



DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS: UMA PROPOSTA DE DIÁLOGO COM A POLÍTICA PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.

Kathelyn Ferreira Cordeiro¹
Maria do Socorro Bezerra de Lima²

Resumo:

O artigo analisa as Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da População Negra no município de São João da Barra, no período de 2010 a 2022, com foco no acesso aos serviços de saúde, educação e perfil de doenças crônicas, sob uma perspectiva interseccional. Utilizando revisão bibliográfica e análise de dados de fontes como IBGE, Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e sistema de informatização interna institucional, os resultados evidenciam a ineficiência das políticas públicas de saúde voltadas para a população negra e destacam desafios de acesso e operacionalização, possivelmente relacionados ao atraso na informatização da saúde local. Acredita-se que a coleta de dados sobre a saúde das mulheres negras pode proporcionar um diálogo eficaz com as políticas públicas e, assim, apoiar uma gestão pública mais equitativa. A pesquisa contribui para o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências, visando à promoção de saúde da população negra mais inclusiva.

Palavras- chaves: Políticas Públicas Baseadas em Evidências; Interseccionalidade; Saúde da Mulher.

Intersectional inequalities in black women's health care: a proposal for dialogue with evidence-based public policy.

Abstract:

This article analyzes the Comprehensive Health Care Policies for Women and the Black Population in the municipality of São João da Barra, from 2010 to 2022, focusing on access to health services, education, and chronic disease profile, from an intersectional perspective. Using a literature review and data analysis from sources

¹ Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Mestre em Desenvolvimento Regional, Ambiente e Políticas Públicas. Docente da Faculdade de Medicina de Campos. kathelyn_cordeiro@yahoo.com.br Tel: (022) 9984572-60. Endereço: Rua Almirante Wandenkolk, 100. Apto 801. Edifício Drummond. Parque Tamandaré. CEP: 28- 035-033. Campos dos Goytacazes/RJ.

² Geógrafa. Mestrado em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998). Doutorado de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRRJ). Pós-Doutorado em Geografia pela Universidade Federal do Amazonas. Docente da Universidade Federal Fluminense. E-mail: sblima22@gmail.com Tel: (021) 9825183-63.



such as IBGE, the State Secretariat of Rio de Janeiro, and the institutional internal computerization system, the results demonstrate the inefficiency of public health policies aimed at the black population and highlight challenges in access and operationalization, possibly related to the delay in the computerization of local health. It is believed that collecting data on the health of black women can provide an effective dialogue with public policies and, thus, support more equitable public management. The research contributes to the development of evidence-based public policies, aiming at the promotion of more inclusive health.

Keywords: *Evidence-Based Public Policies; Intersectionality; Women's Health.*

1 INTRODUÇÃO

A proposta do artigo é discutir a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher Negra no município de São João da Barra, num recorte temporal de 2010-2022. Busca-se apontar as desigualdades interseccionais, na esfera da saúde, na região e, propor um diálogo com as políticas públicas baseadas em evidências, como possível estratégia para a nova gestão desse problema.

O artigo foi organizado em três sessões, incluindo o retrato dos indicadores de desigualdades de gênero e raça, no Brasil; mapeamento de alguns indicadores de gênero e raça, em São João da Barra e, por último, políticas públicas baseadas em evidências: uma proposta de diálogo a favor das mulheres negras. É importante ressaltar que este trabalho é fruto da dissertação de mestrado, com o título “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra: um estudo da Saúde da Mulher em São João da Barra- RJ”. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, com registro CAAE: 68474223.2.0000.5244.

A metodologia utilizada foi à revisão bibliográfica e mapeamento descritivo dos dados disponibilizados, seguido de análise qualitativa. As diferentes técnicas, segundo Batista e Domingos (2017) respondem a perguntas diferentes na avaliação de formulação de “políticas públicas baseadas em evidências”, ou seja, a perspectiva quantitativa identifica a magnitude do impacto de um programa, já os dados qualitativos adicionais avaliam a profundidade deste impacto. Além disso, para



construir os indicadores da pesquisa foram levantados dados do IBGE e DATASUS de modo a compreender as dimensões sociais vinculadas à população negra, em especial as mulheres negras, no Brasil. No IBGE foram levantados dados referentes a população total, por gênero e raça, escolaridade, número de filhos por mulheres (nascidos vivos), entre outros. foram organizados com intuito de sedimentar as discussões da pesquisa. Ao mesmo tempo, em que foram coletados dados com informações socioeconômicas da população do município de estudo, com recorte de gênero e raça.

Indicadores selecionados foram obtidos do programa de atenção básica com pesquisa em fonte de Sistema de Informatização Interna de Dados, assim como em material da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Tais informações alimentaram a pesquisa. Do banco de dados do DATASUS, do Sistema de Informatização Interna de Dados e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde de São João da Barra, levantamos dados referente ao número de Unidades de Atendimento Básico por região em São João da Barra, a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, o número de atendimento de mulheres por gênero e raça, os serviços ofertados, o acompanhamento de pré-natal, comorbidades, número de nascimentos, óbitos, exames, entre outros e do sistema de gerenciamento de dados hospitalares referente ao HPC foram coletados dados referente aos óbitos das maternidades de referência. Vale ressaltar que mapeamos também as ausências de informações que implicam num maior conhecimento da situação no atendimento das mulheres negras. Estas informações foram organizadas em gráficos e tabelas e junto às informações qualitativas provenientes da observação participante e das entrevistas com os gestores que auxiliaram na análise dos dados coletados. Os dados tiveram o recorte temporal entre os anos de 2010-2022, a depender do tipo de registro e da sua disponibilidade ou não nos diferentes tipos de sistemas de informação consultado.

Por perceber que há um conflito de interesses, ou mesmo um distanciamento, entre as ações e serviços das políticas públicas de saúde da mulher com os dados e as evidências, adotamos este recorte teórico-metodológico. Afinal, políticas públicas



baseadas em evidências, conforme detalharemos a seguir, são aquelas criadas, adaptadas ou direcionadas, de acordo com as evidências objetivas, sejam através de observação, ou mesmo através de dados públicos.

É importante destacar que algumas ações da gestão pública se apresentam na contramão das políticas públicas baseadas em evidências como, por exemplo, a manutenção das atitudes que nos permitem uma “sabedoria convencional”, a favor da continuidade de um formato de gestão, ou mesmo a lógica burocrática em que se tem a falsa impressão de que tudo funciona bem, porque sempre foi realizado daquele modo.

A relevância prática do estudo das desigualdades interseccionais, que exploram diferentes fatores sociais e identitários, como gênero, classe social, raça e idade, no contexto da saúde da mulher gera em torno do planejamento de políticas públicas, assim como da melhoria da assistência clínica.

Os impactos esperados, através dos resultados analisados, permitem uma amplitude de conhecimento científico regional, com geração de dados antes subnotificados, qualificação da saúde ginecológica e materna, com redução da morbimortalidade com impactos entre os profissionais, seja em relação à maior entendimento da importância da coleta de dados como em relação a qualificação destes profissionais, além de contribuir para a promoção de equidade em saúde e transformação social.

2 RETRATO DOS INDICADORES DE DESIGUALDADES DE GÊNERO E RAÇA, NO BRASIL

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) resulta da confluência da ação de pesquisadores, sanitaristas, movimentos feministas, movimentos negros e representantes do Ministério da Saúde, como uma estratégia de integralidade nos cuidados da saúde da mulher, contrapondo ao modelo de assistência com enfoque, apenas, reprodutivo dos corpos femininos. Em 1986, o programa dimensionou sua atuação sobre a autonomia das mulheres, com estratégias



de planejamento reprodutivo via Ação Integrada à Saúde, por meio da articulação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde.

A integralidade, então, foi um princípio em que a mulher passou a ser compreendida como um sujeito de direitos e não reduzida, apenas, a um corpo. Deste modo, as mulheres buscavam um serviço de saúde com novas características. Podemos considerar, então, que o PAISM foi consequência dos diálogos entre os movimentos feministas e o movimento sanitário, com ações programáticas mais descentralizadas e horizontais, com visão global da mulher, segundo Silveira (2019). O PAISM sob esta perspectiva, aponta para um diálogo entre o movimento de mulheres e o movimento de reforma sanitária, através da defesa da redemocratização social e democratização da saúde.

As Políticas Públicas para a mulher, no contexto da saúde, são atravessadas pelo feminismo negro, em que a luta é coletiva, com o empoderamento da mulher negra como agente ativa de mudança. Bell Hooks refere-se ao termo “empoderamento” como movimento de mudança social antirracista, antielitista e sexista, criando estratégias rotineiras para a reivindicação de direitos.

O empoderamento pode ser entendido como defesa da equidade, um conceito que confere – inclusive- outra diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, percebemos, mais uma vez, a importância das ações do movimento feminista no contexto das mudanças sociopolítico-econômicas do Brasil, neste período.

E, quais os dados nacionais interseccionais, no contexto da saúde da mulher?

Sob a ótica da assistência à saúde, Rebecca Lucena Theophilo et.al (2018) analisando a vulnerabilidade de mulheres pretas na atenção pré-natal e ao parto do SUS, verificaram que as mulheres pardas e negras tiveram, em sua maioria, gravidez não planejada e utilização da rede pública, assim como redução do número de consultas de assistência pré-natal, quando comparadas às brancas, reforçando os dados apontados pelo protocolado pela Rede Cegonha (Programa de Promoção à



Saúde da Mulher e a Criança, de âmbito Federal, que tem como proposta a humanização da assistência ao período gestacional, parto e puerpério), que indica menos internações por complicação gestacional, menos informações sobre o parto normal e sobre o local do parto das mulheres pretas e pardas. Da mesma forma que, tiveram que esperar mais tempo para atendimento e peregrinaram em mais de uma fonte de atendimento, por falhas no acesso a primeira internação. E, foram as que menos tiveram acompanhantes na sala de parto e, as mais submetidas aos partos sem analgesia.

Inclusive, neste sentido, em estudos sobre violência obstétrica julgam-se serem as negras as que sofrem as mais variáveis formas de violência, incluindo às de gênero e raça (ZANARDO et al., 2017). Também, a mortalidade materna é maior entre as mulheres negras, “as mais vulneráveis socialmente”, segundo Maria do Carmo Leal, em entrevista pela FioCruz, em nome do projeto “Nascer no Brasil” (2018).

O número de mortes maternas, inclusive, constitui indicador social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento regional e humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública. A sua mensuração, no entanto, é notoriamente difícil, principalmente quando não existe um sistema de registro vital confiável. Segundo Alencar Júnior (2006), o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos e é, na maioria dos casos, de causa evitável.

As mortes obstétricas diretas constituem a principal causa de morte materna, tratando-se de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério devido às intervenções, omissões e tratamento incorretos, ou à uma cadeia de eventos secundários, segundo Ruy Laurenti et. al. (2008).

No país, de acordo com o Ministério da Saúde (2009) dois fatores dificultam o monitoramento dos índices de mortalidade materna: a subinformação das causas dos



óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, existência de cemitérios irregulares ou, falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

A observância de dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) mostra a fragilidade do atendimento do sistema em relação ao atendimento da população. Por exemplo, das causas globais de mortalidade materna, as hemorragias, hipertensão e infecção são as principais causas. A mortalidade materna nacional é mais que uma questão de saúde, é uma “questão social”, necessitando ser resolvida no âmbito da política social, como questões que envolvem: trabalho, renda, habitação, transporte, assistência social, previdência social, além de políticas de educação e saúde.

A Tabela 1 é um demonstrativo do número de mulheres negras que vieram a óbito por causa gestacional, parto e pós-parto de 2015-2019, segundo dados de Sistema de Gerenciamento Interno de Internação, em maternidade referência de alto risco materno-fetal na cidade de Campos dos Goytacazes - maior cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, que recebe transferências de diversas localidades da região Norte do Estado, inclusive São João da Barra. Verificamos um importante número de óbitos obstétricos entre as mulheres pardas e negras, dos 33 óbitos registrados entre 2015 e 2019, 27 foram de mulheres negras e pardas, ou seja, representou 82% dos óbitos obstétricos.

Tabela 1: Óbitos Obstétricos Segundo a Cor entre 2015-2019/Maternidade Alto Risco



ANO_ALTA	COR	SERVIÇO	ALTA	TOTAL
2015	Branca	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	2
2015	Preta	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	1
2015	Parda	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	8
2016	Branca	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	1
2016	Parda	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	2
2017	Parda	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	1
2018	Branca	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	2
2018	Preta	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	1
2018	Parda	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	6
2019	Branca	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	1
2019	Preta	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	4
2019	Parda	Obstetrícia	Óbito Com Declaração Fornecida Pelo Médico Assistente	4
TOTAL				33

Fonte: Organizado a partir do Sistema Interno de Gerenciamento de Internação Hospitalar de 2015 a 2019. Relatório Emitido em 05/12/2019.

Compactuando com toda a literatura que envolve a interseccionalidade de gênero, racial e espacial, no contexto de Campos dos Goytacazes, encontramos nos dados referentes à maior maternidade de alto risco, resultados semelhantes aos índices nacionais, em que o número de mortes maternas pela gestação, parto ou pós-parto é maior entre as negras e pardas do que entre as brancas. Este resultado é um importante indicador de saúde e desenvolvimento social regional e que poder servir



de base para atuação de Políticas Públicas que possam minimizar essas discrepâncias visando promover uma assistência mais digna às mulheres negras de nossa região, vinculadas ao sistema de atenção ao pré-natal, oferecendo acolhimento e humanização a todas as mulheres, conforme propósitos da Rede Cegonha.

No período de 2020, a Tabela 2 demonstra os óbitos maternos, em tempos pandêmicos, em que devemos destacar a Covid-19 afetando o ciclo gravídico puerperal, acometendo mais negras e pardas, o que reforça os estudos de Cerquetani (2021), quando afirma que a vulnerabilidade social afeta esta população, expondo-a a doenças e mortes evitáveis. Ainda, segundo Trindade (2021), é necessário, mais uma vez, destacar que o coeficiente de mortalidade materna, em países desenvolvidos, é de 04 a 15 por 100mil nascidos vivos. Em países como o Brasil, a estatística é de 80 mortes por 100 mil nascidos vivos, indicando deficiências das políticas de saúde e promoção a vida. Em Campos dos Goytacazes, o coeficiente neste período é ainda maior, de 116,8 dentre os 100 mil nascidos vivos. Estes dados são estaremcedores e indicam a necessidade urgente de uma política pública equânime entre as usuárias do Sistema.

Tabela 2: Óbitos maternos 2020- em tempos pandêmicos/Maternidade de alto risco

ÓBITOS MATERNOS	IDADE	RAÇA	ESCOLARIDADE	LOCAL	QUANDO?	CAUSA
24/02/2020	38	Parda	Sup Incompleto	HGG	Até 42 DPP	Doença Infe Afet Ciclo
23/05/2020	32	Preta	Ignorado	HPC	Até 42 DPP	Doença Infe Afet Ciclo
13/07/2020	32	Parda	Sup Incompleto	HPC	Até 42 DPP	Doença Infe Afet Ciclo
26/08/2020	27	Branca	Sup Incompleto	HPC	Até 42 DPP	Pré Eclâmpsia
14/09/2020	20	Parda	Sup Incompleto	HPC	Até 42 DPP	Doença Infe Afet Ciclo
18/11/2020	23	Parda	Ignorado	HPC	Até 42 DPP	Doença Infe Afet Ciclo
29/11/20220	36	Parda	Sup Incompleto	HPC	Até 42 DPP	Gravidez Ectópica
01/12/2020	25	Branca	Ignorado	HPC	Até 42 DPP	Cardiomiopatia Puerp



Fonte: Autoria Própria/2023- Sistema Interno de Gerenciamento de Internação Hospitalar- 2020. (*)
DPP – Dias Pós-Parto

Em relação a São João da Barra, no período entre 2010-2020, a pesquisa realizada indicou apenas um óbito materno em 2019. Mas, é necessário ressaltar que os atendimentos de alta complexidade são transferidos para a maternidade de alto risco, no município de Campos dos Goytacazes, fato que poderia ser analisado como um fator particular desta avaliação.

Como estratégia instrumental para acompanhamento permanente das políticas públicas de assistência à saúde obstétrica, temos os Comitês de Morte Materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a redução na região de abrangência.

Não foi identificado Comitê de Mortalidade Materna no município de São João da Barra, talvez pela justificativa de transferência de alta complexidade para o município vizinho, e, que por essa razão apresenta baixa estatística de mortalidade materna municipal.

Observamos tal realidade quando analisamos algumas políticas de saúde da mulher, no referido município. E, talvez, esta seja uma grande proposta de discussão em saúde: ampliarmos o acesso e a sua qualidade às populações vulneráveis, atravessadas pela interseccionalidade, visto que, por meio dos indicadores de saúde podemos avançar nos avaliadores da qualidade do Sistema Único de Saúde, podendo ser este indicador utilizado como ferramenta de identificação e mapeamento para possíveis intervenções, e construção de políticas públicas específicas ou mesmo, avaliação transdisciplinar para a garantia da implementação de tais políticas.

3 MAPEAMENTO DE INDICADORES SELECIONADOS DE GÊNERO E RAÇA, EM SÃO JOÃO DA BARRA

O processo histórico de formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População negra deveu-se, primeiramente, a partir da identificação do



racismo enquanto uma iniquidade de saúde, ou seja, uma injustiça nos direitos à saúde. Posteriormente, foram classificadas as doenças mais prevalentes na população negra, sintetizadas conforme Werneck (2016):

Por fatores genéticos: anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, hipertensão arterial e diabetes melito;

Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis: desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania.

De evolução agravada ou de tratamento dificultado: hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatas, insuficiência renal crônica, câncer e mioma.

Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas: crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (WERNECK, 2026; p.537).

Esta política foi aprovada em 2009, tendo como marcos o reconhecimento do racismo estrutural, as desigualdades étnico-raciais e racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, de modo que o seu objetivo é a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo nas instituições e nos serviços públicos (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que a porta de entrada para o SUS é através da Atenção Básica, sendo esta uma ordenadora do cuidado e, por isso, devendo estar próxima das demandas da população, conforme defendem Barbosa et al. (2021). Desta forma, atribui-se e reafirma-se que a Política de Atenção Básica é responsável por ofertar integralidade no cuidado por meio de ações com as equipes de saúde para promoção, prevenção, redução de danos e cuidados integrados, conforme preconiza o Programa de Atenção Básica (BRASIL, 2017b). No entanto, não é isso que se observa, mesmo a política tendo completado 15 anos, em esfera Federal.

Segundo Moreira et al (2021), a desigualdade no acesso à saúde entre negros e brancos, causada pelo racismo estrutural e pela desigualdade de renda, agravou-se na pandemia. De acordo com Índice Folha de Equilíbrio Racial (IFER) (2021), os quatro Estados com maior disparidade entre brancos e negros, em termos de



sobrevida, são: Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Santa Catarina. A análise foi feita entre brancos e negros, incluindo pardos, em população com mais de 30 anos. As categorias acesso ao ensino superior completo e participação no topo da pirâmide de renda registram severas disparidades em quase todo o país. Contudo, especialistas apontam que a longevidade de pretos e pardos tem aumentado desde a criação do SUS. Acredita-se que as políticas de ação primária e as campanhas de vacinação, ainda que com resultados limitados, tenham relevância sobre esta realidade.

De acordo com a médica Fátima Marinho, apesar da melhora na longevidade, é necessário olharmos para a qualidade de vida desta população. Afinal, somente através de melhores condições de renda e educação, seria possível este impacto positivo. A crise sanitária possibilitou um efeito indireto sobre o aumento do desemprego e dificuldade de acesso à saúde, de modo que, em 2020, houve excedentes de mortes de negros com conseqüências maiores em regiões como Sudeste e Sul. Não se pode desconsiderar a possibilidade de que discrepâncias regionais pode ser responsabilidade de um racismo na saúde. Afinal, muitas pesquisas mostram que os negros recebem um serviço de menor qualidade nos atendimentos do SUS (MOREIRA et al, 2021).

No livro “Legado de uma pandemia”, os autores informam que dos 44.5% dos pretos e pardos contra 27.9% dos brancos não tinham acesso à rede de esgoto e água encanada, fatores essenciais para a manutenção da higiene em tempos pandêmicos (MOREIRA et al., 2021). Da mesma forma, hipertensão e diabetes, doenças atreladas à pobreza, são mais comuns entre pretos e pardos. Por serem doenças de base foram as que mais impactaram nos resultados durante a Covid-19.

Estes dados alimentam a necessidade de políticas públicas que reduzam essas discrepâncias em saúde, reiterando a necessidade da adoção e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, conforme preconizado pela Lei, a fim de garantir desde coleta de informações básicas ao treinamento de profissionais contra práticas racistas na assistência. Esta política específica tem como



proposta melhorar a saúde de pardos e negros por meio do SUS, caminho constitucional de universalidade que assegure tanto o acesso como a qualidade dos serviços.

O Estado deve assegurar o direito à saúde qualificada da população negra e assegurar a capacitação dos profissionais atuantes no SUS.

Como afirmam Barbosa et al. (2021), as discussões a respeito de discrepâncias étnico-raciais são escassas ou, inexistentes nas universidades, em todo o país. Ainda, o racismo é invisibilizado enquanto um determinante social que afeta os processos de saúde e adoecimento. Demonstrou-se, segundo Ministério da Saúde, que 10,6% das pessoas que utilizaram o SUS disseram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por profissionais médicos (BRASIL, 2017).

3.1. Política de Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica do Sistema Único de Saúde deve promover e proteger a saúde, prevenir doenças e suas complicações e deve ofertar ampla cobertura populacional, visto ser este a principal porta de entrada do SUS e, pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de seus usuários ao longo da vida (BRASIL, 2006).

No entanto, quando se observa os dados para o período 2008-2017 da região Norte Fluminense, a cobertura populacional da Atenção Básica é de 54,67%, ou seja, está bem abaixo do esperado, se considerar, por exemplo, o percentual de atendimento do Estado. Dos oito (8) municípios estudados na região Norte do Estado do Rio de Janeiro, apenas Conceição de Macabu, Quissamã e São João da Barra possuem percentual de cobertura de 100% para o período 2015-2017 (Tabela 3).

Tabela 3- Cobertura Populacional Estimada Pelas Equipes de Atenção Básica

Boletim Petróleo, Royalties & Região



Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	45,25	45,60	48,04	53,90	58,17	57,93	60,31	60,61	66,56	68,55
Norte	64,63	46,74	44,40	42,00	45,09	43,87	46,22	49,28	50,97	54,67
Campos dos Goytacazes	68,00	34,21	33,06	27,20	32,24	30,49	32,16	35,21	37,06	42,44
Carapebus	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,40	100,00	93,79	91,95	90,24
Conceição de Macabu	68,54	72,42	64,53	79,20	71,45	84,67	99,57	100,00	100,00	100,00
Macaé	69,64	70,95	55,63	52,32	55,15	49,00	49,05	55,66	56,58	59,13
Quissamã	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
São Fidélis	28,82	35,33	42,80	44,75	28,72	65,49	76,60	64,44	65,25	66,45
São Francisco de Itabapoana	23,23	21,91	21,64	41,71	50,40	54,37	46,02	51,52	59,94	61,11
São João da Barra	58,67	55,85	100,00	100,00	100,00	77,24	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica, onde se desenvolve o cuidado, com alto grau de descentralização, profunda capilaridade no território e com proximidade ao cotidiano das pessoas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica (2017) como sendo o prioritário para a expansão e qualificação da Atenção Básica no país. A ESF está baseada em princípios relacionados ao vínculo e responsabilização das equipes com a população em dado território, responsabilidade sanitária, vínculo entre profissionais de saúde e comunidade e o cuidado mais próximo de onde as pessoas vivem, compreendendo e considerando em sua prática, portanto, os determinantes e condições de sua saúde.

Interessante ressaltar que não se conseguiu capturar dados referentes ao recorte racial da saúde geral da população, atendidos pela atenção básica, entre 2010-2020, em nosso recorte temporal de estudos, ainda que a cobertura populacional assistida pela atenção primária tenha se mantido de 2010-2017 de aproximadamente 100%, em São João da Barra. Isto pode ser explicado, em parte, devido ao preenchimento do quesito raça-cor, enquanto autodeclaração, ter iniciado mais tardiamente no município, somente a partir de 2019. Mas, mesmo após início da coleta, este quesito ainda é pouco capitado por ocasião do atendimento, em parte



explicado pela desinformação quanto à importância desse preenchimento pelo profissional.

Precisamos destacar ainda, o lento processo de informatização da saúde, em São João da Barra, dificultado pelos últimos anos da pandemia, contrariando o objetivo da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que tem como propósito promover o uso inovador, criativo e transformador de tecnologias da informação para melhorar os trabalhos em saúde e resultar num Sistema Nacional de Informação, permitindo acesso pelos cidadãos, gestão, ensino e ciência, ampliando acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Durante a pesquisa, realizamos um esforço de reunir dados referentes ao ano de 2022, com recorte gênero-racial dos pacientes cadastrados nas estratégias de saúde da família. Informações estas liberadas, após autorização da gestão, através de acesso aos dados do novo Sistema de Informatização Interna. Observa-se, conforme os Quadros 1 e 2, que existem 11 Estratégias de Saúde da Família com cadastro informatizado e 01 na Unidade Básica de Saúde. O maior número de pacientes ativos está na ESF da Sede, sendo predominante pacientes que se autodeclararam brancos, tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, em detrimento dos que se autodeclararam negros e pardos. Outro dado importante é o número de pacientes sem esta informação, há que se investigar se se trata da não declaração do paciente ou da não coleta da informação por parte do atendente, por ocasião do preenchimento deste item no prontuário.

Pelos motivos já explicitados acima, não foi possível reunir os dados de atendimentos em saúde num recorte de gênero e raça para o período de 2010-2020. Podemos incluir neste aspecto, ainda, a ausência de capacitação oferecida aos profissionais de saúde para o adequado preenchimento deste item no prontuário eletrônico.

Quadro 01 - Unidades de Saúde por recorte de gênero e racial em São João da Barra - 2022

Boletim Petróleo, Royalties & Região



UNIDADE DE SAÚDE	SEXO	BRANCA	NEGRA	PARDO	NÃO INFORMADO	ORIENTAL
		Pacientes Ativos	Pacientes Ativos	Pacientes Ativos	Pacientes Ativos	Pacientes Ativos
ESF Atafona	Feminino	460	33	132	85	1
ESF Atafona	Masculino	415	17	112	93	1
ESF Açu	Feminino	847	57	336	138	2
ESF Açu	Masculino	778	51	324	110	2
ESF Barcelos	Feminino	916	149	664	160	6
ESF Barcelos	Masculino	831	132	728	118	0
ESF Cajueiro	Feminino	840	90	317	173	25
ESF Cajueiro	Masculino	818	117	373	130	22
ESF Campo de Areia	Feminino	801	31	322	103	3
ESF Campo de Areia	Masculino	805	50	333	80	1
ESF Carrapicho	Feminino	1120	153	881	165	2
ESF Carrapicho	Masculino	967	160	957	147	2
ESF Grussaí	Feminino	792	102	400	182	9
ESF Grussaí	Masculino	643	102	326	139	7
ESF Lagoa de Grussaí	Feminino	661	161	418	93	0
ESF Lagoa de Grussaí	Masculino	588	93	416	63	3
ESF Mato Escuro	Feminino	705	17	140	64	3
ESF Mato Escuro	Masculino	776	15	169	59	3

Boletim Petróleo, Royalties & Região



ESF Nova São João da Barra	Feminino	847	78	72	295	2
ESF Nova São João da Barra	Masculino	745	50	66	201	2
ESF Sede	Feminino	1312	49	202	173	9
ESF Sede	Masculino	1154	52	204	125	6
UBS Palacete	Feminino	522	32	145	34	6
UBS Palacete	Masculino	472	41	185	45	6
TOTAL		18815	1832	8222	2975	123

Fonte: Sistema Interno de Informatização de Dados, 2019. Org. Kathelyn Cordeiro, 2023

Quadro 2 - Recorte racial- não brancos- por autodeclaração por Unidade de Saúde em São João da Barra - 2022

Unidade de Saúde	Cor do Paciente	Número de Pacientes	Unidade de Saúde	Cor do Paciente	Número de Pacientes
ESF Carrapicho	Parda	1898	ESF Carrapicho	Negra	335
ESF Barcelos	Parda	1404	ESF Barcelos	Negra	293
ESF Lagoa de Grussaí	Parda	929	ESF Lagoa de Grussaí	Negra	281
ESF Grussaí	Parda	768	ESF Grussaí	Negra	209
ESF Cajueiro	Parda	693	ESF Cajueiro	Negra	206
ESF Açú	Parda	691	ESF Açú	Negra	113
ESF Campo de Areia	Parda	664	ESF Campo de Areia	Negra	102
ESF Sede	Parda	410	ESF Sede	Negra	81
ESF Palacete	Parda	327	ESF Palacete	Negra	73
ESF Mato Escuro	Parda	314	ESF Mato Escuro	Negra	32
ESF Atafona	Parda	278	ESF Atafona	Negra	60
ESF São João da Barra	Parda	143	ESF São João da Barra	Negra	136
TOTAL		8519	TOTAL		1921

Fonte: Sistema Interno de Informatização de Dados, 2019. Org. Kathelyn Cordeiro, 2023

As ESF de Carrapicho, Barcelos e Lagoa de Grussaí, nesta ordem, são as que apontam maior número de pacientes ativos que se autodeclaram não brancos. A quantidade geral de pacientes ativos cadastrados na atenção primária foi de 33.054 pacientes no ano de 2022, com registros de autodeclaração branca, equivalendo a 58% da população de munícipes atendidas pela atenção básica, com a soma de negros e pardos equivalendo a 32%, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Percentual Geral de Cadastros na Atenção Básica por Cor– São João da Barra-2022



Raça/Cor	Total	Percentual
Branca	19266	58
Negra	1921	6
Parda	8519	26
Oriental	128	0
Não Informada	3220	10
	Negros e Pardos	32%

Fonte: Sistema Interno de Informatização de Dados, 2019. Org. Kathelyn Cordeiro, 2023

Temos, ainda, no Quadro 03 o número de atendimentos de pacientes ativos que apresentam doenças crônicas como diabetes e hipertensão, no ano de 2022, sendo predominantes estas doenças entre pacientes brancos.

Quadro 3 – Número de atendimentos pacientes ativos com doenças crônicas como diabetes e hipertensão – São João da Barra (2022)

Raça/Cor do Paciente	Tem Diabetes	Tem Hipertensão
	Pacientes Ativos	Pacientes Ativos
Branca	1612	4863
Negra	179	568
Parda	587	1921
Oriental	16	30
Não Informada	302	826

Fonte: Sistema Interno de Informatização de Dados, 2019. Org. Kathelyn Cordeiro, 2023

Na Tabela 5, apresentamos o perfil de realização de citologia oncológica para prevenção do câncer de colo de útero, no período 2006-2017, com todas as cidades do Norte do Estado do Rio de Janeiro abaixo do índice de 0,70, de modo que podemos inferir que apesar dos 100% de acesso à Atenção Básica, em São João da Barra, os testes de rastreamento para câncer de colo uterino, doença de morte evitável mediante tratamento precoce, encontra-se abaixo do indicador esperado.



Tabela 5-Indicadores de rastreamento do câncer de colo uterino Norte Estado RJ (2008/2017)

Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	0,35	0,32	0,33	0,32	0,31	0,20	0,19	0,18	0,18	0,16
Norte	0,41	0,39	0,40	0,39	0,31	0,42	0,35	0,33	0,29	
Campos dos Goytacazes	0,37	0,39	0,41	0,46	0,33	0,48	0,40	0,31	0,29	0,37
Carapebus	0,70	0,68	0,47	0,66	0,55	0,58	0,37	0,35	0,49	0,49
Conceição de Macabu	1,02	0,66	0,68	0,66	0,53	0,42	0,48	0,39	0,42	0,49
Macaé	0,48	0,46	0,49	0,36	0,27	0,35	0,25	0,38	0,31	0,30
Quissamã	1,49	1,28	1,03	0,92	0,89	1,18	0,89	0,86	0,83	0,69
São Fidélis	0,01	0,01	0,01	0,02	0,26	0,38	0,25	0,21	0,18	0,17
São Francisco de Itabapoana	0,32	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01
São João da Barra	0,01	0,03	0,02	0,01	0,09	0,04	0,28	0,36	0,01	0,64

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020. Kathelyn Cordeiro, 2023

Na posição de servidora da saúde no município, desde 2015, acrescento a dificuldade das pacientes munícipes em realizarem a mamografia, outro exame de rastreamento diagnóstico, que faz parte da rotina, após os 40 anos de idade, o que corrobora para uma reflexão de que o acesso ao serviço de saúde não confere qualidade de assistência, como afirmaram Rosário et al. (2020). Isto é importante quando identificamos vulnerabilidades de gênero e cor dentre as usuárias do SUS, ainda que haja divergência dos dados de recorte racial das usuárias do serviço público, em São João da Barra. Os estudos de Cerquetani (2021) afirmam que aproximadamente, 70% de usuários do SUS são de cor negra, em estatística nacional.

Na Tabela 6, no indicador de casos de sífilis congênita nas cidades do Norte do Estado, observamos alta prevalência, em Campos dos Goytacazes e Macaé. Este dado se dá devido ao fato destes municípios possuírem maternidade de alta complexidade, locais para onde estas pacientes são encaminhadas. É importante destacar que a baixa estatística em São João da Barra tem correlação, possivelmente, com as transferências de casos de sífilis gestacional para maternidade de alto risco, em Campos dos Goytacazes.

Tabela 6- Indicadores Sífilis Congênita nos Municípios do Norte (2008-2017)

Boletim Petróleo, Royalties & Região



Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	1.297	1.474	1.535	2.248	2.661	2.947	3.624	4121	3513	3.968
Norte	18	8	14	9	18	8	31	62	54	76
Campos dos Goytacazes	6	4	6	2	2	2	5	22	24	17
Carapebus	-	-	-	-	1	-	-	0	1	0
Conceição de Macabu	-	-	-	1	-	-	-	2	2	3
Macaé	10	3	5	6	11	5	22	33	22	55
Quissamã	-	-	3	-	2	1	1	3	2	0
São Fidélis	1	-	-	-	1	-	2	2	0	0
São Francisco de Itabapoana	-	1	-	-	1	-	-	0	2	0
São João da Barra	1	-	-	-	-	-	1	0	1	1

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2020. Kathelyn Cordeiro, 2023

A Rede Cegonha é um plano de ação regional elaborado e pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartide (CIB), através da Deliberação CIB-RJ nº 3.296, de 30 de dezembro de 2014, que funciona como instrumento de planejamento da atenção materno-infantil no que se refere à gravidez (incluindo as ações relacionadas ao pré-natal), ao parto e nascimento (incluindo fluxos assistenciais de risco habitual e alto risco) e à criança até os dois anos.

A atualização do plano de ação, através de grupo técnico, foi feita na região Norte do Rio, em 2017, de modo que se encontra em análise pelo Ministério da Saúde, mas ainda sem devolutiva. Portanto, dentro da linha do cuidado materno-infantil, um importante planejamento estratégico são as referências de pré-natal, parto e nascimento, conforme demonstrado no Quadro 4.

Boletim Petróleo, Royalties & Região



Quadro 4 - Rede Cegonha - Referências Regionais, região Norte.

Municípios	Pré-Natal		Parto & Nascimento	
	RH	AR	RH	AR
Campos dos Goytacazes	AB (26 Equipes ESF, 7 Unidades Mistas, 52 UBS, 3 Centros de Referência)	Centro de Referência e Tratamento da Mulher e Hospital Plantadores de Cana	Hospital dos Plantadores de Cana e Soc. Portuguesa Beneficência de Campos	Hospital dos Plantadores de Cana
Carapebus	AB (4 Equipes ESF)	0	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	Hospital Público de Macaé
Conceição de Macabu	AB (5 Equipes ESF)	1	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	Hospital Público de Macaé
Macaé	AB (26 Equipes ESF, 7 UBS, 2 Núcleos de Atendimento à Mulher e à Criança)	Núcleo de Atendimento à Mulher e à Criança	Hospital Público de Macaé	Hospital Público de Macaé
Quissamã	AB (8 Equipes ESF)	1	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	Hospital dos Plantadores de Cana
São Fidélis	AB (4 Equipes ESF)	1	Hospital Armando Vidal	Hospital dos Plantadores de Cana
São Francisco de Itabapoana	AB (19 Equipes ESF)	1	Hospital Municipal Manoel Carola	Hospital dos Plantadores de Cana
São João da Barra	AB (4 Unidades Mistas, 4 UBS, 1 Centro de Referência)	Centro de Ref. da Mulher e da Criança	Santa Casa de Misericórdia	Hospital dos Plantadores de Cana

Fonte: Comissão Intergestores Regional Norte (Plano de Ação Regional da Rede Cegonha pactuado em 2017) apud Rio de Janeiro, 2020.

RH: risco habitual, AR: alto risco, AB: atenção básica, ESF: estratégia de saúde da família, UBS: unidade básica de saúde

Itens marcados em amarelo: referências não identificadas no SCNES.

Segundo dados dos serviços de informação hospitalar, apesar de todas as regiões apresentarem leitos obstétricos, entre janeiro e dezembro de 2017, São João da Barra executaram menos de 85% dos procedimentos obstétricos, deslocando suas gestantes para Campos dos Goytacazes. Na Tabela 7, verifica-se o indicador de Proporção de Nascidos Vivos de mães com sete ou mais consultas, identificando cobertura assistencial pré-natal e situações de desigualdades. A meta mínima a ser atingida é 70%, de modo que, num recorte de quatro anos (2014-2017), São João da Barra foi um dos poucos municípios com dados acima da estatística mínima nacional, quanto à cobertura pré-natal.

Tabela 7 – Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. São João da Barra (2008/2017)

Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	62,44	62,58	63,95	63,53	63,41	64,32	65,93	68,01	69,22	71,12
Norte Fluminense	77,79	74,46	78,09	75,27	64,71	58,97	65,43	67,97	69,82	71,96
Campos dos Goytacazes	75,80	73,31	79,12	75,27	62,72	53,37	63,57	66,29	68,49	70,55
Carapebus	85,62	71,03	80,83	78,40	63,87	65,00	65,61	68,82	73,51	73,42

Boletim Petróleo, Royalties & Região



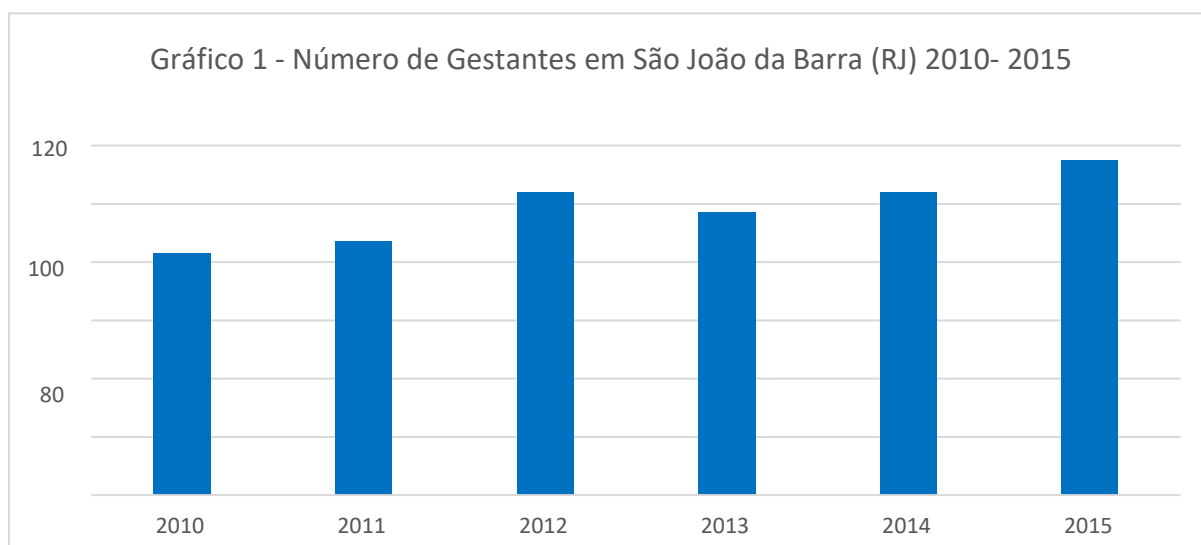
Conceição de Macabu	68,59	65,74	61,69	63,90	65,40	64,23	68,90	81,82	72,00	58,05
Macaé	79,95	74,63	75,67	74,34	67,32	68,31	67,88	68,77	70,97	75,58
Quissamã	79,93	83,33	83,23	91,88	89,44	80,25	84,71	85,61	90,40	85,17
São Fidélis	90,39	80,57	83,33	68,98	54,79	54,98	49,42	53,48	50,98	61,14
São Francisco de Itabapoana	83,45	79,23	83,07	75,30	61,27	50,20	65,45	71,27	72,01	64,58
São João da Barra	77,58	79,08	74,70	81,95	68,84	60,71	72,22	74,96	78,53	80,20

Fontes: 2016 e 2017: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC-SVS/SES-RJ-Base atualizada em 28/02/2018 apud RIO DE JANEIRO, 2020. (*) 2017 Dado Preliminar

Contudo, podemos situar o período da gestão do ex-prefeito Neco (2016-2020), em que a maternidade foi fechada por questões que envolveram a má organização e distribuição de profissionais obstetras, justificando com isto as consultas de pré-natal acima da estatística nacional, em 2017, com número de internações hospitalares para partos menor do que 85%.

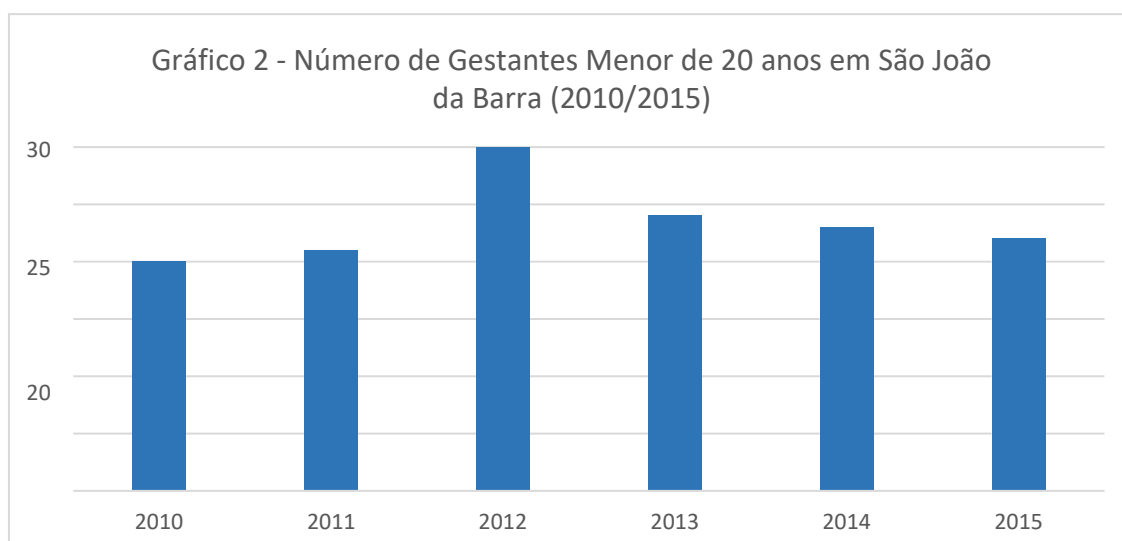
No que se refere ao número de gestantes por ano, entre 2010 e 2015, em São João da Barra, tivemos um discreto aumento da incidência de gestações, conforme Gráfico 1.

Fonte: DATASUS, 2010. Org. Helena Valente / Kathelyn Cordeiro, 2022



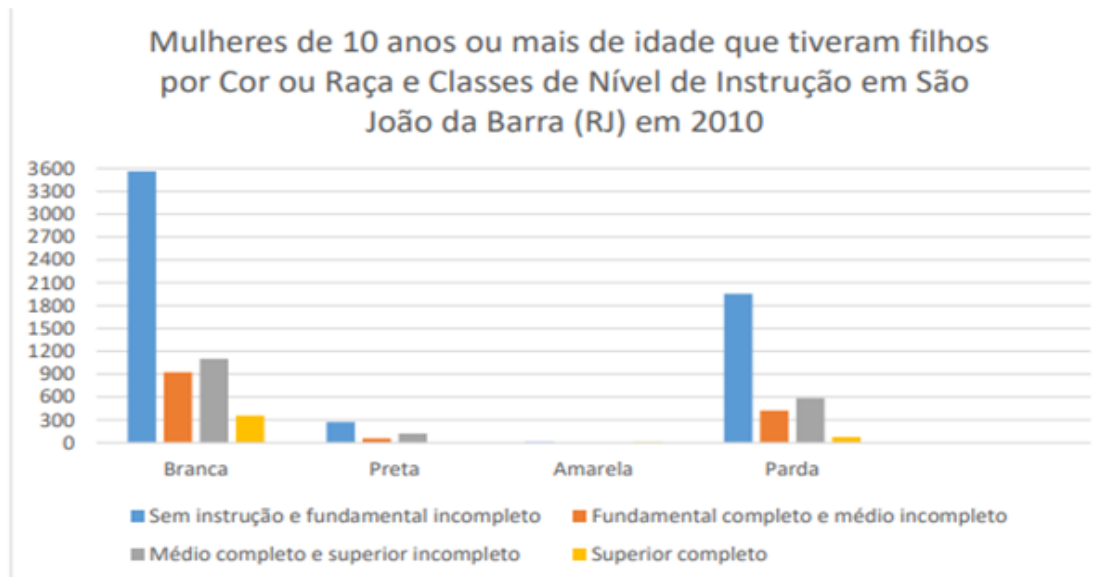


Em relação ao número de gestantes menor de 20 anos, por ano, em São João da Barra (RJ) de 2010 a 2015, os dados demonstram que 2012 foi o ano de maior incidência (Gráfico2).



Fonte: DATASUS 2020. Org. Helena Valente/Kathelyn Cordeiro, 2022

Entre as mulheres de 10 anos ou mais de idade que tiveram filhos por Cor ou Raça e Classes de Nível de Instrução em São João da Barra (RJ) em 2010, estão aquelas sem instrução e com ensino fundamental incompleto, em sua maioria brancas (Gráfico 3).

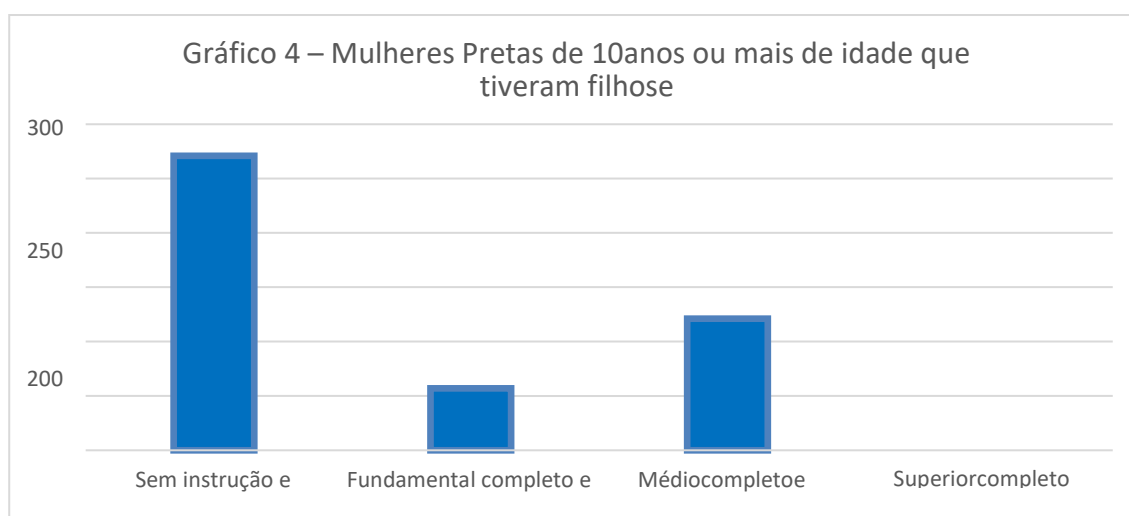


Org. Helena Valente, 2022.

Fonte: IBGE, 2010.

Fonte: IBGE, 2010. Org. Helena Valente/Kathelyn Cordeiro, 2022

Entre as Mulheres Pretas de 10 anos ou mais de idade que tiveram filhos por Classes de Nível de Instrução em São João da Barra (RJ) em 2010, estão as mulheres pretas sem instrução e fundamental incompleto são maioria (Gráfico 4).



Fonte: IBGE, 2010. Org. Helena Valente/Kathelyn Cordeiro, 2022

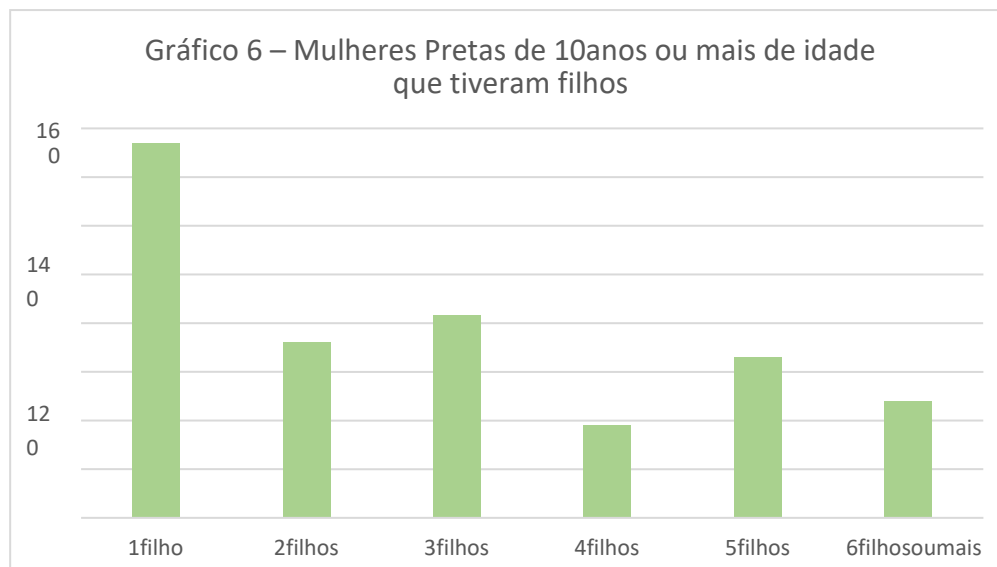


No Gráfico 5, das Mulheres de 10 anos ou mais de idade que tiveram filhos nascidos vivos por Número de Filhos e Cor ou Raça, observa-se que as mulheres brancas são a maioria independentemente do número de filhos. Mas, pode-se verificar, também, que a discrepância é menor dentre as brancas e não brancas quanto à multiparidade.



Fonte: IBGE, 2010. Org. Helena Valente/Kathelyn Cordeiro, 2022

Dentre as mulheres pretas de 10 anos ou mais de idade que tiveram filhos nascidos vivos por Número de Filhos, conforme Gráfico 6, percebe-se o predomínio tem uma prole reduzida.



Fonte: IBGE, 2010. Org. Helena Valente/Kathelyn Cordeiro, 2022.

Em síntese dos dados apresentados nos gráficos, tabelas e figuras, demonstram que mesmo o município de São João da Barra apresente 100% de acesso à atenção básica, este apresenta baixo indicador de acesso a testes de rastreio para câncer de mama e colo de útero. Assim como, apesar de suficiência no acesso a assistência pré-natal, os partos - durante recorte temporal estudado- aconteceram, em elevado número, em maternidade de cidade vizinha.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS: UMA PROPOSTA DE DIÁLOGO A FAVOR DAS MULHERES NEGRAS

No contexto dos impactos da possível desarticulação entre as evidências dos dados e a saúde das mulheres negras, no município em estudo, assim como a inoperância do Programa de Atenção Integral à Saúde da População Negra, verificamos que a dificuldade em acessar as informações de dados internos, talvez justificada pela demora da informatização da saúde no município, que só ocorreu após 2019, atrapalhado pela pandemia, reflete nos desafios do monitoramento,



operacionalização, avaliação desses impactos, bem como carece de apoio técnico e político no âmbito dos Estados e Municípios.

Reafirmamos que o município revelou uma Política de Atenção Básica e de Saúde da Mulher arraigada por desinformação e características culturais, do racismo institucional e violência de gênero, o que potencializa as desigualdades interseccionais.

Na perspectiva do quesito raça /cor proposta desde 2009 com o advento da PNSIPN, tornou obrigatória, no Brasil, a partir de 2017, a autodeclaração nos prontuários de saúde do SUS, preenchidos pelos profissionais de saúde. Esta é uma ferramenta utilizada como avaliador das ações e serviços de saúde, assim como indicador qualitativo no âmbito da gestão. Funciona como um sistema classificatório para melhor compreender a situação da saúde na população brasileira e, no contexto municipal de SJB, somente iniciou-se em 2019, mesmo assim, observou-se a ausência generalizada desta informação no prontuário de atendimento dos e das usuárias do sistema. Esta situação segundo apontam Theophilo et al. (2018), quando se pulverizam as diferenças de raça/etnia, fortalecemos a discriminação racial, a desumanização e o desrespeito, de modo que velamos o racismo estrutural.

Partindo do pressuposto que um dos maiores conflitos entre as correntes gestoras giram em torno da dificuldade no diálogo entre as evidências e as políticas públicas, entende-se a necessidade de trazer dados públicos como evidências norteadoras, para um melhor esclarecimento dos impactos da ausência de uma determinada política pública e a funcionalidade dela, como o é o caso do atendimento das mulheres negras.

Conforme explicita Jean Lima (2021), a política pública baseada em evidência é uma ferramenta de gestão, com objetivo de empoderar políticas que enfrentam desigualdades de gênero, confrontando violência contra a mulher e inserção das mulheres nos serviços públicos. Com tais resultados, podemos identificar se alguns



dos serviços já implementados deveriam aperfeiçoar seus procedimentos, por exemplo.

Em “Políticas públicas baseadas em evidências: Mapeamento e direções”, a mesma autora ainda se refere, a um estudo sobre a burocracia dirigente que a principal fonte de informação para a tomada de decisão do gestor, através do mapeamento observacional, é a experiência prática individual ou de colegas. E a segunda fonte para tal movimento decisório é a informação através de sistemas de dados. A terceira fonte seria os órgãos de controle em interação com a gestão pública. E, por último a pesquisa científica. Portanto, o conhecimento prático, em políticas públicas, é a principal fonte de informação de dados para a decisão gestora, devendo-se, assim, investir na capacitação dos quadros gestores e na estabilidade dos servidores, com acúmulo de conhecimento, através de pesquisas e estudos, para interagirem com as políticas concretas e que dêem resultados. (SILVA, 2019).

A formulação de políticas baseadas em evidências seria a alternativa a um processo dominado por ideias pré-concebidas que não teriam fundamento empírico. Com o uso de evidências o Estado poderia distinguir o que funciona do que não traz resultados e investir recursos de maneira ótima (SILVA, M. 2019, p. 09).

Assim, a evidência é tudo aquilo considerado verdadeiro. Contudo, podendo ser sujeito a contra-argumentação, deliberação e debates. Portanto, evidência é um recurso de um campo de conhecimento. A política pública baseada em evidência significa, então, estabelecer um processo de decisão com informação de alta qualidade usando dados e capacidades analíticas. Para tal, requer dados de alta qualidade, profissionais com potencial de análise, competência, habilidade, criatividade e incentivo político (PARKURNST, 2017).

A incorporação das evidências científicas rigorosas às políticas públicas é a base para o diálogo. Este rigor é determinado pela confiança, objetividade e validade dos dados. Políticas Públicas não seguem um formato racional, assim como a política envolve a conjunção de vários conhecimentos e experiências próprias. Portanto, as



políticas públicas envolvem o contexto, não sendo puramente científico e racional. As evidências, no entanto, servem para conter e equilibrar a ambigüidade gerada pela prática da construção de políticas públicas, conforme alega Parkurnst (2017).

Ideias e valores, o contexto, contudo, não devem ser vistos como inimigos da política pública de evidências. Esses podem movimentar decisões e promover coalisões em apoio à construção desta nova gestão, como estratégia política. Logo, o conhecimento prático, junto com os serviços públicos e coordenação de programas, canalizados num possível profissional “implementador”, com este conhecimento, é vital para a construção de políticas públicas baseadas no rigor dos dados. Assim, o estudo do conhecimento científico, profissional e do usuário formaria um conhecimento cultural e de massa política.

Sendo assim, como essas evidências podem ser usadas na prática?

Através de influência da pesquisa, como recuo tático para criação de responsabilidade em resultados, que produz impacto de achados particulares no processo de políticas. Assim, ela seria utilizada para apoiar decisões públicas.

Deste modo, as evidências da avaliação do atendimento pelo SUS em São João da Barra, produzidos por esta pesquisa científica, aponta para as lacunas no que tange ao atendimento em si à população negra, como aponta para as lacunas na operacionalização da política de atenção em particular às saúde da mulher negra apontando caminhos tanto para o aprimoramento da coleta de informações como para a formação dos profissionais de saúde (atendentes, médicos (as)) e necessária qualificação visando aprimorar a política e combater o racismo institucional.

5 CONCLUSÃO



No contexto dos impactos da pouca efetividade do Programa de Atenção Integral à Saúde da População Negra, à saúde das mulheres negras, em São João da Barra, verificamos que a dificuldade em acessar as informações de dados internos, talvez justificada pela demora da informatização da saúde local, que só ocorreu após 2019, atrapalhado pela pandemia, reflete nos desafios do monitoramento, operacionalização, avaliação desses impactos, bem como carece de apoio técnico e político no âmbito dos Estados e Municípios.

Reafirmamos que o município revelou uma Política de Atenção Básica e de Saúde da Mulher marcado pela permanência do racismo institucional e violência de gênero, arraigada por desinformação e características culturais, o que potencializa estas desigualdades interseccionais.

Para avançar na construção de políticas públicas mais inclusivas e baseadas em evidências, propõe-se a adoção de sistemas integrados de dados e o fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna, assim como a ampliação do acesso à formação continuada para os profissionais de saúde. Essa abordagem pode proporcionar um diálogo mais consistente entre dados empíricos e a formulação de políticas públicas, favorecendo a redução das disparidades em saúde. Por meio de ações pautadas em evidências é possível vislumbrar um sistema de saúde mais equânime, que contemple as especificidades da população negra e que se alinhe aos princípios da integralidade e universalidade do SUS.

Este estudo, portanto, contribui com informações valiosas para a elaboração de políticas que garantam uma assistência mais justa e eficaz às mulheres negras da região Norte Fluminense, promovendo uma saúde pública que respeite e atenda a diversidade racial e de gênero, em toda sua complexidade.

Essa conclusão reflete a necessidade de ações concretas para enfrentar as desigualdades estruturais e, sugere que a integração entre pesquisa e política pública pode ser a chave para mudanças sustentáveis na saúde da mulher.

REFERÊNCIAS



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, 2017^a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 2017 Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017b

CERQUETANI, S. **Vidas negras importam?** Projeto Viva Bem. Publicado em 18 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/saude-da-populacao-negra/> . Acesso em: 24 maio/2021

GARCIA, Antônia dos Santos. Desigualdades raciais e segregação urbana em capitais antigas: Salvador, cidade D´Oxum e Rio de Janeiro, cidade de Ogum. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

GOES, E.F., Ferreira, A.J.F., Ramos, D.. **Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?**.CienSaudeColet [periódico na internet] (2022/Out). [Citado em 03/07/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/racismo-antinegro-e-morte-materna-por-covid19-o-que-vimos-na-pandemia/18565?id=1856>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-joao-da-barra/panorama>

IPEA, **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_trabalho_domestico_remunerado.html>.
Acesso em: Julho/2019.

IPEA. **Atlas da Violência 2019**. / Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2019/06/AtlasdaViolencia2019_05jun_vers%C3%A3o-coletiva.pdf. Acesso em Junho/20019

MINISTERIO DA SAÚDE. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção



Básica (PMAQ), 2011. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf Acesso em 12 de setembro de 2023.

MOREIRA, Matheus; FRAGA, Érica e QUEIROLO, Gustavo. **Com SUS, pretos e pardos se aproximam dos brancos em longevidade** em 22 estados. Folha de São Paulo, julho 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/07/com-sus-pretos-e-pardos-se-aproximam-dos-brancos-em-longevidade-em-22-estados.shtml?> Acesso em: 13 de julho de 2021.

PMSJB. Programa de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/especial-publicitario/prefeitura-de-sao-joaodabarra/saojoaodabarra/noticia/2015/11/programadeatencaointegralsaudedapopulacao-negra.html>

PMSJB. Prefeitura Municipal de São João da Barra. Comemoração pelo Dia Nacional da Mulher Negra. Disponível em: <http://www.sjb.rj.gov.br/noticia-6484/comemoracao-pelo-dia-nacional-da-mulher-negra>. Acesso em: 20 jul/2020.

PARKUNRST, J. **The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence**. Routledge, New York, 2017

ROSÁRIO, Celita Almeida, BA. TISTA, Tatiana Vargas de Faria e MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde**. Saúde em Debate [online]. v. 44, n. 124 [Acessado 25 Junho 2023], pp. 17-31. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>>. ISSN 2358-2898.



SILVA, M. **Políticas públicas baseadas em evidências: Mapeamento e direções.** Série Cadernos Enap, número 106 | Coleção: Cátedras 2019

SILVEIRA, P.S.; PAIM, J.S. e ADRIÃO, K. **Os movimentos feministas e o processo de Reforma Sanitária no Brasil: 1975-1988.** *Saúde em debate*, 43 (spe8), 276-291.

Acesso em 25-06-2023 em

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7xXBBQJzhD5jffSPN6fhJZh/?lang=pt#>

THEOPHILO, Rebecca et al. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2018.

TRINDADE, Odinei. **Campos com alto índice de mortalidade materna.** *Jornal Terceira Via*. 24 de outubro de 2021. Disponível em:

<https://www.jornalterceiravia.com.br/2021/10/24/campos-com-alto-indice-de-mortalidade-materna/>

WERNECK, Jurema; GELEDÉS- INSTITUTO DA MULHER NEGRA; CFEMEA- CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual.** Rio de Janeiro: **Instituto Geledés**, 2013.

_____. **Racismo institucional e saúde da população negra.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. DOI 10.1590/S0104-129020162610

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.** *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017

. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822017000100218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Nov. 2019.