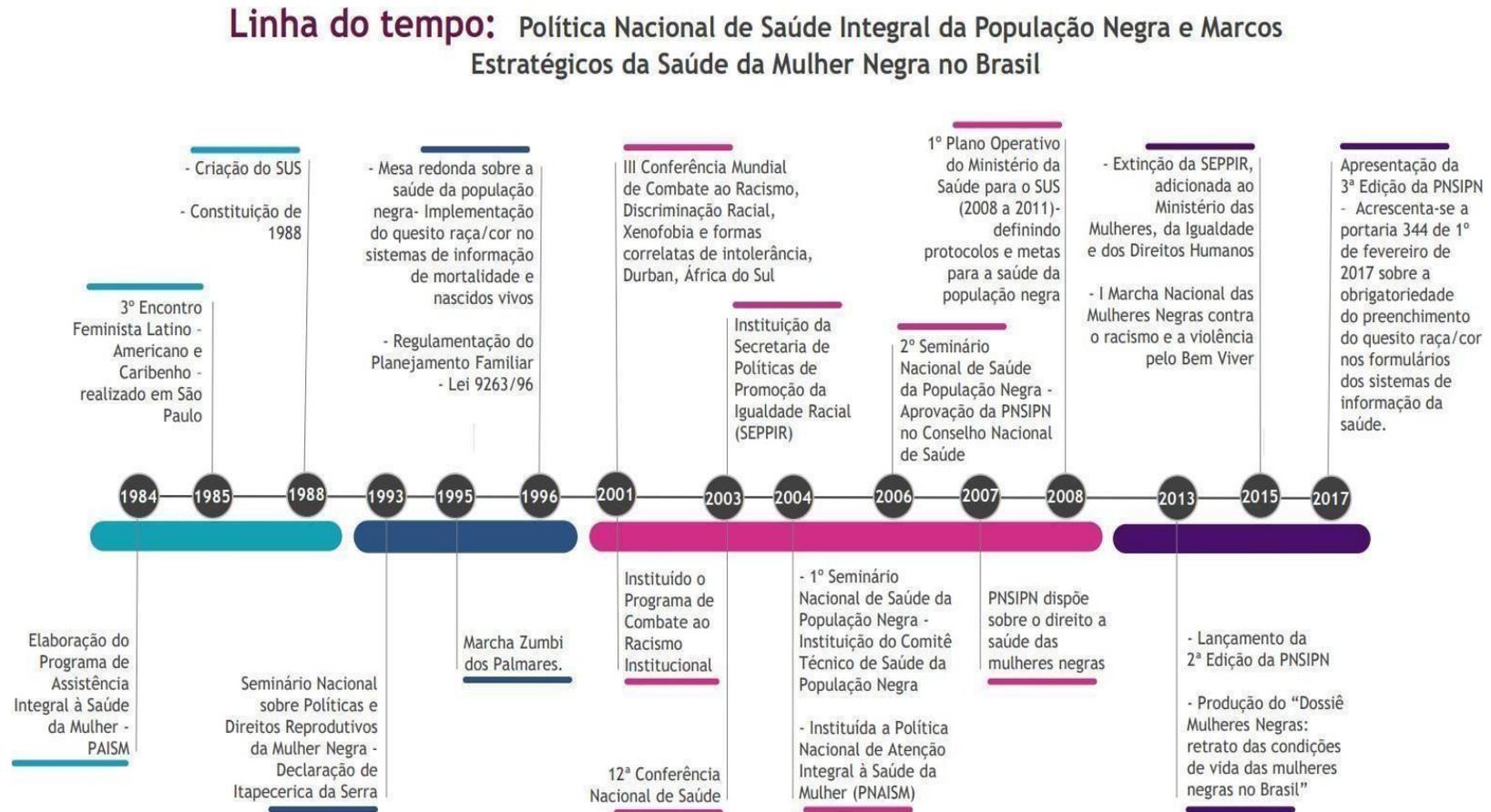
Em 2013 registra-se a produção do “Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil”, uma iniciativa em parceria conjunta das Secretarias de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPP/PR) e do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada), com a ONU-Mulheres, no âmbito do projeto “Retrato das desigualdades de gênero e raça” (BRASIL, 2011). Este Dossiê evidencia as condições de vida desta população no Brasil, através de relatos de mulheres negras e indicadores sociais que esboçam as desigualdades raciais e de gênero (IPEA, 2013).

A I Marcha Nacional das Mulheres Negras: Contra o Racismo e a Violência pelo Bem Viver, ocorreu em Brasília em 15 de novembro de 2015, caracterizando um marco político

fundamental na histórica luta das mulheres negras brasileiras por direitos sociais e humanos. O objetivo do ato era demonstrar que esse segmento social apresenta demandas específicas e que devem ser consideradas pelo conjunto da sociedade. O tema da saúde foi destacado por meio da denúncia da mortalidade materna de mulheres negras relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à baixa qualidade do atendimento. Adicionalmente, a manifestação chamou a atenção para a à escassez de ações de sensibilização e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos aos quais as mulheres negras estão expostas (MILANEZI, 2021).

A linha do tempo apresentada na página a seguir organiza a trajetória dos marcos legais e históricos em torno da saúde das mulheres no Brasil com foco nas especificidades das mulheres negras.

Figura 2 – Linha Do Tempo



FONTE: Elaboração Própria

#### 4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A identificação e compreensão das condições de acesso das mulheres negras aos serviços de atenção primária em saúde orientou a opção pela realização de uma avaliação. As definições de avaliação são inúmeras, no entanto, há consenso quanto a alguns aspectos conceituais: avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, que pode ser uma política, um programa ou um projeto, empregando dispositivos que permitam prover informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre as intervenções ou quaisquer de seus componentes. É importante também considerar os diferentes atores envolvidos que podem ter perspectivas distintas, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir, individualmente ou coletivamente, um julgamento que possa se traduzir em ações (CONTANDRIOPÓULOS *et al.*, 2011).

A história moderna da avaliação no Ocidente começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França no processo de modernização, industrialização e do surgimento de novas correntes ideológicas e emergência do pensamento científico moderno. Podemos distinguir quatro “gerações” na história da avaliação. A primeira se estabelece entre as décadas de 1910 e 1930, refere-se à aplicação de instrumentos de medidas, tendo sua origem nas medições de coeficiente de inteligência para a classificação e determinação da evolução escolar das crianças. O avaliador era responsável por identificar os instrumentos de mensuração e, na ausência desses, elaborar novos testes, sendo o objeto da avaliação os estudantes.

A segunda geração (1930-1967) tem como principal característica a descrição, com foco na compreensão do funcionamento dos programas, deslocando o foco dos sujeitos da intervenção. O novo modelo emerge da necessidade de avaliar a adequação de novos currículos escolares com relação aos objetivos da aprendizagem. A terceira geração introduz a noção de “julgamento” (1967 -1990). A expectativa é de que as avaliações envolvem para além da descrição de atitudes, contextos e realizações.

O objeto da avaliação deveria ser julgado com base em quesitos externos e que ajudassem na tomada de decisões. Deste modo, o julgamento passa a ser parte integrante da avaliação e o avaliador assume o papel de juiz. A quarta geração (1990- até os dias atuais) incorpora a “negociação” buscando uma maior interação e responsividade. Os parâmetros da avaliação devem privilegiar processos de interação e de negociação entre os atores (abordagem participativa), e sob o ponto de vista construtivista, incluir múltiplas realidades

decorrentes da interação entre investigador e o objeto (GUBA e LINCOLN, 1989; DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2011).

Interessante sinalizar que nas 1ª, 2ª e 3ª gerações, persistia a crença na confiabilidade dos instrumentos, pouca flexibilidade para alternativas metodológicas, e na isenção dos avaliadores com relação aos valores e posicionamentos políticos.

Egon Guba e Yvonna Lincoln (1989) valorizam a potencialidade das avaliações produzirem várias versões da realidade colocando-as em diálogo. Refuta, assim, a avaliação reduzida a uma mera técnica, ressaltando o caráter interpretativo das avaliações (hermenêutica) e demandam a possibilidade de contrastar diferentes pontos de vista para produzir sínteses de elevada qualidade e potência política (dialética). Estes autores apostam em processos avaliativos que reconhecem os ecossistemas organizacionais em sua pluralidade de atores, propõem construir diálogos que favoreçam a exploração mútua das diferentes versões da realidade com vistas a produzir saberes relevantes para o futuro (GUBA e LINCOLN, 1989).

As quatro gerações encontram-se detalhadas no quadro a seguir:

**Quadro 1** - Descrição das quatro gerações e suas características

|            |                         |  |  |  |
|------------|-------------------------|--|--|--|
| 1ª Geração | Mensuração              | Origem nas medidas de coeficiente de inteligência                              | Avaliador: técnico responsável por identificar e elaborar instrumentos de medida | Paradigma positivista  |
| 2ª Geração | Descrição               | Nascimento da avaliação de programas   | Avaliador: papel de descritor  | Paradigma positivista  |
| 3ª Geração | Julgamento              | Tendência à valoração de aspectos gerenciais e do comprometimento do avaliador | Avaliador: papel de juiz   | Paradigma positivista  |
| 4ª Geração | Democrático e Inclusivo | Pluralismo de atores   | Coprodução entre avaliadores e beneficiários                                     | Paradigma construtivista, abordagem interpretativa e dialética |

**Fonte:** SANTOS, E.M. Material didático Disciplina Avaliação em Saúde ENSP/Fiocruz, 2021

A avaliação pode ocorrer desde a fase de elaboração da intervenção com propósito de melhorar o seu desenho, e incluir sua modelização, com vistas a monitoramento em suas diferentes etapas. As avaliações de caráter formativo visam fornecer informações para melhorar a intervenção no curso de suas atividades. Deste modo, produzem informações que

podem ser utilizadas rapidamente pelos envolvidos no programa ainda durante sua execução, permitindo identificar precocemente possíveis problemas, assegurando-se do seu desenvolvimento conforme planejado (SAMICO *et al.*, 2010).

Em contraposição, Champagne et al. (2011) afirmam que a avaliação normativa é aquela na qual se procura verificar se a intervenção corresponde às expectativas. Portanto, a avaliação normativa emite um juízo de valor (processo de conformidade) dos componentes da intervenção, ou seja, a estrutura, os processos e os resultados, em comparação com determinadas normas preconizadas.

#### 4.1 AVALIAÇÃO EM PROGRAMAS

A avaliação de programas e serviços de saúde configuram um componente do ciclo de desenvolvimento de políticas públicas, nas suas etapas de planejamento e gestão. Encontra-se estreitamente vinculada ao ideário de qualidade dos serviços ofertados pelo Estado, em seu papel de regulação e intervenção social (GASPARINI e FURTADO, 2014; SILVA e SILVA, 2001).

No Brasil, a incorporação da avaliação no planejamento, implementação e monitoramento dos serviços e instituições, ocorreu tardiamente. O primeiro fator pode ser atribuído aos resquícios de estado autoritário que perdurou até o início dos anos 1980. Nesse contexto, avaliações das políticas públicas em curso não eram viáveis (CENEVIVA e FARAH, 2007). Ao mesmo tempo, não havia por parte da sociedade uma requisição de prestação de contas sobre as políticas públicas em desenvolvimento, bem como os recursos envolvidos (CAMPUS, 1990). Finalmente, na ausência de um Estado de bem-estar social, as políticas sociais e de saúde eram focalizadas e residuais, bastante distantes da concepção de um Estado de bem-estar presentes na Europa e na América do Norte (DRAIBE, 2002), o que impulsionou o desenvolvimento da avaliação.

Ao mesmo tempo, a expansão da avaliação de políticas sociais no país é fruto da necessidade de acompanhamento dos recursos investidos por financiadores e organismos internacionais, na perspectiva de dotar a gestão pública de melhores condições para uma melhor prestação interna de contas (controle da gestão pública) e melhoria institucional (GASPARINI e FURTADO, 2014; GALLO *et al.*, 2011; WORLD BANK, 1996).

Um diagnóstico situacional conduzido em 2003 pelo Laser/ENSP/Fiocruz, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, e o Departamento de Aids e

Hepatites Virais, do Ministério da Saúde (MS), identificou a restrita capacidade operacional e o baixo valor atribuído ao monitoramento e avaliação (M e A) nas esferas governamentais. Suas funções apareciam vinculadas, primordialmente, às auditorias e à produção de conhecimento acadêmico, ou seja, sua institucionalização como ferramenta de gestão era limitada. Este diagnóstico permitiu a promoção de iniciativas sistemáticas de capacitação por parte do MS que estendem até o momento atual, contribuindo para a institucionalização do M e A no campo da saúde (SANTOS; CARDOSO; ABREU, 2020).

Para Felisberto (2016), estudioso do campo da avaliação em sua interface com a atenção básica, os estudos avaliativos de políticas e programas permitem aos gestores, formuladores e implementadores tomar decisões com maior qualidade, no sentido da identificação dos aspectos exitosos e das dificuldades, como também dos efeitos esperados e não esperados produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais. Assim sendo, a avaliação é uma ferramenta para a melhoria dos programas, possibilitando a realização de melhores práticas, com maior adequação às necessidades observadas em contexto.

#### 4.2 ACESSO COMO DIMENSÃO DE VALORAÇÃO

A prática avaliativa envolve a junção de dois elementos: um objeto a ser avaliado e uma teoria de valoração a partir da qual um julgamento poderá ser realizado (SCRIVEN, 1991). O processo de valoração é realizado por categorias cognitivas, ou dimensões avaliativas, por meio das quais a intervenção ou um de seus componentes recebe uma apreciação qualitativa ou quantitativa (ALFOLDI, 2006).

Os critérios de julgamento que determinam os desfechos de sucesso ou insucesso de uma intervenção são: a) fundamentados em marcos teóricos conceituais (distributivo ou utilitário); b) baseados em experiências anteriores; c) dependentes de recursos disponíveis; e d) expressão de interesses de diferentes grupos sociais.

Os principais critérios ou dimensões avaliativas são a Conformidade, o Acesso e a Qualidade. A conformidade encontra-se vinculada às apreciações de cunho normativo, em outras palavras, o quanto a intervenção está alinhada ao preconizado pelas normas técnicas. A Qualidade se refere a um conjunto de atributos que favorece o melhor resultado possível considerando os conhecimentos e a tecnologia vigente, assim como as expectativas e as normas sociais. Para Donabedian (1980), precursor da qualidade no campo da avaliação, esta envolve sete pilares: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade, a otimização, a

equidade e a legitimidade. Já o acesso, para Penchansky e Thomas (1980), representa o ajuste ‘ideal’ entre o sistema de serviços e os usuários podendo incluir cinco subdimensões: disponibilidade (volume de clientes e tipo de recursos e necessidades dos clientes), acessibilidade (existência dos serviços no lugar e no momento requerido pelos clientes), acolhimento (organização dos serviços e a capacidade de adaptação dos clientes a essa organização), capacidade de compra (formas de financiamento dos serviços e possibilidade de pagamento dos serviços), e aceitabilidade (atitudes dos profissionais e dos clientes sobre as práticas e características de cada um).

Acesso é um conceito complexo, por vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na relação com o uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004), pois possui diversas abordagens entre os autores, mudando ao longo do tempo e de acordo com o contexto social, político e econômico. Para além disso, a terminologia empregada também é variável. Sob a ótica dos autores, as considerações sobre o termo variam: uns privilegiam as características dos indivíduos e outros enfocam as características da oferta, outros ambas as características ou a relação entre indivíduos e serviços, ou seja, a demanda e oferta.

Para análise dessa pesquisa será adotado o conceito de acesso segundo a concepção do autor Donabedian, e serão utilizadas as três subdimensões: acolhimento, acessibilidade e disponibilidade. Donabedian (1980) emprega o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade de que é acessível - enquanto outros autores preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, a entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados em saúde. A acessibilidade para Donabedian (1980) refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Deste modo, acessibilidade é fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, dimensão relevante sobre a equidade nos sistemas de saúde. O autor faz uma distinção entre duas dimensões inter-relacionadas à acessibilidade: sócio-organizacional que inclui todas as características da oferta de serviços e a geográfica que se relaciona ao atrito do espaço que pode ser medida pela distância, tempo de locomoção, custos com viagens, entre outros. Logo, a acessibilidade remete a relação existente entre as aspirações e necessidades dos indivíduos em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las. Nesse sentido, a acessibilidade está estreitamente relacionada com as características dos indivíduos, bem como o uso de serviços.

Travassos e Martins (2004, pg. 190) afirmam que “o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura

cuidados e do profissional dentro do sistema de saúde”. O comportamento do indivíduo geralmente é o responsável pelo primeiro contato com a unidade de saúde, entretanto, a depender da forma como é tratado e cuidado, ou seja, como é acolhido, determinará seu retorno para continuidade da assistência que lhe é prestada. Logo, os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes.

Andersen (1973) conceitua acesso como um dos elementos do sistema de saúde ligados à organização dos serviços, significando a entrada nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados subsequentes. Portanto, no seu ponto de vista, acesso equivale a utilização de serviços de saúde. Para Travassos e Martins (2004), o conceito de Andersen torna-se multidimensional, composto por dois elementos: o acesso potencial, incorporando os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso; o acesso realizado, incluindo os fatores predisponentes, às necessidades de saúde, além de fatores contextuais, relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviço. Tanto para Andersen (1973) quanto para Donabedian (1980), o acesso é uma característica da oferta importante para a explicação do padrão de utilização de serviços de saúde.

No início da década de 1990, o Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos EUA, apresenta o conceito acesso como uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível, correspondendo ao cuidado qualificado (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). O eixo do conceito desloca-se dos elementos que o compõem, sendo sinônimo de uso e incorporando a dimensão temporal. Gold (1998) justifica esse deslocamento para os resultados dos cuidados, devido às inter-relações cada vez mais próximas entre as dimensões do desempenho dos sistemas de saúde como acesso, custo, efetividade e satisfação. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalização – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnóstico – com os serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Frenk (1985) desenvolve o conceito de acessibilidade fundamentando-se na proposta de Donabedian (1980). O autor relaciona acessibilidade à ideia de complementaridade entre características de oferta e procura. Dentre suas contribuições destaca-se a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários: necessidades de saúde → desejo de obter cuidados de saúde → procura → entrada nos serviços → continuidade dos cuidados. Afirma ainda que acessibilidade consiste em um poder de

utilização, ou seja, na capacidade do indivíduo superar os obstáculos existentes na procura e obtenção dos cuidados em saúde (FRENK,1985).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa (POPE e MAYS, 2009), com abordagem colaborativa (RODRÍGUEZ-CAMPOS e RINCONES-GÓMEZ, 2013).

A pesquisa qualitativa interpreta e realiza perguntas fundamentais e investigadoras a respeito dos fenômenos sociais (interações e comportamentos) em função disso é comum referir-se a ela como pesquisa interpretativa. Essa abordagem significa que, com frequência, o pesquisador questiona suposições do senso comum ou ideias tidas como garantidas (POPE e MAYS, 2009).

Um ponto chave desta pesquisa consiste em estudar pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais. Destaca-se ainda na pesquisa qualitativa que, empregam-se diversos métodos qualitativos, e implica em observar as pessoas e juntar-se a elas, mantendo diálogos participantes (entrevistas, grupos focais e conversas informais).

A pesquisa qualitativa envolve métodos lógicos planejados e meticulosos para a coleta de dados e uma análise cuidadosa ponderada e rigorosa. Desta forma, pode ser usada para desvelar, de forma realmente independente, processos sociais ou acessar áreas da vida social que não estão abertas e receptivas a pesquisa quantitativa. Esse tipo de pesquisa qualitativa está sendo crescentemente usada em estudos sobre a organização de serviços de saúde e políticas de saúde (POPE e MAYS, 2009).

A abordagem colaborativa valoriza a participação dos diversos atores vinculados à intervenção e/ou interessados na avaliação em diversos momentos do processo como forma de aumentar sua relevância, a apropriação dos resultados e utilização dos seus achados (CARDOSO *et al.*, 2019).

Na abordagem colaborativa o envolvimento dos participantes fortalece o desenho avaliativo ampliando desta forma a coleta de informações e a compreensão dos resultados pelos interessados, de modo a aumentar a sua influência e utilização. O processo de envolvimento dos participantes é compreendido como a mola propulsora do processo avaliativo e de sua complexidade, prevendo uma potente aliança entre estes elementos. Os

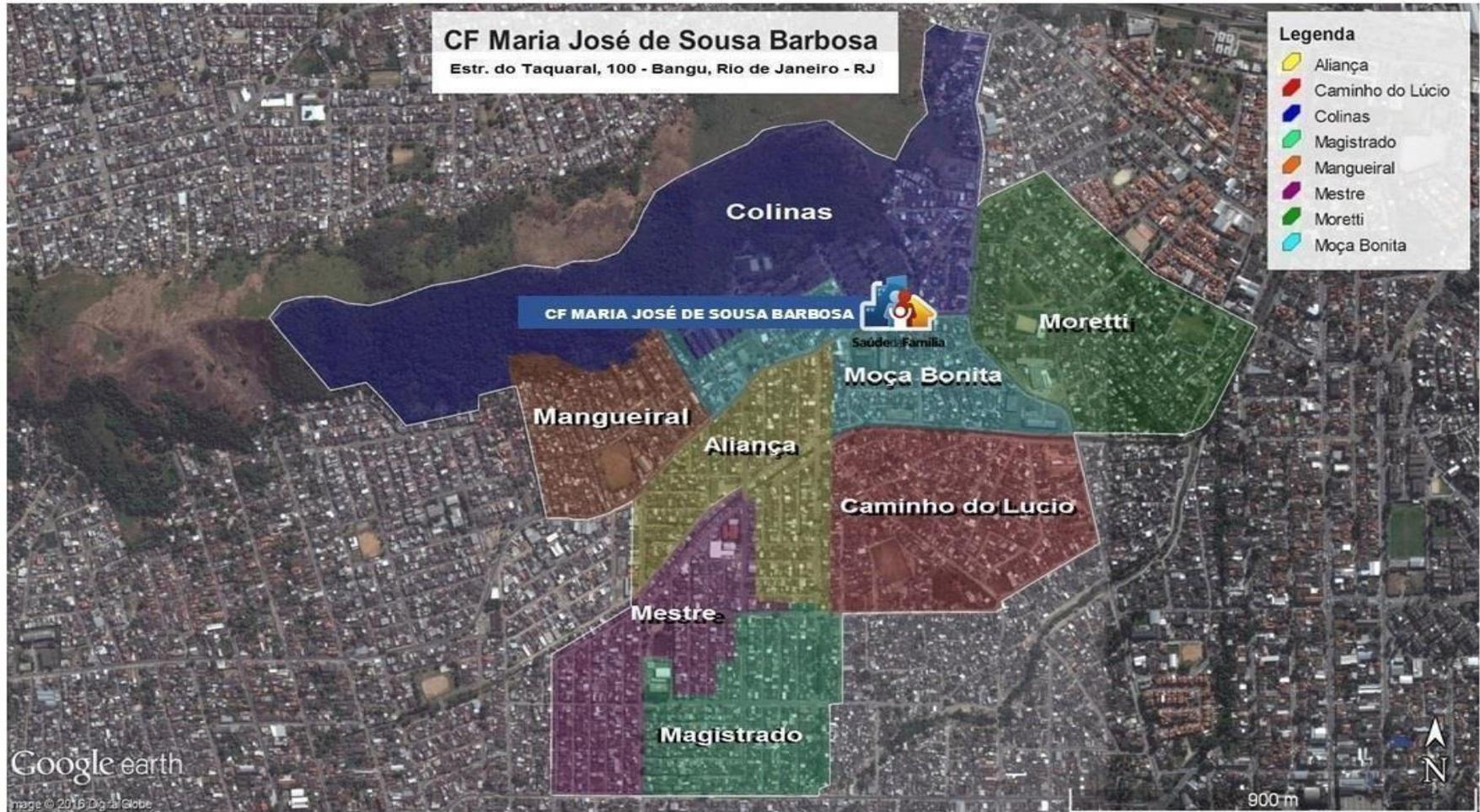
processos de participação e comunicação dos atores, afirma a autoria de idéias e o protagonismo dos participantes nas ações (CARDOSO *et al.*, 2019).

## 5.2 CAMPO DA PESQUISA – CENÁRIO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) faz parte do território da Área Programática 5.1, do município do Rio de Janeiro, e conta com oito (8) equipe da ESF (eSF), com uma população adscrita de 21.305 pessoas cadastradas, sendo 12.043 do sexo feminino e destas 8.145 autodeclararam negras (PE, 2022). Trata-se de um território marcado pela violência, cuja população é majoritariamente negra e de baixa renda e escolaridade, em condições desfavoráveis de moradia, de falta de oportunidades de profissionalização, ou seja, um ambiente onde as desigualdades raciais e sociais se expressam no cotidiano desta população. Segundo Oliveira et al. (2020, p. 2) expõe “o retrato de uma população subalternizada cujos corpos são historicamente forjados pela ameaça cotidiana da morte e do sofrimento”.

Segundo Milton Santos (1996) o território consiste em um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem, mantém suas relações sociais. Participam deste território ambientes construídos e ambientes naturais, sendo sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. Nesse sentido, o território da UBS deve ser pensado não somente como um espaço geográfico, mas composto de processos, de relações sociais e de poder, de saberes, de cultura, de produção do cuidado e de subjetividades. Podemos considerar que ele se constrói e se desconstrói como um território vivo e dinâmico (SANTOS, 1996).

Figura 3- Território da UBS



nte: Google Eart-Mapas

A violência neste território é materializada pela força policial que, diante da intersecção de gênero, raça e classe social, reproduz ações pautadas no racismo, sexismo e enquadramento de homens, mulheres, e jovens negros em ações violentas e arbitrárias de forma desproporcional. Estes territórios são comumente fragilizados pela violência estrutural manifestada, de forma mais visível, por meio da exploração e também mediante o fomento da desigualdade e das práticas de marginalização, abandono e descaso (GALTUNG, 1969).

O viés racial está inserido nas ações de intervenção militares submetendo o grupo estigmatizado a todas as mazelas sociais de subalternidade e incrementando uma política de morte, definida por Mbembe (2018) como necropolítica. Na concepção deste autor, a necropolítica é o poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Com base no biopoder e em suas tecnologias de controlar populações, o “deixar morrer” torna-se aceitável, mas não aceitável a todos os corpos. Os corpos “matáveis” são aqueles que estão em risco de morte a todo instante devido ao parâmetro definidor primordial: a raça. Na visão de Mbembe (2018) o mundo contemporâneo abriga diversas formas e estruturas que objetivam provocar a destruição de alguns grupos. Tais estruturas são formas contemporâneas de vidas sujeitas ao poder da morte e seus respectivos “mundos de morte” – formas de existência social nas quais vastas populações são submetidas às condições de vida que os conferem um status de “mortos-vivos”.

Em relação aos indicadores da violência, a taxa de homicídios da população preta ou parda, em todos os grupos etários, superou a da população branca, no entanto, destaque-se a violência letal a que os jovens pretos ou pardos de 15 a 29 anos estão submetidos: nesse grupo, a taxa chegou a 98,5 em 2017, contra 34,0 entre os jovens brancos. Considerando os jovens pretos ou pardos do sexo masculino, a taxa, atingir 185,0 (IBGE, 2019).

A população negra, em posição de vulnerabilidade, habita espaços que são alvos da violência armada e de uma política militarizada e ofensiva de segurança que cotidianamente violam direitos humanos (SILVA et al.,2021)

Milton Santos (2000), nos traz a reflexão, em tempos atuais sombrios neste país, de destituição de direitos sociais e desmantelamento de políticas públicas , que, os pobres não estão apenas sem recursos financeiros para consumir, a eles é oferecida uma cidadania abstrata, que não cabe em qualquer tempo e lugar e que, na maioria das vezes, essa cidadania não consistente e não reivindicável vem sendo ofertada, ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, e populações originárias (SANTOS, 2000).

### 5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa mulheres autodeclaradas negras, com mais de 18 anos, cadastradas e em acompanhamento de matriciamento com o Núcleo Ampliado de Saúde da família em Saúde Mental, pela facilidade na abordagem das usuárias e vínculos construídos na unidade de saúde, e residentes no território de abrangência da CF Maria José de Sousa Barbosa.

Foram excluídas àquelas mulheres que apresentaram limitações em relação à verbalização, que não residem no território definido ou que possuam cadastro provisório na unidade de saúde.

### 5.4 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada por meio da realização de entrevistas, com roteiro semiestruturado, para capturar as percepções dessas usuárias, sobre o acesso e o cuidado ofertado na CF. O roteiro (Anexo A) abordou os seguintes tópicos: identidade étnico racial, perfil sociodemográfico, acessibilidade geográfica, com enfoque no efeito da distância sobre a frequência no serviço de saúde, condições e necessidades em saúde, percepção acerca do serviço de saúde e a relação com os profissionais (expectativas das usuárias) e a percepção em relação a influência do quesito raça/cor no atendimento recebido. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

O convite para participar da pesquisa foi realizado por meio de contato presencial na data da consulta de Matriciamento com o NASF em Saúde Mental, que ocorre semanalmente. Na ocasião, a participante foi apresentada à proposta da pesquisa e convidada a participar de uma entrevista. As entrevistas foram realizadas presencialmente, no período de abril a maio de 2022, garantindo a segurança das participantes no contexto da pandemia de COVID-19 (ambientes ventilados, capazes de possibilitar o distanciamento e a higienização das mãos, com uso de máscaras). Para isso foram disponibilizados pela pesquisadora os insumos necessários. Foram também adotadas medidas de preservação do anonimato e de confidencialidade. Foram levadas em consideração providências, caso necessário, para evitar a identificação da usuária e um possível constrangimento, como a interrupção da entrevista ou de sua participação na pesquisa caso fosse solicitado. Ressaltamos que foram destacados os benefícios de sua participação, relacionados com a sua contribuição para a compreensão das

dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

A expectativa foi de que as entrevistas semiestruturadas trouxessem questões que ampliassem a compreensão sobre as condições relacionadas à raça/cor que possam afetar o acesso à unidade de saúde, a partir da vivência destas mulheres em relação à oferta dos serviços de saúde. Possibilita, assim, descobrir a estrutura de sentidos própria dos entrevistados, sendo que a tarefa da pesquisa é evitar, na medida do possível, a imposição das estruturas e das suposições do pesquisador (POPE e MAYS, 2009).

Ao término da pesquisa será promovida uma apresentação na unidade de saúde para compartilhar os principais achados e recomendações para as participantes e os profissionais da saúde.

O quadro 2 apresenta a matriz de informação relacionando os objetivos da pesquisa e a estratégia de coleta de dados.

**Quadro 2 - Matriz de informação**

| <b>Objetivos específicos</b>  | <b>Técnica de coleta</b>   | <b>Fonte de evidências</b>   |
|---|----------------------------|--|
| 1. Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres negras entrevistadas residentes da área adscrita da UBS  |                            | Dados do Sistema de informação de cadastro dos usuários do SUS - prontuário eletrônico (PE)<br>Mulheres usuárias da Unidade de Saúde |
| 2. Descrever a percepção das usuárias negras sobre o acesso aos serviços de saúde ofertado na unidade de saúde  | Entrevista semiestruturada | Mulheres usuárias da Unidade de Saúde  |
| 3- Analisar a percepção das usuárias negras sobre as condições de acesso aos serviços de saúde, considerando as subdimensões de acolhimento, acessibilidade e disponibilidade | Entrevista Semiestruturada | Mulheres usuárias da Unidade de Saúde  |
| 4- Identificar as potencialidades e barreiras apreendidas pelas mulheres negras no acesso à unidade de Atenção Primária à Saúde   | Entrevista semiestruturada | Entrevistas gravadas e transcritas<br><br>Dados do sistema de informação de cadastro dos usuários do SUS- prontuário eletrônico (PE) |

**Fonte:** Elaboração Própria

## 5.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram analisadas por meio de uma análise de conteúdo temático (BARDIN, 2011; SANTOS, 2012), considerando a dimensão acesso e as subdimensões: acolhimento, acessibilidade e disponibilidade.

Foi realizada inicialmente uma leitura flutuante do material, no sentido de capturar as primeiras impressões sobre as falas das participantes, e em seguida, o agrupamento por afinidade de respostas, de acordo com os tópicos explorados, constituindo assim categorias temáticas em diálogo com as dimensões analíticas.

As entrevistas realizadas foram atravessadas pelos episódios de fechamentos da unidade por conta da violência armada e desmarcações por parte das entrevistadas, de tal forma que não foi possível realizar o número proposto de 20 entrevistas para análise, foram nove mulheres para a entrevista semiestruturada.

Em concordância com a metodologia adotada para esta pesquisa, os dados são apresentados de acordo com a proposta de “Temas de Análise”, que apresentam segmentos textuais na transcrição das entrevistas.

Seguindo os critérios de inclusão previamente definidos, transcritas e organizadas. Após a leitura foram extraídas e agrupadas falas que se vinculam mais diretamente aos objetivos do estudo, em especial, àquelas recorrentes, de modo a construirmos uma leitura compreensiva e crítica.

Os temas foram:

- a) tema 1 - Características sociodemográficas das mulheres;
- b) tema 2 - Percepções das mulheres negras sobre o acolhimento, acessibilidade e disponibilidade dos serviços ofertados na unidade de Atenção Primária à Saúde;
- c) tema 3 - Percepções das mulheres negras sobre barreiras de acesso e motivos para buscar os serviços ofertados na unidade de Atenção Primária à Saúde e
- d) tema 4 - Percepções das mulheres sobre a interferência do quesito raça/cor no atendimento recebido.

## 5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

A coleta de dados somente foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com registro na Plataforma Brasil CAAE: 51175421.73001.5279. A investigação foi pautada pelas Resoluções do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos nº 466/2012 e nº 580/2018.

A realização da pesquisa esteve condicionada à anuência prévia da Coordenação da Área Programática 5.1.

As entrevistas foram realizadas após autorização e consentimento por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo B). A pesquisadora comprometeu-se com a manutenção do sigilo dos entrevistados e a confidencialidade dos dados a fim de minimizar a possibilidade de identificação dos participantes

Em consonância com as diretrizes e normas do CEP / CONEP para proteção dos participantes de pesquisa, os sujeitos da pesquisa não foram submetidos a nenhum dano físico, desconforto ou estresse psicológico. Caso ocorresse qualquer risco ou dano, os sujeitos poderiam desistir da pesquisa e informar a pesquisadora para assegurar os cuidados necessários.

## 5.7 DIVULGAÇÃO DOS ACHADOS DA PESQUISA

Subsequente à realização da pesquisa, será promovida uma apresentação na unidade de saúde para compartilhar os principais achados e recomendações da pesquisa para as participantes e os profissionais de saúde da unidade. A dissertação produzida será entregue, em formato físico, para todas as participantes da pesquisa. Será também elaborado um artigo científico, além de apresentação do trabalho em eventos técnicos e científicos.

## 5.8 PILOTO DA PESQUISA

A validação e consistência dos instrumentos da pesquisa são aspectos importantes, e para isto, foram realizados pré-testes para seu aprimoramento.

O piloto é uma fase da pesquisa que permite, em pequena escala, a realização de um pré-teste das técnicas de coleta de evidências, ou seja, é uma prévia do estudo que envolve a

realização dos procedimentos previstos na abordagem metodológica. Possibilita a alteração ou o aprimoramento dos instrumentos na fase que antecede a coleta de dados e contribui para que a pesquisadora realize e conduza com mais segurança a fase do campo de pesquisa. Deste modo, é por meio desse momento na pesquisa que é possível testar a adequação de todos os instrumentos e procedimentos contidos no método com vistas a possibilitar adaptações que se julguem necessárias para a coleta de dados definitiva (CANHOTA, 2008).

O piloto foi realizado no período de 26 a 28 de janeiro de 2022 e permitiu a testagem do roteiro de entrevistas ao grupo de mulheres com o perfil delimitado para a pesquisa, ou seja, mulheres autodeclaradas negras e residentes na área adscrita à unidade de saúde. Foram realizadas cinco entrevistas, com duração média de 30 minutos, no próprio local da pesquisa.

As mulheres foram convidadas a participar das consultas de matriciamento pelo NASF, Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Foi entregue um convite em papel personalizado a cada uma delas, com a descrição da data e horário das entrevistas. Na data agendada, o acesso a unidade de saúde, em alguns momentos ficou inviabilizado por questões da violência no território. Alguns fatores contribuíram para a dificuldade de acesso à unidade de saúde: a violência, a distância do local de moradia das usuárias, as intempéries (calor excessivo). Algumas entrevistadas utilizaram o aplicativo Uber para seu deslocamento, sendo ressarcidas pela pesquisadora. Outras preferiram remarcar a entrevista.

Foram convidadas seis mulheres, cinco compareceram e foram recebidas em um consultório de uma das equipes. Embora o local possuísse as condições favoráveis para o momento pandêmico: uso de máscaras, álcool e ventilação, houveram interrupções seguidas por parte dos profissionais de saúde da unidade. A sequência de interrupções indicou a necessidade de realizá-las em local externo à unidade quando da realização do estudo em si.

No momento das entrevistas, foram explicitados os objetivos da pesquisa, a leitura do TCLE e, em seguida, o roteiro de perguntas. Foram observadas ao longo das entrevistas algumas dificuldades de compreensão por parte das mulheres sobre o que é o racismo e a percepção sobre se há interferência do quesito raça/cor no atendimento recebido. Por vezes, estas dificuldades foram retratadas com silêncios, repetição das perguntas e outros questionamentos. O lugar institucional da gestora no serviço de saúde aparece atravessado nos questionamentos das mulheres, uma vez que em alguns momentos perguntaram se podiam falar sobre o acolhimento e o atendimento recebido por essa unidade. Por outro lado, a pesquisadora também se sentiu desconfortável em ter que reafirmar seu papel de pesquisadora.

A pesquisa piloto foi importante, pois revelou falhas sutis no processo de condução das entrevistas, que muitas vezes não estão evidentes no momento da elaboração dos instrumentos. Trouxe também à tona questões importantes no processo de condução das entrevistas, permitindo em tempo oportuno à revisão e os ajustes necessários.

O piloto evidenciou a importância de as entrevistas serem realizadas em local adequado onde sejam minimizadas as interrupções. Existem alguns espaços públicos no entorno que serão consultados para condução desta etapa da pesquisa. Possibilitou também uma reflexão sobre a postura da pesquisadora, com vistas a uma maior desassociação do papel de gestora da unidade onde será feita a pesquisa.

Adicionalmente, demonstrou a necessidade de apoiar o acesso das entrevistadas ao local escolhido, bem como a sua realização em horários estratégicos, ou seja, períodos de menor demanda e circulação de pessoas na unidade de saúde.

O roteiro utilizado na condução das entrevistas se mostrou ajustado aos objetivos do estudo, sendo necessário realizar pequenos ajustes no sentido de precisar melhor as questões elaboradas. Foi inserida uma pergunta sobre a percepção do racismo nas trajetórias de vida dessas mulheres, para além do âmbito da saúde.

O estudo piloto mostrou-se valioso, já que permitiu à pesquisadora, iniciar esta etapa com mais segurança, revendo e aprimorando os pontos necessários, refinando itens decisivos, no tocante à coleta dos dados. A iniciativa de realização da pesquisa piloto possibilitou uma reflexão dos processos que envolvem a sua aplicação e a ambiência adequada. Foi possível para a pesquisadora colocar a “mão na massa”, vivenciando momentos de maior proximidade com as mulheres, sujeitos da pesquisa.

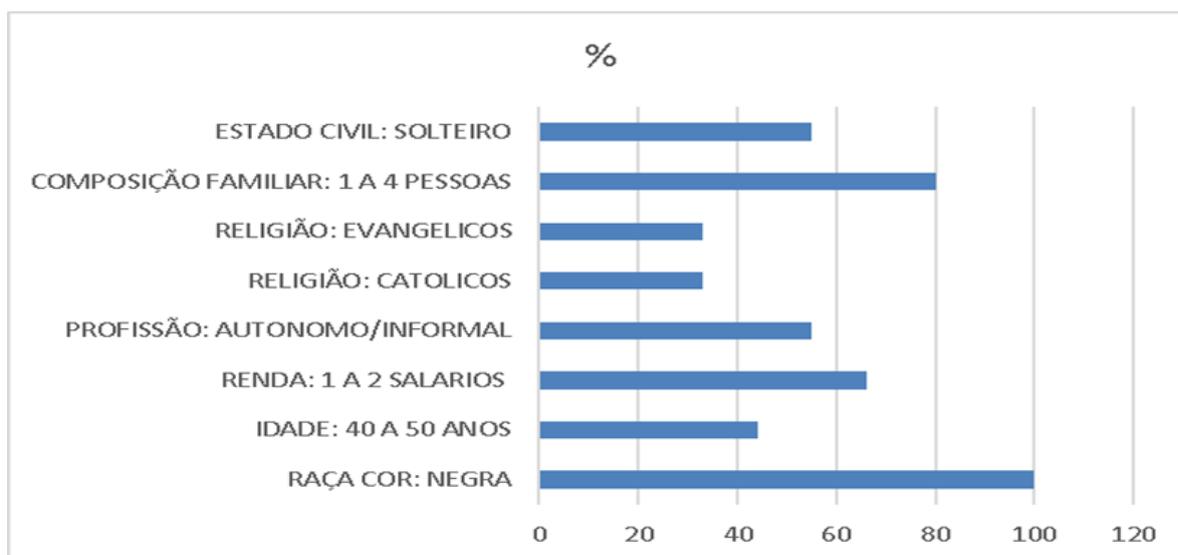
## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES NEGRAS ENTREVISTADAS

Participaram da pesquisa 09 mulheres negras. Para compor o perfil sociodemográfico das entrevistadas, foram coletados os seguintes dados: idade, cor/raça, profissão/atividade remunerada, renda média familiar, grau de instrução, estado civil, composição familiar e religião. Houve dificuldade na construção do perfil sociodemográfico devido a transição do prontuário eletrônico o que ocasionou inconsistências no banco de dados da ficha A que é preenchida pelo Agente Comunitário de Saúde, além do não preenchimento adequado das informações impossibilitando a identificação e caracterização deste perfil, sendo possível somente a descrição das mulheres que se autodeclararam negra, via entrevista.

Desta forma, a partir dos resultados desta pesquisa no que se refere aos aspectos sociodemográficos, as mulheres entrevistadas declararam-se majoritariamente negras (100%). Em sua maioria têm entre 40 a 50 anos de idade (44%). Mais da metade das mulheres possuem renda familiar *per capita* entre 1 a 2 salários mínimos (66%). No que tange a profissão/ocupação, a maioria declara-se autônoma/trabalhadora informal (55%). Com relação à religião, os maiores percentuais encontrados foram de católicas (33%) e evangélicas (33%), observando-se, entretanto, a não identificação significativa de amostra com as referidas religiões de matriz afro-brasileira. Sabe-se que a cultura negra é marginalizada, o que pode ter levado à omissão dessa informação. As mulheres entrevistadas possuem, em sua maioria, uma composição familiar de 1 a 4 pessoas (80%). Referente ao estado civil, a maioria aponta ser solteiras (55%). Todavia, as mulheres negras relataram com mais frequência não serem casadas ou não coabitarem com o parceiro.

**Gráfico 1- Características sociodemográficas das mulheres negras**



Fonte: Elaboração própria. Dado das entrevistas

Ribeiro et al. (2006), ao analisarem o perfil sociodemográfico das (os) usuárias (os) do SUS no Brasil, identificaram as seguintes características: predomínio de pessoas pretas e pardas, mulheres, com baixa escolaridade, baixa renda familiar e sem posse de plano de saúde privado. Sua análise multivariada permitiu identificar que a população em piores condições socioeconômicas apresentou maior probabilidade de atendimento pelo SUS e a variável cor manteve-se significativa mesmo após o ajuste por escolaridade e renda, apontando sua relevância dentre as variáveis socioeconômicas.

No Brasil, a realidade da maioria da população negra é marcada pelas desigualdades socioeconômicas e raciais, que têm gerado condições sociais precárias, sendo determinantes no processo saúde-doença. Embora a sociedade brasileira, em sua maioria, composta por negros e negras, estes são tratados como minoria e sentem no cotidiano as diferentes expressões do racismo, mesmo que este não se apresente de forma explícita no ódio e na segregação racial atribuição de significados negativos à determinados padrões fenotípicos de diversidades justifica o tratamento desigual impõe barreiras que impedem ou dificultam a mobilidade negra (SILVA, 1994).

As experiências desiguais do nascer, viver e morrer são analisadas por Lopes (2005), que argumenta que a pobreza tem cor e que ela, dentre uma série de campos, atinge de forma visível e concreta a saúde dos afro-brasileiros, apesar de se constituir como um direito humano de acesso universal e igualitário (LOPES, 2005).

Dados do IBGE (2019) apontam diversos indicadores que remetem ao racismo estrutural no Brasil, onde a população de cor ou raça preta ou parda situa-se, em maior proporção, abaixo das linhas de pobreza, e residem em domicílios com piores condições de moradia e com menos acesso a bens e serviços que a população de cor ou raça branca. Em relação aos indicadores educacionais, embora com alguns avanços, as desigualdades entre esses dois grupos populacionais permanecem consideráveis e se agravam no decorrer do percurso escolar, atingindo o ápice no ensino superior.

Segundo o CENSO 2010, o Rio de Janeiro é a terceira capital com maior número de pessoas negras (IBGE, 2010) e onde a taxa de pessoas negras que vivem na pobreza e na extrema pobreza é maior do que a taxa de pessoas brancas na mesma situação. Além disso, é a maior metrópole do país, ficando atrás apenas de São Paulo, e conta com o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB), registrando renda per capita de R \$1.490, 62 e Índice de Gini de 0.62 (bairros).

A sobre representação do negro na pobreza, com destaque para a situação da mulher negra, restringe suas possibilidades de consumo, de acesso aos bens sociais potencialmente disponíveis e, conseqüentemente, suas liberdades individuais. Trata-se de uma cadeia reprodutora de racismo, que perpetua a falta de oportunidades do negro em pertencer a uma classe social mais privilegiada e o mantém marginalizado e excluído da sociedade (LOPES, 2005).

Nesse sentido, ao ocupar as profissões ou cargos desvalorizados e com salários inferiores, conseqüentemente irão residir em lugares mais pobres, frequentam escolas mais carentes e de pior qualidade, além da restrição ao saneamento básico, expondo-se a doenças já erradicadas nas camadas economicamente mais bem situadas. Podemos considerar que a pobreza da população negra é resultante do processo social que limita suas oportunidades de ascensão (BENTO, 2006).

Tendo em vista tal contexto, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2016), ressaltam as desigualdades de acesso à educação da mulher negra. Enquanto 79,3% das mulheres brancas concluem o ensino médio, essa porcentagem cai para 65,2% em relação às negras. Já no ensino superior, esse número se torna ainda mais discrepante, com mulheres brancas apresentando 23,5% da taxa de conclusão de curso, contra 10,4% das mulheres negras. Ainda segundo o IBGE (2016), os dados apontam que 62,3% das mulheres que trabalham como empregadas domésticas no país são negras, o que reforça o pertencimento histórico a lugares de servidão.

Ao analisar o estado civil das mulheres entrevistadas, que permanecem solteiras, e não coabitam com seus parceiros, corrobora os achados de que o preterimento e desprezo pelas mulheres negras quanto a serem escolhidas como potenciais parceiras afetivas sexuais se constrói pela via da racialização da negritude em detrimento da não-racialização da branquitude. Esta diferença se dá na vivência da intersecção de raça e gênero em outros grupos femininos nesta temática e como as mulheres brancas seriam majoritariamente preferidas nestas relações, colaborando para a solidão de mulheres negras (PACHECO, 2013).

Nesta perspectiva, as mulheres negras, vivenciam sentimentos de auto-ódio e solidão como repercussão do racismo estrutural. Isto se exprime através da exclusão social, marcada por refinados mecanismos racistas tanto no acesso quanto na negação de condições concretas e/ou condições subjetivas de vida e bem-estar, como o afeto (VIEIRA, 2020).

Apesar da ascensão social feminina, a situação das brasileiras ainda é desigual quando comparadas aos homens. Além disso, vê-se que essa situação se intensifica entre a população negra. As mulheres ainda ocupam funções desvalorizadas pela sociedade, recebem baixos salários, além de estarem inseridas em atividades autônomas/trabalho informal, com maior proporção trabalhando como autônomas ou sem carteira profissional, como demonstram os achados desta pesquisa.

Segundo o IBGE (2016), 34,8% das adolescentes pretas e pardas não concluem o ensino médio e 10,4% concluem o ensino superior, ao passo que, 26,4% desse mesmo público entre 15 e 29 anos estão na categoria de “apenas ocupadas”, ou seja, trabalhando, mas não estudando. Logo, é possível interpretar que meninas e mulheres negras no Brasil deixam de estudar para trabalhar. Dados do IPEA (2018) apontam que em 2017/1 a taxa de desemprego para mulheres negras foi de 18%, o que colabora para a procura desfocada por emprego desta população. Estando em situação de vulnerabilidade e precisando de recursos, a mulher negra, muitas vezes, aposta no emprego onde as portas se abrem, abrindo mão de suas preferências profissionais e não podendo realizar o planejamento de sua carreira e possível ascensão social.

Ainda de acordo com dados do IBGE (2019) a população de cor ou raça preta ou parda possui severas desvantagens em relação à branca, no tocante às dimensões contempladas pelos indicadores – mercado de trabalho, distribuição de rendimento e condições de moradia, educação, violência e representação política. No mundo do trabalho, por exemplo, a desocupação, a subutilização da força de trabalho e a proporção de trabalhadores sem vínculos formais atingem mais fortemente a população preta ou parda. Indicadores de rendimento confirmaram que a desigualdade se mantém independentemente do nível de

instrução das pessoas ocupadas. Tais resultados são influenciados pela forma de inserção das pessoas de cor ou raça preta ou parda no mercado de trabalho, qual seja: ocupam postos de menor remuneração e são menos representadas nos cargos gerenciais, sobretudo os de mais altos níveis (IBGE, 2019).

Em síntese, para a população negra no Brasil, as vulnerabilidades estão estruturalmente vinculadas ao racismo, que atua na sua produção, determinando piores indicadores sociais e de saúde, configurando um cenário de iniquidades. São elas que apresentam desvantagens de escolaridade e renda, vivem em condições de moradia mais precária e, ao mesmo tempo, têm mais filhos, menos parceiros fixos e são mais frequentemente as principais responsáveis pela família. Sua extrema vulnerabilidade social certamente tem impactos sobre a saúde e o acesso aos serviços (GOES et al., 2020).

## 6.2 PERCEPÇÕES DAS MULHERES NEGRAS SOBRE O ACOLHIMENTO, ACESSIBILIDADE E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS OFERTADOS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Conforme segmentos textuais (quadro 4) os sujeitos da pesquisa, a percepção das entrevistadas no que se refere ao acolhimento, acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde ofertados na Atenção Primária à Saúde reitera estereótipos associados a esse nível da atenção: baixa densidade tecnológica, pouca resolutividade, predomínio da oferta de ações preventivas, realizadas por profissionais não especializados, visão que vem acompanhada da demanda pela criação e expansão de ambulatório de especialidades na rede básica. As barreiras de acesso se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento efetivo, com maior procura por atendimento em saúde mental e em torno de questões inerentes à saúde da mulher.

De forma muito frequente, quando perguntadas sobre disponibilidade, observou-se a percepção de um modelo de atendimento médico centrado, em que o acesso a unidade se materializa pela presença do médico através da oferta de consultas e de práticas e ações curativas. A ênfase das ações curativas baseia-se no foco das queixas dos indivíduos que procuram a unidade de saúde e no tratamento das doenças, lesões e danos e a medicalização. Tais práticas priorizam a assistência médica individual com destaque nas especialidades.

Essa visão que aparece nos relatos vem acompanhada pela busca e ampliação das especialidades na Atenção Primária à Saúde e que demandam por encaminhamento a Atenção Secundária através das seguintes especialidades: cardiologia, pediatria e ginecologia. Os encaminhamentos à rede secundária e terciária representam nós críticos no SUS pela

insuficiência da oferta de serviços, são os “vazios” assistências da média e alta complexidade ambulatorial e ainda APS ter como de seus atributos essenciais a coordenação do cuidado.

Há desequilíbrio entre a oferta de serviços de saúde a e procura, o que corrobora para as falas das mulheres sobre as dificuldades de conseguir consultas com especialistas e a necessidade de tais consultas por especialistas serem realizadas pela APS. Desta forma, coordenar o cuidado e articular as ações de saúde de forma a garantir a continuidade da atenção integrada nos diferentes pontos da rede de forma sincronizada se faz necessário para a longitudinalidade do cuidado.

Quando abordado sobre a acessibilidade, a maioria das mulheres entrevistadas informou que a unidade de saúde fica próxima à residência, sendo o deslocamento em geral realizado a pé, tendo em vista o raio de 1,5 km, em que as oito equipes da Saúde da Família estão inseridas, não havendo outro meio de transporte.

Em relação às falas das entrevistadas, percebe-se a insatisfação das mulheres com o elevado tempo de espera na unidade de saúde ou no agendamento de consultas e procedimentos e ainda, a ausência de médicos associada como uma das dificuldades de acesso. Contradições e incoerências relatadas pelas mulheres no atendimento pela unidade de saúde refletem certa ambivalência nas falas. Ao tempo que se dizem bem acolhidas, não reconhecem atendimentos realizados por profissionais não médicos. As mulheres verbalizam que têm acesso aos serviços de saúde, mas fica claro que a universalidade no acesso tropeça em lacunas na atuação das equipes de saúde da família e nas dificuldades do cumprimento dos atributos essenciais da APS como a integralidade dos serviços ofertados.

**Quadro 3** - Percepções das mulheres negras sobre as subdimensões: Acolhimento, acessibilidade e disponibilidade dos serviços ofertados na unidade de Atenção Primária à Saúde

| Subdimensões | Segmentos Textuais  |
|--------------|---|
|              | <p>“O primeiro atendimento foi bem acolhedor, eu nem sei quem deu porque eu cheguei aqui chorando, minha cabeça estava muito ruim...”. (Angola)</p> <p>“O primeiro acolhimento, a parte da entrada às vezes é um pouco confuso com os agentes comunitários, mas quando a gente entra para ser atendido pelo médico a gente é bem orientado...”. (Congo)</p> <p>“Eu não tenho muita dificuldade no acolhimento</p> |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <p><b>Acolhimento</b></p>    | <p>e atendimento (...) quando você marca uma consulta com um profissional que não tem aqui, isso é mais difícil e complicado. Alguns momentos você vem e não tem médico disponível na minha equipe, nem sempre está disponível”. (Guiné)</p> <p>“O acolhimento geralmente é bom, às vezes, acaba sendo um pouco demorado, porque existem muitas outras questões também, pessoas com questões maiores de risco de saúde, mas nada assim tão alarmante não. É algo que a gente consegue esperar e que a gente tem o retorno do profissional que vai atender a gente”. (Moçambique)</p> <p>“Existe uma dificuldade do sistema do SISREG, não é da clínica no geral, mas eu não tenho o que falar de negativo, só positivo sempre consegui atendimento, sempre consegui consulta, independente de qual foi o motivo ou o clínico ou a enfermagem o que for eu sempre consegui”. (Zambia)</p> <p>“Muito bem recebida, fui bem atendida”. (Senegal)</p> |
| <p><b>Acessibilidade</b></p> | <p>“No meu caso o acesso a esta unidade de saúde é bem fácil, porque eu moro do outro lado da rua, então é bem tranquilo...”. (Angola)</p> <p>“A pé”. (Namíbia)</p> <p>“Carro e bicicleta”. (Congo)</p> <p>“Vem a pé, moto táxi”. (Guiné)</p>   |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <p><b>Disponibilidade</b></p> | <p>“Até então eu sei do atendimento só por conta da emergência, que foi que realmente eu fui atendida aqui...”. (Angola)</p> <p>"Da mama e pedra da vesícula". (Namíbia)</p> <p>“Normalmente aqui é psicológico, psicológico, às vezes ginecologista, que é o enfermeiro quem faz, o preventivo”. (Guiné)</p> <p>“Questão de vacina, saúde da criança (...) o serviço ofertado a gente olhando assim é o que se preconiza (...), mas devido a vulnerabilidade mesmo do território eu penso que poderia ter um número maior de profissionais na equipe para estar acolhendo melhor as questões mais clínicas mesmo”. (Moçambique)</p> <p>“Saúde mental principalmente, mas também tem a parte clínica, tem todo a parte clínica, preventivo essas coisas que é necessária mesmo. Mas o principal para mim aqui é a psicologia e eu sou muito bem atendida e o resultado do trabalho da minha médica”. (Zambia)</p> <p>“A clínica é boa, mas deveria ter suas especialidades aqui. (...) eu acho que é muita coisa, eles são especializados naquilo sim, mas cada setor deveria ter o seu próprio médico”. (Zimbabue)</p> <p>“Realizo acompanhamento de diabetes e hipertensão”. (Senegal)</p> |
|-------------------------------|--|

Nota: Sujeitos da pesquisa, Rio de Janeiro, 2022.

**Fonte:** A autora, 2022.

As desigualdades raciais no Brasil, configuradas pelo racismo institucionalizado, impactam no acesso aos serviços de saúde, e se expressam no tratamento desigual em função da raça/cor/etnia, sendo reconhecido como um princípio ativo do processo de exclusão social (GOES e NASCIMENTO, 2013).

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada ao

acesso e utilização dos serviços que, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais. (GOES e NASCIMENTO, 2013).

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção a saúde, sendo fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo técnico-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS) e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. (BRASIL, 2010)

Nesta perspectiva, o afrocentrismo passa a ser um valor a partir da factibilidade dos modos de ação. A valorização das subjetividades, cultura e valores dos usuários dos serviços de saúde é essencial para a possibilidade do acolhimento. Apesar das iniquidades e desigualdades sociais, a Política Nacional de Humanização propõe as práticas de acolhimento e a humanização do cuidado como um direito de Estado. No entanto, para que se efetive, depende diretamente do reconhecimento da sua importância pelos profissionais de saúde (SANTOS e BARBOSA, 2020).

No senso comum, acesso e acessibilidade são tratados de forma indistinta, sendo a acessibilidade uma das dimensões do acesso, que se refere a distância geográfica, tempo e custo. Já o acesso ou acessibilidade diz respeito ao grau de ajuste entre as características da população e da oferta de serviços. A avaliação do acesso deve ser feita separadamente segundo os tipos de cuidado, tipos de serviços e nível de atenção, pois tais diferenciações caracterizam situações e fatores distintos que influenciam o acesso (VIACAVA *et al.*, 2012).

A acessibilidade geográfica, por sua vez, permite tanto a obstrução quanto o aumento do uso de serviços pelas pessoas, pois relaciona-se com a distância, custo da viagem e tempo de locomoção. Portanto, a acessibilidade diz respeito à relação existente entre as aspirações e necessidades dos indivíduos em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las. Nessa perspectiva, a acessibilidade encontra-se estreitamente relacionada com as características dos indivíduos, bem como o uso de serviços. (RODRIGUES, 2009).

No tocante a dimensão do acesso definida como disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento necessário. O nível pelo qual os serviços de saúde se ajustam às necessidades da população ou o momento que os serviços são necessários também faz parte do elemento disponibilidade (SANCHEZ e CICONELLI, 2012)

Em relação à disponibilidade compreende ainda a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Essa interação é influenciada pelas políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais de saúde contratados em uma determinada instituição de saúde, pelas regulações que regem as interações de saúde e pela existência de equipamentos (MCINTYRE e MOONEY, 2007).

### 6.3 PERCEPÇÕES DAS MULHERES NEGRAS SOBRE BARREIRAS DE ACESSO E MOTIVOS PARA BUSCAR OS SERVIÇOS OFERTADOS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Destaca-se na fala das entrevistadas a violência como barreira de acesso, visto que em dias de confronto armado entre atores sociais, a unidade permanece fechada, de acordo com o protocolo Acesso Mais Seguro, que reúne medidas de segurança para o funcionamento das unidades da rede de Atenção Primária (clínicas da família e centros municipais de saúde) no município do Rio de Janeiro.

A Secretaria Municipal de Saúde adota em sua rede o Protocolo de Acesso Mais Seguro, desenvolvido em conjunto com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, que estabelece medidas a serem tomadas pelas unidades visando a segurança, tanto de profissionais, quanto dos usuários. Com base em características dos respectivos territórios, as unidades notificam a situação local como amarelo, laranja ou vermelha adotando para cada classificação as medidas cabíveis de segurança. O Acesso Mais Seguro contribui para padronizar a tomada e o fluxo de decisão no momento de crise, pactuar procedimentos padrão e diminuir o risco. A estratégia de Acesso Mais Seguro tem um impacto na melhoria do acesso a saúde nas áreas urbanas vulneráveis a violência armada e pode ser adaptada a todas as unidades da APS em situação de risco (CICV, 2013).

**Quadro 4** - Notificações da Plataforma do Acesso Mais Seguro da Secretaria Municipal de Saúde

| <b>NOTIFICACOES</b> | <b>2020</b> | <b>2021</b> | <b>2022 (1 semestre)</b> |
|---------------------|-------------|-------------|--------------------------|
| <b>AMARELO</b>      | <b>06</b>   | <b>23</b>   | <b>08</b>                |
| <b>LARANJA</b>      | <b>05</b>   | <b>06</b>   | <b>03</b>                |
| <b>VERMELHO</b>     | <b>04</b>   | <b>09</b>   | <b>12</b>                |
| <b>TOTAL</b>        | <b>15</b>   | <b>38</b>   | <b>23</b>                |

Nota: Plataforma Acesso Mais Seguro, SMS/RJ – 2022

Fonte: A autora, 2022.

Tendo em vista os argumentos apresentados, percebe-se mudanças da violência armada no território a partir da pandemia de COVID-19 reverberando nos sinais, riscos e comportamentos seguros aos profissionais de saúde. No plano de segurança da unidade de saúde foram discutidas e contempladas uma série de ações e medidas para preparar e responder aos desafios e prioridades específicas do contexto conforme as cores do Protocolo do Acesso Mais Seguro, a saber: Amarelo – Evento de violência de levaram a suspensão de atividades no território da unidade de saúde; Laranja – Eventos de violência que levaram ao fechamento da unidade de saúde, seguida de reabertura após avaliação do território e Vermelho – Evento de violência que levaram ao fechamento da unidade de saúde. Desta forma, a partir da avaliação permanente de riscos e do estabelecimento de medidas e procedimentos que reduzam esses riscos no dia a dia, amenizando os impactos na vida dos profissionais de saúde e usuários da APS em função dessas ocorrências.

Verifica-se nas colocações das entrevistadas que a violência armada no território é um fenômeno que afeta negativamente o acesso das mulheres negras à unidade de saúde. Tendo em vista que, na Atenção Primária à Saúde o território é um espaço de cuidado de proximidade, implicando no contato maior das equipes com todas as questões de vulnerabilidade social que inclui a violência armada, essa questão dificulta o acesso à saúde da população, devido à diminuição da procura e da prestação de serviços por causa de segurança.

Em relação ao acesso das mulheres aos serviços prestados pela unidade de saúde nota-se que os problemas referidos perpassam pela oferta e organização dos serviços de saúde que

podem atuar como barreiras de acesso. Deste modo, o acesso não pode ser definido apenas pela disponibilidade de serviços de saúde de qualidade, mas também pela capacidade de promover ajustes no sentido de minimizar possíveis barreiras institucionais: físicas, mas também sociais e culturais.

Ao abordar o motivo pelo qual buscam o serviço de saúde, observa-se que a maioria procura pelo atendimento em Saúde Mental realizado pela psicóloga do NASF. Ao primeiro contato com equipe da ESF são atendidas através de consultas conjuntas ou interconsultas pela ESF e NASF. Nos primeiros atendimentos com a psicóloga do NASF e o profissional de referência, médico ou enfermeiro, chegam adoecidas, vulneráveis, frágeis, confusas e acometidas com sintomas de ansiedade, insônia, sofrimento psíquico difuso e intenso, dificuldades de relacionamento, medo em sair de casa, isolamento social, algumas com históricos de tentativa de suicídio. Por vezes relatam situações de violência sofridas durante sua trajetória de vida e adoecimento pelo desemprego e miserabilidade. Tais quadros revelam a possibilidade de negação da dor, da fragilidade e que podem causar insegurança em lidar com seus medos e seus próprios sentimentos. Pelo fato de não se permitirem vivenciar suas emoções, afetações e perturbações, retratando a simbologia perversa e disseminada no coletivo de que a “mulher preta é guerreira”.

Tais achados revelam estereótipos em torno da capacidade de resistência das mulheres negras consideradas fortes, capazes de suportar qualquer adversidade. Essa ideia preconcebida contribui para situações de violência e negligências nos cuidados em saúde, e no descrédito de eventual situação de fragilidade e necessidade de ajuda.

**Quadro 5** - Percepções das mulheres negras sobre: barreira de acesso e motivos que levam a buscar os serviços de saúde ofertados na Atenção.

| Percepção | Segmentos Textuais   |
|-----------|--|
|           | <p>“Quando eu identifico alguma anomalia em mim e preciso de ajuda (...) eu trouxe duas demandas: uma para psicologia e outra para saúde da mulher...”. (Angola)</p> <p>“Às vezes é para pressão, para minha diabetes”. (Namíbia)</p> <p>“Atendimento médico”. (Congo)</p> <p>“Tentar cuidar da minha saúde, principalmente psicológica”. (Guiné)</p> <p>“O principal motivo que eu vou é na questão</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Motivo para buscar a unidade</b></p> | <p>mais de saúde da mulher e quando necessário está realizando alguma questão de vacinação, ou outro atendimento assim mais de urgência na questão clínica”. (Moçambique)</p> <p>“Tratamento psicológico e psiquiátrico”. (Zambia)</p> <p>“Cuidar da minha saúde, e das pessoas que precisam vir, às vezes eu venho para mim, às vezes para as netas”. (Zimbabue)</p> <p>“Busco por atendimento clínico médico e dentista”. (Senegal)</p>   |
| <p><b>Barreira de acesso</b></p>           | <p>“Em relação à demanda de tempo, essa questão de horário (...) tem um pouco essa dificuldade do horário ... como funciona o horário para demanda livre, mas o horário para atendimento fica complicado”. (Angola)</p> <p>“É isso! Eu estou há mais de meses vindo buscar minhas receitas da pressão até hoje, nunca está pronto”. (Namíbia)</p> <p>“(…) violência porque quando tem incursão policial a unidade fica fechada e a gente não consegue sair de casa”. (Congo)</p> <p>“Tirando a pandemia, às vezes não tem médico, é isso. Relacionado a isso, falta de médico”. (Guiné)</p> <p>“A questão às vezes é quando está um pouquinho mais cheio, mas geralmente a gente consegue ser acolhido. A gente consegue o atendimento daquilo que a gente precisa”. (Moçambique)</p> <p>“A dificuldade de acesso é transporte e também por ser área de risco”. (Senegal)</p> |

Nota: Sujeitos da pesquisa, Rio de Janeiro, 2022.

Fonte: A autora, 2022.

A APS é fundamental na construção de vínculo cidadão e profissional de saúde, de modo que sejam legitimados os atributos essenciais para a garantia do acesso, tais como: a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Assim, a ESF pode ser

definida por um conjunto de ações e serviços para além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (PEREIRA *et al.*, 2013). É muitas vezes na Atenção Primária que os cuidados em saúde são realmente efetivados haja visto que a unidade de saúde deve ser apropriada para reconhecer e manejar grande parte dos problemas de saúde comuns a essa população.

A APS como principal porta de entrada do SUS e dos cidadãos do território de realização da pesquisa, tendo como atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, é importante a adoção de medidas na perspectiva que a ESF exerça um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica tão marcantes neste território. É importante e necessário conceber a ESF, como rede de cuidados articulados, cujo objetivo principal seja acolher as necessidades sentidas pelos usuários.

No território da UBS, diante da tendência de fragmentar a clínica tanto internamente, quanto externamente, nos diversos níveis do sistema de saúde. É necessário um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, mas que se estrutura com base no reconhecimento das necessidades da população e da leitura dos determinantes sociais do território: a pobreza extrema, as condições de moradia e saneamento básico, os indicadores de violência, de educação e renda.

A ESF propõe que a atenção a saúde centre-se na família e na atenção a cada indivíduo que dela precise. Notadamente, é importante o diálogo entre profissionais de saúde e o contato com as condições de vida e saúde da população adscrita, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas impostas pelo cotidiano do serviço de saúde.

Nessa perspectiva busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de a população viver de modo mais saudável (PNAB, 2017).

De acordo com a Portaria nº 4.279, para assegurar a resolutividade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o acesso, que pode ser analisado através (I) da disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; (II) da comodidade, relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à

conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e (III) da aceitabilidade, relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à estrutura física do serviço, ao tipo de atendimento prestado, e relacionada, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

As barreiras ao acesso, segundo Sousa et al (2014), são evidenciadas conforme se passa da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Na prática, a mulher negra vivencia adiamento do atendimento oportuno o que, conseqüentemente, prolonga seu sofrimento ou pode até lhe causar a morte. Sousa et al cita as seguintes barreiras à Atenção Especializada: fatores estruturais, como a ausência de profissionais médicos na Atenção Básica, insuficiente oferta de consultas e exames especializados, bem como a dinâmica “própria” de funcionamento dos serviços de saúde (SOUSA *et al*, 2014).

O movimento societário sobre o imaginário das mulheres negras para que “não sinta” e que impõe a essas mulheres papéis predefinidos: trabalho, força, resignação, apagando-se a possibilidade de algum transtorno psicológico e a possibilidade de adoecimentos dessas mulheres, onde a depressão é tomada como sinônimo de fraqueza. A intersecção entre raça e gênero tensiona a opressão contra as mulheres negras, uma vez que a questão de gênero influencia o racismo. Desde o período colonial, mulheres negras foram expostas a trabalhos forçados, e a exploração de seus corpos abusados e violentados sexualmente. Essa opressão histórica marca o psíquico e influencia a saúde mental das mulheres negras (SAMPAIO, 2012).

Colocar em dúvida a inteligência e capacidade de conquista ou de conclusão de uma tarefa são algumas das conseqüências do racismo, em que muitas vezes as mulheres negras, por seu gênero e raça, são desacreditadas, questionadas e diminuídas por uma sociedade racista que, desde o período escravagista, dualiza em corpo separado de mente. Seus corpos e mentes são estigmatizados, submetendo-as, no imaginário social, a seres instintivos, irracionais, úteis apenas para servir no sexo e nas tarefas domésticas (MOREIRA, 2018).

#### 6.4 PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A INTERFERÊNCIA DO QUESITO RAÇA/COR NO ATENDIMENTO RECEBIDO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

É no cotidiano das mulheres negras e em suas relações sociais que o racismo e a discriminação racial são reproduzidos, assim as manifestações racistas podem ter um viés

racial implícito. Deste modo, torna-se relevante trazer a percepção do racismo sob a ótica dessas mulheres negras, jovens e adultas, como e de que maneira expressam a sua materialização durante o atendimento em uma unidade de saúde da APS, como demonstrado nos segmentos textuais das entrevistadas.

Uma das primeiras constatações na análise das falas das mulheres foi a invisibilidade do racismo na sociedade e, por consequência, seu reflexo nos serviços de saúde. Em geral, declaram não perceber tais manifestações, ou restringem o olhar para o local de atendimento, como se este fosse dissociado de outros espaços sociais onde circulam: “Na clínica da família que eu pertença não”, “Não, nunca presenciei nenhum caso de violência racial em relação a outra pessoa na unidade”.

Denota-se que o racismo fornece o contexto necessário para a criação e manutenção de estereótipos, preconceitos e discriminação à essas mulheres negras que sofrem com uma tríplice discriminação: ser mulher, pobre e favelada. Mesmo assim, uma parcela das entrevistadas tem dificuldade em perceber ou verbalizar sua ocorrência.

Com relação a percepção das mulheres negras sobre a interferência do quesito raça/cor e de manifestações de racismo na unidade de saúde, as usuárias entrevistadas trazem narrativas em que estão presentes a discriminação racial e o racismo institucional. A maioria das participantes da pesquisa desconheciam o conceito e o significado material do racismo. Parte das mulheres declararam nunca ter vivido ou presenciado discriminação racial, de uma forma direta.

Notadamente que o papel da gestora *versus* pesquisadora impacta também nos silenciamentos, uma vez que as entrevistadas demonstraram dificuldade de desassociar o papel de pesquisadora e gestora da unidade de saúde. Traziam indagações se poderiam falar tudo que pensam ou gestos e expressões que traduziam desconfortos, receios e incômodos, de que de algum modo pudessem interferir de forma negativa em atendimentos futuros na unidade de saúde. A pesquisadora buscou esclarecer que o espaço da entrevista era um ambiente seguro, sendo garantido o anonimato, a confidencialidade e livre de julgamentos, ressaltando o quanto era importante a fala sincera de cada uma das mulheres, visando a produção de significados espontâneos.

Outro grupo de entrevistadas citam aspectos em suas falas de motivações racistas por parte dos profissionais de saúde da unidade: um olhar enviesado e atravessado, “de cima pra baixo” como relata uma das mulheres, uma “relaçõzinha impessoal”, a falta de paciência, o medo, a ausência de contato, e as orientações mal concedidas. Em outras narrativas, citam que

o racismo não é “escancarado” mas há demora no atendimento, há um “esquecimento”, e uma relação de distanciamento com os profissionais de saúde.

Identificou-se o quanto o racismo institucional se expressa nas entrelinhas dos depoimentos. Ele não se dá de forma visível, está sutilmente enraizado no âmago das instituições e nas relações sociais. A visão de que há preconceito de classe e não de cor também esteve presente nas falas das entrevistadas. A questão do negro relacionada a classe social, mostra que a precariedade vivida por estas mulheres pode comprometer seu estado de saúde e adoecimento.

Outro aspecto a ser mencionado nos achados da pesquisa é de que quando a percepção de si é internalizada de forma negativa, podem surgir a pressão emocional e variados sofrimentos psíquicos que podem ser percebidos como perturbações do pensamento e do comportamento, pois “instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares, e favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento, entendidos, frequentemente, como timidez ou agressividade”, demonstrados pelas falas das mulheres ao próprio corpo negro com raiva e indiferença ao autocuidado em saúde e a percepção na procura pelos atendimentos em saúde mental na unidade de saúde.

**Quadro 6 - Percepção das mulheres sobre a interferência do quesito raça/cor no atendimento recebido na unidade de Atenção Primária à Saúde**

| <b>Interferência da raça/cor no atendimento</b> | <b>Segmentos Textuais</b>  |
|---|--|
| <b>Vivenciou discriminação racial</b>           | <p>“Na minha vivência normalmente o racismo não é assim tão escancarado. Então, normalmente você é mais esquecido, é menos olhado, você pode esperar aqui tranquilamente porque você parece melhor, mas é só uma diferença no tratamento, não é uma coisa escancarada ... Então não aconteceu nenhum caso de racismo comigo aqui, que fosse escancarado que eu percebi, só mesmo a questão do tempo, do esquecimento e uma relaçãozinha meio impessoal”.<br/>(Angola)</p> <p>“Não. Sempre me respeitavam normalmente, nunca houve nada”.<br/>(Namíbia)</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>“Na clínica nunca tive essa percepção não. Na clínica não”. (Congo)</p> <p>“Neste quesito eu nunca vivenciei esta questão de discriminação pela questão da minha raça e minha cor. Fui bem acolhida, a gente consegue entender esse acolhimento, se houve esta questão foi bem velado, algo assim que não transpareceu, não perceptível, mas ao meu olhar nunca presenciei isso não”. (Moçambique)</p> <p>“Sim, tinha uma médica que me olhou de cima para baixo, não deu muita importância. Eu fui até direção comentar sobre essa discriminação (...)”. (Senegal)</p>  |
| <p><b>Presenciou discriminação racial</b></p> | <p>“Não, nunca presenciei nenhum caso de violência racial em relação a outra pessoa na unidade. Até mesmo a vacinação em massa, eu vi que todas as pessoas que vieram foram bem tratadas”. (Angola)</p> <p>“(...) porque muita gente tem discriminação porque a pessoa é preta e na boca do povo preto rouba, entendeu? ” (Namíbia)</p> <p>“Eu já presenciei, porque a maioria dos pacientes da clínica são de cores negras, a gente percebe que não tem muita paciência, acha que é porque é da comunidade, não tem paciência de lidar com elas, já presenciei isso sim”. (Congo)</p> <p>“Eu já vi algumas situações aqui referente algumas mulheres que são negras (...) não sei se foi relacionado a cor ou a forma como essa pessoa se portou, eu ouvi alguns comentários porque é favelado, eu vi algumas pessoas conversando, e falando: é complicado trabalhar em um lugar deste...” (Guine)</p> <p>“Sim, já presenciei (...) o tratar com outra</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>“... no geral não. Porque também não tem muita diferença racial entre as pessoas que atende. Então fica um pouco mais confortável, acaba fugindo um pouco do perfil de tratamento de outras unidades, onde os atendentes são majoritariamente claros, as pessoas são mais elitistas no sentido do tratamento para selecionar os pacientes”. (Angola)</p> <p>“Da cor não, nunca percebi isso não (...) porque acha que a pessoa é preta, tem doença isso e aquilo, mas todo mundo é igual. Mas eu sou preta, tenho honra de ser preta vou morrer preta, não tem como mudar”. (Namíbia)</p> <p>“Na clínica da família que eu pertencço não”. (Congo)</p> <p>“Eu percebi um certo medo das pessoas”. (Guiné)</p> <p>“Não, isso eu não considero não. Como eu falei, eu tenho, até porque a gente convive ali mora na comunidade, então um conhece o outro. Então para mim isso nunca existiu dentro da unidade de saúde”. (Moçambique)</p> |
| <p><b>Condição racial interfere no atendimento</b></p> |  |
| <p><b>Condição racial interfere no atendimento</b></p> |  |

Nota: Sujeitos da pesquisa, Rio de Janeiro, 2022.

**Fonte:** A autora, 2022.

O Brasil encontra-se no mesmo pé de igualdade com países da na África do Sul, países dos Estados Unidos, e da Europa Ocidental, caracterizado por um racismo de fato e implícito, às vezes sutis a exceção da violência policial que não é mascarada e tão pouco sutil (MUNANGA, 2004).

O reconhecimento do racismo como um dos fatores primordiais das iniquidades em saúde, não é suficiente para a transformação da realidade, pois os dados para as tomadas de decisões e formulações de ações de iniquidades seguem sendo negligenciadas dentro do SUS (WERNECK, 2016). Destaca-se a forma invisibilizada de como isso se apresenta em nossa sociedade desigual e racista e que ignora, ainda que de forma velada esta população, dificultando seu acesso às estruturas de poder e espaços de transformação de sua realidade, impondo, silenciamentos, padrões e subjugamentos (BATISTA et al., 2016).

Almeida (2019), por sua vez, relata que o significado das práticas discriminatórias em que o racismo opera é dado pela ideologia. “Mulheres negras são consideradas poucos capazes, porque existe todo um sistema econômico, político e jurídico que perpetua essa condição de subalternidade, mantendo-se com baixos salários, fora dos espaços de decisão, expostas a todos os tipos de violência”.

O caráter perverso do racismo está justamente na invisibilidade desta realidade, desse sentimento que faz com que essas mulheres mantenham um profundo silêncio, sua dor guardada e ainda que afetadas por suas vivências, se mantém não falado, não ecoado e silenciado. No entanto, pode ser sentido e deixa marcas profundas. O silêncio congela, paralisa os sentidos e os sentimentos de um modo que as vezes é melhor deixar para lá (PODKAMENI e GUIMARÃES, 2008).

Desta forma, os silenciamentos podem ser traduzidos em tentativas de não querer falar sobre o tema, falar faz sangrar, e este sangramento pode trazer dentro de si revolta, indignação, incompreensão, um sentir que não se pode compartilhar, um silêncio que não encontra identificação com seus pares (SAMPAIO, 2012).

Nesta perspectiva as máscaras, invisíveis e silenciosas são marcas do racismo institucional e estrutural. Ocupar seu “lugar de fala” e “tornar-se negro” não se delinea como condições dadas a priori, mas sim um vir a ser, haja vista que a condição da existência de homens e mulheres negras estão permeadas pela ideia de não-humanidade, de não-ser (RIBEIRO, 2017; FANON, 2008; SOUZA, 1983). Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos danosos, o racismo naturaliza as iniquidades em saúde produzidas, sendo assim sutil e invisível (WERNECK, 2016). Dito de outra forma, o racismo institucional é “velado”, através de mecanismos e estratégias presentes nas instituições públicas, explícitos ou não, e que dificultam a presença do Estado onde há maior concentração da população negra (SANTOS, 2012).

O racismo institucional aparece sutilmente na linguagem, nos comportamentos, e essa invisibilidade é pautada no mito da democracia racial e na naturalização de que somos todos iguais, dificultando o acesso aos serviços de saúde assim como a qualidade na atenção à saúde. Nas instituições de saúde, o racismo institucional se faz presente nas políticas que ignoram os diferentes perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros; na formação profissional que exclui o debate sobre as questões raciais; no mau atendimento traduzido pela falta de atenção, descaso, ou por outras formas sutis de preconceito, como olhares, silêncios (TAVARES *et al.*, 2013).

A autodiscriminação do negro está presente na entrevista: “... vou morrer preta, não tenho como mudar”, reflexo da não aceitação de sua raça/cor e seus traços físicos de suas origens e de estigmas estabelecidos pela sociedade. Esse sentimento é proveniente de um processo histórico e cultural de embranquecimento, entendido como uma espécie de condição para integrar a classe social hegemônica, a branquitude (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, Isildinha Nogueira (1998, p. 116) refere que “a condição de existência do negro se define a partir da noção de não ser branco”, à medida que “ser branco é a condição que conteria a possibilidade da não rejeição do olhar do outro e, portanto, a possibilidade de se ver, no outro, reconhecido como igual”. O corpo negro é atacado continuamente, fazendo com que o racismo reflita “diretamente na construção de um autoconceito negativo e desvalorizado sobre si mesmo”, pois o corpo é o que dá a consciência de identidade. Essas situações podem provocar processos de desorganização psíquica e emocional, além de uma imagem distorcida provocada pelo rebaixamento de autoestima gerado pela exposição constante a situações de humilhação e constrangimento. (SILVA, 2005).

Na visão de Almeida (2019) estas questões podem ser respondidas se compreendermos o racismo, enquanto processo político e histórico, e de constituição de subjetividades, ou seja, um “sistema de ideias que aponte uma explicação racional para a desigualdade racial”. Este ideário corrobora a noção de “sujeitos cujos sentimentos não sejam profundamente abalados diante da discriminação e da violência racial” (ALMEIDA, 2019) que naturalizem a existência de brancos e negros no mundo.

## 7. DESAFIOS NA PESQUISA

O processo de realização da pesquisa se deu no contexto da pandemia de COVID-19, apresentando limitações relacionadas ao escopo inicial do projeto onde inicialmente estavam previstos o uso de técnicas como grupos focais com as usuárias da Unidade e entrevistas com os profissionais. Cabe ressaltar, com a pandemia de COVID-19 e o isolamento social surgiram novos desafios em relação a aplicação de pesquisa qualitativa. Os desafios postos em relevo pela pandemia de COVID-19 que não são apenas sanitários. São socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, científicos, sobremaneira agravados pelas desigualdades estruturais e iniquidades.

Outra limitação importante deve-se ao número de participantes: 9 mulheres e o previsto eram 20 mulheres. Ainda a dificuldade de captação das mulheres matriciadas e atendidas pelo NASF, uma vez que há alta demanda de procura por atendimento, mas o número de mulheres que tinham acesso as consultas de Matriciamento e dentro dos critérios de inclusão para abordagem a entrevista ao projeto de pesquisa era um número reduzido, pois no NASF há uma psicóloga para atender uma população desassistida pela Saúde Mental, refletindo também no acesso a Rede de Atenção Psicossocial.

O apoio matricial concedido na Atenção Primária à Saúde pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que é indispensável para a execução do acolhimento as demandas de saúde mental das mulheres negras, porém há fragilidade para a realização do acolhimento de forma eficaz e dificuldade na referência e contrarreferência com os serviços referenciados para o atendimento.

Um outro aspecto relevante tem relação com a posição da pesquisadora responsável pela condução da pesquisa e coleta de evidências. Por ser a gestora da Unidade e, considerando o fato daquele serviço de Saúde ser a principal referência na busca do cuidado e tratamento pelas mulheres entrevistadas, algumas falas podem ter sido inibidas ou apresentarem vieses.

Para além, na coleta de evidências, as entrevistas forma interrompidas pela violência local no território, contribuindo para o absenteísmo e impossibilidades de iniciar as entrevistas uma vez que os confrontos policiais no período da realização das entrevistas foram muito intensos.

No contexto do território de violência armada é preciso refletir sobre os desafios do pesquisador em construir sua pesquisa devido as condições de vulnerabilidade, os limites e

problemas em se fazer pesquisa em território de violência armada, com contínuas intervenções policiais, vivências de conflitos e dinâmica de um cotidiano atravessado pelo crime, medo e a guerra contra o crime organizado, ao ponto da unidade ficar fechada por mais de uma semana durante o mês e com dificuldades de funcionamento e oferta dos serviços de saúde.

O pesquisador acaba experimentando desses eventos críticos e por vezes traumatizadores, que exigem reflexões sobre como se fazer pesquisa em território hostil e perigoso e de como são afetados o campo e a pesquisa pela presença da violência armada e vulnerabilidade social, possuindo um cotidiano atravessado pelo crime.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização do Sistema Público de Saúde como um sistema universal, igualitário e equânime, com garantia constitucional conferida à todas as cidadãs brasileiras, independentemente de sua cor/raça, sexo ou qualquer outra característica, sua aplicabilidade ideal e sustentabilidade requerem aprimoramentos constantes. A pesquisa apresentou através das falas das usuárias que alguns elementos do racismo institucional no serviço de Atenção Primária em Saúde (APS), o que constituem importantes barreiras de acesso às mulheres negras e determinantes nas condições de vida e no processo de adoecimento.

A análise a respeito da percepção das mulheres negras sobre as condições de acesso ao serviço de saúde, considerando as subdimensões de acolhimento, disponibilidade e acessibilidade, possibilitou observar que a organização da unidade apresenta fragilidades em relação ao acesso, comprometendo a oferta de atenção integral às mulheres. A organização do processo de trabalho, traduz-se, muitas vezes, num processo burocrático e pouco efetivo.

O acolhimento, como uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização, é considerada uma prática de escuta ativa e que considera as percepções das usuárias sobre seu processo de adoecimento. Apesar de alguns fatores terem sido apontados pelas entrevistadas como obstáculos para o bom desenvolvimento do trabalho acolhedor, como barreiras de acesso e o racismo institucional, ainda assim afirmam que se sente acolhidas pelas equipes de Saúde da Família e profissionais de saúde.

Neste sentido, nos encontros com os usuários, o acolher vai além da porta de entrada, perpassa pelo envolvimento a escuta, as necessidades das usuárias e a responsabilização do serviço pelas demandas identificadas. Se por um lado as mulheres relataram nós críticos no processo de trabalho das equipes, tais como: pressão pela demanda espontânea, gerando maior tempo de espera, a dificuldade de realização de encaminhamentos e a demora na marcação de consulta médica. Por outro lado, trazem em suas narrativas que o acolhimento na unidade de saúde produz afetos, potencializa o processo terapêutico e possibilita o resgate de valores de solidariedade, cidadania e estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

A Unidade de Saúde, inserida num território violento, apresenta muitas dificuldades de fixação de profissionais de saúde, sempre funcionando com equipes incompletas, o que gera sobrecarga de trabalho. Outro fator importante nesse cenário são os frequentes eventos de violência armada que levam ao fechamento da unidade, levando a necessidade de agendamento das consultas, tendo como consequência uma unidade lotada. Diante disso,

buscam-se estratégias de organização do processo de trabalho para garantir o atendimento à população, mas que tem como efeito, uma certa limitação de acesso, como a restrição de horário para demanda espontânea.

A pesquisa realçou que, do ponto de vista organizacional é importante refletir sobre formatos estratégicos de otimização dos processos de trabalho, tais como a flexibilização das agendas e a melhoria na comunicação entre usuários e profissionais de saúde, uma vez que os fluxos da demanda espontânea por atendimento médico e a vacância destes profissionais, por conta da violência armada, comprometem o trabalho das equipes prejudicando o acesso. Deste modo, é importante fomentar a discussão sobre demanda espontânea versus a agenda programada, no sentido de que as equipes de Saúde da Família possam coordenar suas agendas de atendimento, gerando fluidez e humanização no atendimento, promovendo melhoria na qualidade da prestação dos serviços oferecidos, reduzindo possíveis barreiras de acesso.

A oferta do cuidado integral e de qualidade, com vínculos produtivos podem reverberar em um olhar integral às mulheres negras. Neste sentido é importante construir estratégias para ações de promoção e educação em saúde, trazendo à tona o debate, sobre racismo, direitos e cidadania. Através de salas de espera e grupos operativos.

De modo geral, os relatos das mulheres foram permeados por situações que evidenciam traços de discriminação racial, apesar da baixa percepção do racismo diante dos processos terapêuticos, de abordagens inadequadas ou descorteses. Frequentemente, o tratamento diferenciado não é explicitamente atribuído à condição de mulher negra, de modo que há uma certa invisibilidade das atitudes em questão. A forma sutil como as situações ocorrem, indicam que a ocorrência do racismo institucional permanece sob um viés implícito.

Apesar de ter sido perceptível que as mulheres compreendem e relatam situações discriminatórias, algumas delas demonstraram dificuldades para perceber e reconhecer que também são vítimas. Dada a não frequente verbalização, nem sempre é fácil captar sinais de racismo, até mesmo pela mulher negra que poderá se sentir diminuída, desafiada e humilhada. Este não reconhecimento ou não percepção da discriminação podem evidenciar a naturalização das desigualdades vinculadas à condição racial.

Os relatos demonstram, que as entrevistadas passam por um sofrimento peculiar e sutil no cotidiano que se reverberam na busca por atendimentos em Saúde Mental pelo NASF. Desta forma, se faz necessário conceber iniciativas com as mulheres negras de ressignificação de suas identidades, contribuindo para sua autoestima e valorização. Estas iniciativas a serem

conduzidas pelos profissionais podem contribuir com a ampliação do reconhecimento destes junto à população de usuárias e fortalecer a interdisciplinaridade na oferta do cuidado.

Nesse sentido, a inserção do tema do racismo na agenda dos serviços de saúde pode colaborar para a construção de redes de enfrentamento às discriminações de conotação racial explícitas ou não, no âmbito da saúde. Tanto usuários quanto profissionais de saúde, não podem negar que a vivência da discriminação racial interfere na sobremaneira na construção das identidades e na produção dos sujeitos, e conseqüentemente na saúde das pessoas. Assim, é importante que os efeitos sociais do racismo sejam relatados para que as instituições adotem medidas para a sua desconstrução, se não na sociedade como um todo, pelo menos nas suas dependências.

A pesquisa aponta, por meio da reflexão derivada das experiências das mulheres negras entrevistadas, que para construir caminhos e propostas de enfrentamento ao racismo institucional, é necessário criar mecanismos que estimulem as denúncias contra o racismo dentro dos espaços institucionalizados para este fim no setor saúde. Adicionalmente faz-se urgente trabalhar as identidades raciais de forma positiva junto aos grupos de promoção de saúde para as mulheres, existentes na unidade. Seria igualmente recomendável que as ações de Educação Permanente na Saúde abordassem os conceitos sobre raça e racismo junto aos profissionais de saúde.

A respeito de se conhecer a relevância da interface entre a discriminação racial e saúde, ainda são poucos os estudos conduzidos nacionalmente sobre o acesso e as mulheres negras, diante a situações de racismo é necessário estimular discussões sobre o tema e desenvolver estudos que, além de dar visibilidade as iniquidades raciais possam contribuir para a compreensão de como as discriminações atuam sobre a saúde das mulheres negras.

As instituições, e especialmente no campo da saúde, podem subsidiar as ações voltadas para o acesso, o enfrentamento às barreiras de acesso e possíveis desfechos negativos sobre a saúde, assim como favorecer o planejamento de intervenções no formato de políticas públicas de saúde para o combate ao racismo. Ademais, torna-se estratégico lutar contra o racismo e fomentar as lutas antirracistas, operando mudanças em um dos níveis de atenção à saúde: A Atenção Primária à Saúde e como porta de entrada a Estratégia de Saúde da Família.

O racismo permanece na atualidade operando de forma cruel, complexa e devastadora. É crucial o combate a todas as formas de discriminação que foram violadas por séculos os direitos da população negra, reafirmando o compromisso da III Conferência Mundial de

Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata em Durban, na luta por igualdade, justiça, democracia, Estado de direito e respeito aos direitos humanos.

É imprescindível mudanças no campo da saúde através de esforços institucionais para eliminação do Racismo Institucional em atuação a políticas públicas. A participação de gestores e profissionais da APS nas ações e políticas corroborando para a eliminação do Racismo Institucional, definindo estratégias de acolhimento aos grupos vulneráveis em especial as mulheres negras e a nível central a adoção de práticas que aproximem os objetivos institucionais das reais necessidades das mulheres negras.

A presença do racismo, como prática social, representa obstáculos à redução das desigualdades raciais, tal obstáculo só pode ser vencido com a mobilização de esforços de caráter específicos. Assim, a implementação de políticas públicas localizadas, são capazes de dar respostas mais eficientes frente ao grave quadro de desigualdades raciais existente em nossa sociedade. Trata-se de uma exigência na agenda do país na construção de uma nação com maior justiça social.

Espera-se que os resultados contidos nesta pesquisa, possam servir de subsídios para outros estudos que se proponham a investigação o impacto do racismo na saúde bem como para a adoção, por parte dos poderes constituídos de medidas efetivas para a redução das iniquidades raciais e especificamente para a promoção de políticas, como a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra, de forma equânime do âmbito do SUS.

## 9. RECOMENDAÇÕES

Destaca-se como recomendação a importância da qualificação e melhoria na completude dos dados, visto a fragilidade no registro das informações, a partir da análise do prontuário eletrônico e do banco de dados fornecidos pela Coordenação de Área Programática 5.1, através da Divisão de Informações, Controle e Avaliação (DICA) com relação ao quesito raça/cor. O que aponta a necessidade de sensibilizar e responsabilizar os profissionais para a importância do preenchimento e atualização dos sistemas de informações e prontuário eletrônico, principalmente dos dados sociodemográficos da população negra assim como , sobre doenças e agravos prevalentes que acometem a população negra no sentido de se construir indicadores de cuidados que favoreçam maior efetividade nas ações de saúde, seja de promoção, prevenção e de tratamentos disponibilizados pelo SUS, considerando as especificidades desta população.

O acolhimento nas práticas de saúde deve ser um compromisso ético com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. É relevante entender o acolhimento como importante ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde da APS.

O acolher não deve se resumir à porta de entrada ou à mera “triagem”, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for necessário, para continuidade do cuidado. O vínculo pode ser caracterizado como uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos.

Diante das situações de racismo é necessário estimular discussões sobre o tema e desenvolver estudos que além de dar visibilidade as iniquidades raciais possam contribuir para a compreensão de como as discriminações atuam sobre a saúde das mulheres negras. É salutar construir caminhos e propostas de enfrentamento ao racismo institucional e mecanismos que estimulem as denúncias contra o racismo dentro dos espaços institucionalizados, dentro e fora do setor saúde.

Os resultados desta pesquisa devem servir como subsídios para outros estudos que se proponham a investigação do racimo na saúde, bem como adoção de redução das iniquidades

raciais e promoção de políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de forma equânime no SUS.

Percebe-se nas falas dos entrevistados a reprodução da naturalização de ideologias que foram construídas para manter as relações raciais sem conflitos, propositoras de igualdade que, na realidade, não existe. É preciso investir no papel dos educadores e na promoção da saúde antirracista, construindo práticas pedagógicas e estratégias de promoção da igualdade racial no cotidiano das salas de aula. Para tal, é importante saber mais sobre a história e a cultura africana e afro-brasileira, superar opiniões, preconceituosas sobre os negros, denunciar o racismo e a discriminação racial e implementar ações afirmativas voltadas para o povo negro, ou seja, é preciso superar e romper com o mito da democracia racial.

Para além, é importante oferecer um arcabouço de novos elementos para a construção de diagnósticos, planos de ação e indicadores que permitam o enfrentamento do Racismo Institucional, de forma a contribuir para a criação de um ambiente favorável à formulação e implementação de políticas públicas, equalizando o acesso a seus benefícios.

É considerável estilhaar as “máscaras do silenciamento” e da invisibilidade das mulheres negras, desta forma, profissionais de saúde, incluindo os psicólogos do NASF, devem qualificar a escuta clínica apostando na escuta de vozes negras e do sofrimento produzido pelo racismo.

Ainda como recomendação, há a necessidade de realização de pesquisas qualitativas que reflitam sobre como opera o racismo no cotidiano das instituições. Tais investigações podem fortalecer e orientar a implementação da PNSIPN.

Gestores dos serviços de saúde na APS e no SUS, devem reconhecer e assumir o compromisso em implementar a PNSIPN, repercutindo na diferença que se pode fazer no perfil de morbimortalidade da população negra, no combate ao racismo e na discriminação nas instituições e serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. L. de **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen; 2019. 264 p.
- ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter Health. **United States: Soc Behav**, v. 36, p.1-10, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BATISTA, L.E.; RATTNER, D.; KALCKMANN, S.; OLIVEIRA, M.G.O. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. São Paulo, **Saúde Soc**; v. 25, n. 3, p.689-702, 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 1988, 498 p.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n o 10.678, de 23 de maio de 2003. **Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. SEPPPIR- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. In: Com a participação de: ONU Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). Brasília: IPEA, 2011.
- BRASIL. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. MARCONDES, MM (Org.). Brasília: IPEA, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Para construir um acesso mais seguro guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018**. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BROUSSELLE, A. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 292 p.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E.E. **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, p. 69-72, 2008.

CAMPOS, A.M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, p.30-50, 1990.

CARDOSO, G.C.P; OLIVEIRA, E.A de; CASANOVA, A.; TOLEDO, P.P.S.; SANTOS, E.M. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 54-68, 2019.

CENEVIVA, R.; FARAH, M.F.S. O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública. In: Guedes, A.M.; Fonseca, F. (Org.). **O controle social da administração pública**. São Paulo: Editora Unesp, p. 129-56, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação em saúde – Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. 196 p.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. **A análise estratégica. Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 95-104, 2011.

CHARLES, D.T.; ARMANDO, H.N.; TIAGO, B.V. Acesso ao cuidado na Atenção Primária a Saúde Brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Rio de Janeiro, **Saúde**

**Debate**, v. 42 n. 1, p. 361-378, 2018.

DONABEDIAN, A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: **Harvard University Press**, p.649, 1973.

DEUZILENE, P.V.; ISTVÁN, D.V. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. São Paulo: **Saúde Sociedade**, v. 25, n. 3, p.619-630, 2016.

DONABEDIAN, A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: **Harvard University Press**, p.649, 1973.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU. Histórico da Avaliação. In: HARTZ Z, CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A (Org.). **Avaliação conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

DRAIBE, S.M. Brasil, 1980-2000. Proteção e insegurança sociais em tempos difíceis. Campinas-SP: **Cadernos NEPP**, n. 65, 2002.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador-BA: EDFBA, 2008.

FELISBERTO, E. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: **Saúde Pública**, 2016.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. México: **Salud Publica Mex**, v. 27, p.438-453, 1985.

GALLO, E. IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas de investimento do Ministério da Saúde do Brasil (1997-2004): uma análise do projeto Reforsus e seus efeitos no complexo produtivo da saúde. In: ME- LAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. São Paulo: **Serv. Soc. Soc**, n. 117, p. 122-141, 2014.

GALTUNG, J. Violence, Peace and Peace Research. **Journal of Peace Research**, Achille. Necropolítica. São Paulo, n.1, 2018.

GELEDÉS. **Instituto da Mulher Negra. Racismo Institucional – Uma abordagem conceitual, 2016**. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br>. Acesso em: 16 de maio de 2021.

GOES, E.F.; DO NASCIMENTO, E.R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v. 37, p. 571-579, 2013.

GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. England: **Health Serv Res**, v. 33, p. 625-652, 1998.

GOMES VIEIRA, C.G. Experiências de solidão da mulher negra como repercussão do racismo estrutural brasileiro. Pretextos - **Revista da Graduação em Psicologia da PUC**

**Minas.** Minas Gerais, v. 5, n.10, p.291-311, 2021.

GUBA E.G.; LINCOLN, Y.S. Fourth generation evaluation. **Generation Evaluation Sage Publications.** London, 1989.

GUIMARÃES, M.A.C.; PODKAMENI, A.B. **Racismo: um mal-estar psíquico - Saúde da população negra.** In: BATISTA, L.E.; JUREMA WERNECK, J.; LOPES, F, (orgs.). 2. ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

HOOKS, B. **E eu não sou uma mulher? – Mulheres negras e o feminismo** – Editora Rosa dos Tempos – Rio de Janeiro 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil.** Rio de Janeiro, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015.** Rio de Janeiro, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000: Características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua.** Brasília, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informativo IBGE sobre Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD contínua - Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019.** Brasília, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil.** Brasília, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ficha catalográfica elaborada pela Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais do IBGE.** Pesquisa nacional de saúde: 2019. Rio de Janeiro, p.139, 2021.

JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: Theodoro, Mario (Org). **As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos.** Brasília: IPEA, p,131-166, 2008.

JONES, C.P. Confronting institutionalized racism. Atlanta: **Phylon**, v.50, n.1, p.7-22, 2002.

JUREMA, W. Internacionalização do racismo afeta a saúde. In: saúde da população negra: os males da desigualdade. ENSP-FRIOCruz. Rio de Janeiro: **Radis**, n.142, p.14, 2014

KALCKMANN, S.; CLAUDETE, G.S.; LUÍS EDUARDO, B.; VANESSA, M.C. Racismo

institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, v. 16, n.2, 2007.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; PEREIRA, A.P.E.; PACHECO, V.E.; CARMO, C.N.; SANTOS, R.V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 33. p.1 -17, 2017.

LOPES, F. Raça, saúde e vulnerabilidades. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 31, p.7-11, 2003.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, p.1595-1601, 2005.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil. *In*: Ministério da Saúde. **Saúde da população negra na Atenção Primária à Saúde: a questão da violência**. BATISTA, L.E., WERNECK, J., LOPES, F (Org.). Petrópolis-RJ, p.153-71, 2012.

LOPES, F. Saúde da População Negra. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. Petrópolis-RJ: **ABPN**, 2012.

LIMA, M.E.O.; VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. **Estudos de Psicologia**, v.9, p.401-412, 2004.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo, n.1, 2018.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. The economics of health equity. New York: **Cambridge University**, 2007.

MILANEZI, J. **Silêncios e confrontos: a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

MILANEZI, J. **A institucionalização da Saúde da população negra no SUS**. Nexo Jornal, 2020. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/>. Acesso em: 16 de maio de 2021.

MOREIRA, N.R. **A organização das feministas negras no Brasil. Ecos do silêncio: reflexões sobre uma vivência de racismo**. *In*: Saúde da população negra. BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). ABPN-Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2018.

MUNANGA, KABENGELE. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Niterói-RJ: **EDUFF**, 2004.

NATÁLIA, O.T.; LORENA, V.O.; SÔNIA, R.C.L. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v.37, n.99, p.580-587, 2013.

NOGUEIRA, I.B. **Significações do Corpo Negro** [Tese de doutorado não publicada]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, R.G.; CUNHA, A.P.; GADELHA, A.G.S.; CARPIO, C.G.; OLIVEIRA, R.B.; CORRÊA, M.R. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2020.

OSORIO R.G. **Desigualdade racial e mobilidade social no brasil: um balanço das teorias**. In: THEODORO, M. (Org.). As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos. Brasília: IPEA, p.65-95, 2008.

PACHECO, A.C.L. **Mulher negra: afetividade e solidão**. EDUFBA, 2013.

PEREIRA, R.N.; MUSSI, R.F.F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **ODEERE**, v. 5, n.10, p. 280-303, 2020.

POPE, M; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Cien Saude Colet**, p.1011- 1022, 2006.

RIBEIRO, D. **Lugar de Fala**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

RODRIGUES, Q.P. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2009.

RODRÍGUEZ-CAMPOS, L.; RINCONES-GÓMEZ, R. Collaborative evaluations: step-by-step. Stanford: **Stanford University Press**, 2013.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, p.260-8, 2012.

SANDRA, V.B.A.; ALVES, V.; BRITTO, M.T.S.S.; AQUINO, A.E.M.L. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. Saúde Pública**, 2020.

SANTOS, D.C.S, BARBOSA, V.F.B. Acolhimento da população negra em serviços de saúde mental na perspectiva da enfermagem transcultural. Instituto Federal de Pernambuco. **Pernambuco-REC**, 2020.

SANTOS, E.M.; CARDOSO, G.; ABREU, D. E-learning e pedagogias problematizadoras: uma experiência brasileira em ensino de Monitoramento e Avaliação. In: PEREIRA NETO, A.; FLYNN, M. (Org.). **Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências**. São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 375-401, 2020.

SANTOS, E.M. **Material didático Disciplina Avaliação em Saúde**. ENSP/Fiocruz, 2020.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.]. São Carlos- SP: **Revista**

**Eletrônica de Educação**, v.6, no. 1, p.383-387, 2012.

SANTOS, I.A. **Direitos humanos e as práticas de racismo: o que faremos com os brancos racistas**. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

SANTOS, M.A. **Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTOS, K.R.C.; SOUZA, E.P. **Promovendo a igualdade racial**. Para um Brasil sem racismo. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Brasília, 2016.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SCRIVEN, M. Evaluation Thesaurus, SAGE Publications. August, 1991. Alföldi F. Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale. Paris: **Dunod**, 2006.

SILVA, N.V. **Uma nota sobre 'raça social' no Brasil**. Estudos Afro-Asiáticos, p.67-80, 1994.

SILVA, M.L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L.E.; KALCKMANN, S (Org.). **Seminário saúde da população negra de São Paulo, 2004**. São Paulo, p. 129-132, 2005.

SILVA E SILVA, M.O. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001.

SILVA, M.M.; RIBEIRO, F.M.L.; FROSSARD, V.C.; SOUZA, R.M.; SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. **“No meio do fogo cruzado”**: Reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021.

SILVA, F.M.R.; SANTOS, S.S.B.S. **Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um estudo de avaliabilidade**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/2663>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

SOARES, A.M.F. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para tomada de decisão. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; PERPÉTUO I.H.O (Org.). Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, p.10-6, 2000.

SOUZA, N.S. **Tornar-se negro**. Rio de Janeiro, 1983.

SOUSA, F.O.S.; MEDEIROS, K.R.; JÚNIOR, G.D.G.; ALBUQUERQUE, P.C.A. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, p.1283-1293, 2014.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Cad. de Saúde Pública**, v.20, p.190- 198, 2004.

VIACAVA, M.; UGÁ, A.D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R.S. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise Francisco. **Ciênc. Saúde coletiva**, 2012.

WERNECK, J. **Racismo Institucional: uma abordagem conceitual**. Texto produzido para o Projeto Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras (Mimeo), 2013.

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

WORLD BANK. Staff appraisal report, Health Sector Project. **Reforsus Report**, n. 15522, 1996.

## **ANEXO A**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

**TÍTULO DA PESQUISA: O ACESSO DAS MULHERES NEGRAS AO SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM USUÁRIAS DA CLÍNICA DA FAMÍLIA**

NOME:

##### **1) CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DAS USUÁRIAS NEGRAS**

1.1 Idade:

1.2 Cor/raça:

1.3 Profissão e/ou exercício de atividade remunerada:

1.4 Renda média familiar:

1.5 Escolaridade:

1.6 Estado civil:

1.7 Composição familiar:

1.8 Religião:

##### **PERCEPÇÕES DAS MULHERES NEGRAS SOBRE O ACESSO E O CUIDADO OFERTADO NA UNIDADE DE SAÚDE:**

1.9 Como ocorre o seu acesso à unidade de saúde?

1.10 Você identifica alguma dificuldade para chegar até a unidade de saúde?

De que tipo? (falta de transporte, despesa com transporte, área de risco, outros)

1.11 Quanto tempo é gasto no trajeto de sua casa até a unidade de saúde?

(Muito, pouco, adequado)

1.12 Qual o principal motivo para você vir à esta unidade de saúde?

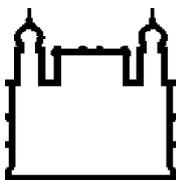
1.13 Como foi o seu acolhimento na unidade? (Orientação recebida, classificação de risco, encaminhamento para atendimentos, educação/respeito)

- 1.14 Qual o tipo de acompanhamento realizado nesta unidade de saúde?
- 1.15 Qual a sua opinião sobre os serviços ofertados por esta unidade de saúde?
- 1.16 Você identificou alguma dificuldade para ser atendida nesta unidade? Qual?
- 1.17 Você utiliza outros serviços de saúde? Se sim, quais?

Percepções das mulheres sobre a interferência do quesito raça/cor no atendimento recebido

- 3.1 Na sua relação com os profissionais de saúde desta unidade, você já vivenciou algum episódio de discriminação racial? Explicar a resposta. Caso sim, o que você fez? Compartilhou com alguém? Houve algum tipo de desdobramento? (o que foi feito?)
- 3.2** Durante sua permanência na unidade, já presenciou algum episódio? Caso sim, que tipo de episódio? Explicar a resposta. Houve algum tipo de desdobramento? (conduta adotado pelos profissionais e/ou gestão).
- 3.3 Você considera que a sua condição racial interfere no atendimento recebido? Descreva a resposta.
- 3.4 Você já vivenciou, em sua trajetória de vida, episódios racistas?
- 3.5 Gostaria de acrescentar algo que não foi abordado no roteiro?

## ANEXO B



Ministério da Saúde FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Comitê  
de Ética em Pesquisa



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “O acesso das mulheres negras ao serviço de saúde na Atenção Primária em Saúde”, desenvolvida por Marcélia Alves de Souza Martins, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública, turma Atenção Primária em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Dra. Egléubia Andrade de Oliveira.

O objetivo da pesquisa é avaliar o acesso das mulheres negras a uma Unidade de Saúde na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. A sua cooperação consistirá na participação de entrevista semiestruturada a respeito do tema da pesquisa.

O convite para sua participação se deve ao fato de você ser uma mulher autodeclarada negra, cadastrada no território adscrito e acompanhada na Atenção Primária a Saúde. Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, e você possui plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Se durante a entrevista você se sentir desconfortável com alguma pergunta, você tem o direito de não responder à questão e a receber o mesmo tratamento que receberia se participasse. Não serão utilizados dados de identificação individual. Entretanto, poderá haver o risco de identificação em função das informações disponibilizadas na unidade, além um eventual constrangimento. Neste caso, serão tomadas as providências para evitar sua identificação e possível constrangimento, como a interrupção da entrevista ou de sua participação na pesquisa. Ressaltamos que os benefícios de sua participação estão relacionados com a sua contribuição para a compreensão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Você será ressarcida para eventuais gastos com deslocamento exclusivo para a realização das entrevistas, incluindo

seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto e essa atividade deverá ser de aproximadamente uma hora. Ressalta-se que as entrevistas serão realizadas presencialmente que garanta sua segurança no momento pandêmico (ambiente ventilado, capaz de possibilitar o distanciamento e a higienização das mãos, com o uso de máscaras e que permitam o anonimato das participantes). Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito a assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e /ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais ou físicos, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras. Serão tomadas medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você fornecidas. Os nomes verdadeiros serão substituídos por nomes fictícios e estarão dispostos em uma listagem. Isto significa que seu nome não será revelado em nenhum relatório ou trabalho publicado. Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Todo o material da pesquisa será mantido em arquivo pela pesquisadora responsável pelo período de pelo menos cinco (5) anos, conforme as Resoluções do CNS nº 466/12, após este período serão descartados. Os arquivos digitais serão apagados e os físicos fragmentados.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao término da pesquisa será promovida uma apresentação na unidade de saúde para compartilhar os principais achados e recomendações da pesquisa para as participantes e os profissionais de saúde da unidade. A dissertação produzida será entregue, em formato físico, para todos as participantes da pesquisa.

Este documento foi redigido em duas vias, sendo uma para a participante e uma via para o pesquisador, de igual forma e teor. Todas as páginas deverão constar rubricas da participante da pesquisa e do pesquisador responsável além das assinaturas na última página deste termo.

Declaro que entendi o objetivo e condições de minha participação e autorizo a gravação e/ou registro de imagem. Declaro que concordo em participar do estudo. Uma via deste termo será enviada ao seu e-mail, ou, na inexistência de endereço eletrônico, será

entregue de forma física.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Tel. do CEP/SMS - RJ: (21) 2215-1485

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

End: Rua Evaristo da Veiga, 16 – Centro/Rio de Janeiro- RJ. Cep: 20031-040

Acesse: <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contato com o pesquisador responsável (Mestrando em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ) Tel.: (21) 98225-8489

E-mail: [marceliajoes@hotmail.com](mailto:marceliajoes@hotmail.com)

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

\_\_\_\_\_  
Marcélia A. de S Martins

Pesquisador

Rio de Janeiro, ..... de .....de 2022.