



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MAÍSA GALDINO PEREIRA

SAÚDE DA MULHER NEGRA NA ATENÇÃO BÁSICA: DISCURSO
DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CAJAZEIRAS - PB

2018

MAÍSA GALDINO PEREIRA

**SAÚDE DA MULHER NEGRA NA ATENÇÃO BÁSICA: DISCURSO
DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à à Universidade Federal de
Campina Grande como parte dos requisitos
necessários para obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

P436s Pereira, Maísa Galdino.

Saúde da mulher negra na atenção básica: discurso dos enfermeiros da estratégia saúde da família / Maísa Galdino Pereira. - Cajazeiras, 2018.

61f.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Saúde da mulher. 2. Mulher negra. 3. Saúde das minorias. 4. Saúde pública. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

MAÍSA GALDINO PEREIRA

**SAÚDE DA MULHER NEGRA NA ATENÇÃO BÁSICA: DISCURSO DOS
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 13/03/2018.

BANCA EXAMINADORA:

Marcelo Costa Fernandes

Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
UAENF/CFP/UFCG
Orientador

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Prof.ª M.ª Cícera Renata Diniz Vieira Silva
ETSC/CFP/UFCG
1º Membro

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Prof.ª M.ª Dayze Djanira Furtado de Galiza
UAENF/CFP/UFCG
2º Membro

AGRADECIMENTOS

E há quem diga “a gratidão é a lembrança do coração” e em meu coração encontra-se muitas lembranças, os agradecimentos são sempre nostálgicos, nos remetem ao passado e a quem nos ajudou a trilhar um caminho árduo de forma mais leve. Então, lá vai...

Em primeiro e acima de tudo agradeço aos meus pais e ao meu irmão, M^a Margarete e Fc^o. Pereira e Fc^o. Junior, a toda a dedicação e apoio, ao entusiasmo em cada vitória e a mão amiga em cada derrota, aos meus pais por serem exemplos de pessoas e por não medir esforços para que sejamos tudo o que quisermos. Sem vocês nada seria e a cada novo degrau alcançado as minhas mais sinceras dedicações, com todo o meu imensurável amor, muito obrigada.

Ao meu namorado, Bruno, que a tantas lágrimas enxugou e tantas vezes acreditou quando eu menos acreditava. Meu melhor, te amo por tudo que és e por quem me permite ser, os meus mais ternos agradecimentos.

Agradeço aos amigos que caminharam junto comigo durante esses anos, que conhecem de perto os detalhes de cada batalha, as dores, as alegrias, os medos e os desejos. Sara Samirys; Luana Régia; Fabricia Cristina; Rayara Ribeiro.

Aos amigos de uma vida, obrigada por todo o apoio, paciência e compreensão, desculpas por todas as ausências, essa conquista também dedico a vocês: Alany Kilvia; Gabrielle Lacerda; M^a. Joyce e Valeria Oliveira.

As professoras Cícera Renata; Paula Franssinetti e Gerlane Cristinne, obrigada por serem exemplos de profissionais, mas acima de tudo por serem pessoas extraordinárias. Obrigada por todo o apoio, auxílio e dedicação, são fontes de inspiração.

Ao Professor e orientador Marcelo Costa, meus mais sinceros agradecimentos, por toda a dedicação, paciência, disponibilidade, palavras de apoio e conhecimentos ofertados.

E por fim, mas não menos importante; agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente ajudaram a construir esse trabalho e a quem sou hoje, agradeço aos Enfermeiros pela disponibilidade, aos pacientes/cliente a qual tive contato durante toda a jornada acadêmica, aos demais professores, não citados, mas que encontram-se na memória por todos os ensinamentos, e a todas as mulheres, independente de sua raça, juntas somos mais. Meu muito obrigada.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Socialmente a construção da pessoa negra é proveniente de processos de invisibilidade, inacessibilidade seja a meios de saúde ou educação, quando salientamos sobre a mulher negra na conjuntura social brasileira contamos com influência do sexismo, machismo, relações de gênero, raça, classe social e educacional, que interferem diretamente no desenvolver da qualidade de saúde de mulheres negras, sendo necessário a intervenção do profissional de saúde de forma efetiva e de qualidade e que para isso o conhecimento do profissional acerca da saúde negra torna-se um ponto principal para o desenvolvimento dessas intervenções. A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 8 enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde do município de Cajazeiras-PB. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada e os dados analisados com base na análise de discurso proposta por Michel Pechêux, em que é possível compreender a formação dos sentidos e a compreensão de novos dizeres. Por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, ocorreu a liberação da realização da pesquisa, com emissão de parecer de nº 2.012.785. Com a análise de discurso podemos coletar as seguintes situações: Como ponto principal a ser levantado encontra-se o desconhecimento a cerca da existência de doenças comumente encontrados na saúde da mulher negra, ligando-se também as ofertas de exames e a percepção profissional em relação as característica da raça negra; desconhecimento referente à existência de políticas públicas como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral a População Negra, além da dificuldade da percepção sobre a importância de questionamentos de valores sociais e culturais dentro do ambiente de saúde. Por fim, percebe-se diversas fragilidades de conhecimento profissional que pode refletir negativamente na forma de prestação de cuidados à saúde da mulher negra, assim como a dificuldade de percepção sobre como as interferências da construção história e social refletem no atendimento a saúde negra nos dias atuais.

Palavras-chaves: Saúde Coletiva; Saúde das Minorias; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Socially the construction of the black person comes from processes of invisibility and inaccessibility in the health or education environments, when we emphasize on the black woman in the Brazilian social conjuncture we have the influence of sexism, male chauvinism, relations of gender, race, educational and social class, which interfere directly in the development of the health quality of black women, requiring the intervention of the health professionals in an effective and quality way and that for this the professional's knowledge about black health becomes a mainly point for the development of these interventions. The present research is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out with 8 nurses who work in the Health Units of the municipality of Cajazeiras-PB. Data collection was performed through a semistructured interview and the data was analyzed based on the discourse analysis proposed by Michel Pechêux, which one it is possible to understand the formation of the senses and the understanding of new speaks. The present research is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out with 8 nurses who work in the Health Units of the municipality of Cajazeiras-PB. Data collection was performed through a semistructured interview and the data was analyzed based on the discourse analysis proposed by Michel Pechêux, which one it is possible to understand the formation of the senses and the understanding of new speaks. Through the Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Campina Grande (Federal University of Campina Grande city), the research was released, with the issuance of an opinion number 2.012.785. With the discourse analysis we can collect the following situations: As the main point to be raised is the lack of knowledge about the existence of diseases commonly found in the health of black women, linking also the offerings of exams and the professional perception in relation the characteristics of the black race; ignorance regarding the existence of public politics such as the case of the National Policy of Integral Health to the Black Population, besides the difficulty of the perception about the importance of questions of social and cultural values within the health environment. Finally, we can see several fragilities of professional knowledge that may reflect negatively on the way of providing black women's health care, as well as the difficulty of perception about how the interferences of social and historical construction reflect in the care of the black health in the current days.

Keywords: Public Health. Minority Health. Women's Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

PNSIPN- Política Nacional de Saúde Integral à População Negra

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

SUS- Sistema único de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

AD - Análise de Discurso

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFP - Centro de Formação de Professores

Dr. - Doutor

Enf. - Enfermeiro

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PB - Paraíba

Prof^o. - Professor

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UAENF - Unidade Acadêmica de Enfermagem

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS À SAÚDE DA MULHER.....	15
3.2	MULHERES NEGRAS E ESPECIFICIDADES NAS ALTERAÇÕES DE SAÚDE 17	
4	MATERIAL E MÉTODO	20
4.1	TIPO E NATUREZA DE ESTUDO	20
4.2	LOCAL DE PESQUISA.....	20
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	21
4.4	COLETA DE DADOS.....	22
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	23
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	26
5	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
5.1	O ECO DA (DES) IGUALDADE	28
5.2	SE NÃO FALO, ELE NÃO EXISTE: O QUE O SILÊNCIO NOS DIZ?	34
5.3	UM REFLEXO DO PASSADO: O QUE A SAÚDE NOS MOSTRA?	39
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	57
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	58
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ..	59
	ANEXOS	61
	ANEXO A-TERMO DE ANUÊNCIA	62
	ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ETICA	63

1 INTRODUÇÃO

A forma como é produzido o cuidado pelo enfermeiro na Atenção Básica (AB), quando atrelado ao modelo tradicional de assistência, não valoriza o contexto de vida de determinados grupos populacionais, bem como os fatores determinantes e condicionantes da saúde da comunidade como socioeconômicos, culturais e étnico-raciais.

Além disso, não há especificidade nos planos cuidadosos para grupos com maiores vulnerabilidades e que demandam particularidades na assistência à saúde. Observa-se que a população negra constitui um grupo que, em alguns momentos, não são considerados os elementos intrínsecos aos mesmos, e que necessitam ser valorizados no momento do planejamento e construção do cuidado. Dentro desse grupo deve-se destacar a mulher negra, sendo que a construção de estereótipos ainda realizados de forma pejorativa provoca impactos nas condições de assistência à saúde esta população.

A existência de diversos problemas que estão diretamente atrelados a este público, os quais são descritos pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), tais como: divergências nas taxas de morbimortalidade entre mulheres negras e brancas; racismo institucional, o qual é uma das principais causas do aumento das taxas de abandonos de tratamento e diagnósticos tardios ou errôneos. Na política não são retratado somente as condições em que se encontra a assistência da saúde da mulher negra, mas também os quesitos de morbimortalidade e agravos atrelados a eventos de saúde dessa população (BRASIL, 2013).

Cabe destacar ainda, conforme a política supracitada, que a população negra no geral apresenta uma maior incidência do desenvolvimento de doenças, sendo por muitas vezes características de ordem genética, agravos crônicos ou condições desfavoráveis à saúde como: desenvolvimento precoce de hipertensão; diabetes *mellitus*; hipertensão gestacional e seus agravos; anemia falciforme; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); insuficiências cardíacas, câncer, entre outros. A formação da desigualdade de assistência entre a população negra inicia-se por muitas vezes pelo contexto social que essas populações se encontram. De forma geral, a população negra faz parte de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre. Dados estes que influenciam no favorecimento no aumento da diferenciação das taxas de mortalidade entre brancos e negros, por causas relacionadas à saúde ou por causas externas.

Há, neste sentido, iniquidades nas ofertas de ações e serviços de saúde a este público, sendo, por vezes, desconsideradas as singularidades e multidimensionalidades que

ecoam no processo saúde, doença e cuidado dos mesmos, sendo agravado ainda mais quando se trata da mulher negra.

Logo, faz-se necessário que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, possa direcionar os cuidados à mulher negra a fim de promover ações que facilitem o livre acesso ao sistema de saúde de forma satisfatória, como também ofertadas de forma igualitária, livre de preconceitos ou privilégios. Deve ainda promover equidade e atender as necessidades de cada um de acordo com suas complexidades e particularidades (MONTEIRO, 2010).

Destaca-se, entre os níveis de atenção à saúde no território brasileiro, nos quais o enfermeiro pode viabilizar uma melhor oferta de ações de saúde a mulher negra, a AB, visto que é a principal porta de entrada e a que mais favorece a aproximação entre equipe de saúde e a comunidade. Por ter como eixo estruturante a atuação num território delimitado, e por consequência conhecer as condições sociais em que aquela população está inserida, apresenta uma maior noção de quais necessidades rodeiam aquela comunidade e assim pode disponibilizar uma atenção de forma que promova a equidade em saúde e redução das vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Porém, a associação, risco hereditário, fragilidade social e falha no processo de atendimento assistencial em saúde, são um conjunto de ações que resultam nas iniquidades e o favorecimento dos prejuízos relacionados à saúde da mulher negra, inclusive na AB, onde muitas vezes os profissionais da saúde ignoram o contexto social, racial e de gênero vivenciados por aquela mulher negra. Quesitos que podem ser intensificados por racismo institucional e o sexísmo.

O despreparo profissional em atender essas mulheres, analisando todo o seu contexto de vida, ocasiona uma falha no processo de cuidados que deveriam ser realizados baseados no conhecimento científico existente sobre a saúde da população negra feminina e os condicionantes sociais que favorece o aparecimento e agravos de doenças.

Quando se fala em assistência igualitária, a ideia que muitos profissionais defendem é a de um atendimento sem distinção de raça, etnia, condições econômicas e sociais. Porém, a igualdade sem um atendimento que promova a equidade, finda por realizar um processo de assistência desigual. Uma assistência desigual inviabiliza ações que promovam a saúde e favoreça a inclusão de diferentes grupos minoritários, como a população negra.

Portanto, diante dessas problemáticas, questiona-se: qual o discurso dos enfermeiros da Atenção Básica sobre a saúde da mulher negra?

No decorrer da graduação, é estimulado o desenvolvimento de um senso crítico relacionado ao estado clínico de um paciente, possíveis complicações, conduta de tratamento, entre outros. São aprendidas todas as funções fisiológicas e anatômicas e como a doença atua em cada uma delas, terminando por desenvolver, involuntariamente ações e cuidados de forma programada em que é perdida a forma de olhar que promova a distinção entre as particularidades que constituem aquele paciente.

A inquietação sobre os cuidados a saúde da mulher negra, surgiu através de uma pesquisa sobre saúde da mulher, onde a conduta de atendimento findava por generalizar e promover conceitos únicos, sem enfatizar as especificidades dos grupos populacionais em que essas mulheres possam estar incluídas. Isto despertou a curiosidade de um aprofundamento sobre o tema, considerando raça, etnia, cultura, condições econômicas, sociais e assim analisar a forma de tratamento prestado a saúde da mulher negra.

O interesse em desenvolver esse trabalho voltado à saúde da mulher negra recebe influências de uma busca para um crescimento profissional em conhecer sobre o tema e poder atuar dentro dessa área, como também, influências pessoais como mulher, negra e cidadã usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

A dificuldade de achados literários que exponham a situação encontrada dentro do sistema de saúde demonstra as fragilidades acadêmicas, assistencial e profissional em atender a população negra, especificamente a saúde da mulher negra.

Esta pesquisa irá contribuir para o ensino, pesquisa e serviço no âmbito da enfermagem, sendo, por conseguinte, um meio para auxiliar na busca de lacunas no processo de assistência à saúde da mulher negra, promovendo uma visibilidade à saúde da população negra e um reconhecimento de possíveis limitações existentes no processo de formação dos profissionais enfermeiros atuantes na atenção básica de saúde, tratando-se de uma temática a saúde de grupos minoritários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Analisar a assistência à saúde da mulher negra a partir dos discursos dos profissionais enfermeiros atuantes na Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Descrever a compreensão dos enfermeiros, por meio dos discursos, acerca da saúde da mulher negra;
- ❖ Averiguar as práticas cuidativas dos enfermeiros direcionadas as mulheres negras na Atenção Básica;
- ❖ Caracterizar os fatores intervenientes na realização do cuidado a mulher negra no cenário da atenção.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS À SAÚDE DA MULHER

A construção social designa papéis baseados na concepção de gênero. Concepções essas que possibilitam a criação de desigualdades entre Mulher e Homem, não sendo diferente quando relacionado à saúde dos mesmos. De início, a mulher é criada e estimulada a desenvolver práticas de trabalho e funções relacionados ao cuidado, seja esse do lar, da família, do marido ou dos filhos. Reduzida a suas funções reprodutiva e materno-infantil. Essa divisão de gênero constitui uma das principais causas de sobrecarga de trabalho e que favorecem complicações a saúde dessas mulheres (BRASIL, 2009).

A construção cultural da diferença entre os gêneros é transmitida por meio da educação social, onde o principal objetivo é a fabricação do ser homem e ser mulher, de forma que as responsabilidades designadas para ambos os sexos comprometa uma divisão igualitária de trabalho em âmbito privado ou público. Evidenciando sempre a posição de cuidadora e reprodutora, acima das demais necessidades (OBA et al., 2012).

Por anos, a assistência à saúde da mulher era desenvolvida desconsiderando questões relativas ao gênero, vulnerabilidades e desigualdades de origem cultural, social e econômica. Dessa forma a saúde da mulher encontrava-se restrita somente a um atendimento gravídico-puerperal e mantendo os demais ciclos de vida dessas mulheres descobertos de uma assistência, favorecendo diferentes níveis de “sofrimento, adoecimento e morte” quando comparadas ao homem. A partir das mobilizações dos movimentos feministas juntamente com as reformas sanitárias o atendimento à saúde da mulher passou a ser questionado, onde principalmente a relação entre divisão de gênero passou a ser indagada e debatida (BRASIL, 2009).

Nos Anos 80 iniciou-se por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) um grande passo para o desenvolvimento do que é conhecida hoje como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM). A PAISM surgiu como um modo de modificar a forma de atendimento que vinha sendo prestado à saúde da mulher na época, onde o modelo reducionista e conservador, não permitia uma assistência integral. Era proposta em suas diretrizes além da descentralização, hierarquização e regionalização, uma forma de atendimento que possibilitasse avaliação no contexto social e suas influências na saúde, como um marco na luta pelos direitos reprodutivos e o atendimento às várias fases da vida dessas mulheres (BRASIL, 2013).

Foi por meio das lutas dos movimentos feministas e com a criação da PAISM que a importância de um atendimento integralizado passou a ser debatida no meio assistencial. A PAISM buscava que mulheres não fossem reduzidas a um modelo reprodutivo biológico. Entrou-se em pauta a discussão de temas relativos à autonomia corporal, onde os profissionais deveriam atuar de forma a garantir os direitos reprodutivos dessas mulheres, como: quando e quantos filhos gostariam de ter; conhecimento sobre métodos contraceptivos; processos de esterilização e saberes acerca do próprio corpo. Além de um atendimento de forma horizontal e em todas as fases da vida (SILVA, 2014).

A PNAISM foi criada em 2004 e é considerada uma redefinição e ampliação da PAISM, suas diretrizes e ações centralizadas no atendimento humanizado e serviço com qualidade a fim de promover uma maior resolubilidade, autonomia sobre o seu corpo, reconhecimento de seus direitos e garantia de cuidados em todas as faixas etárias, levando em consideração suas especificidades e o reconhecimento de seus direitos sexuais e reprodutivos (LEMOS, 2011).

As diretrizes da PNAISM buscam orientar o profissional de forma que promova uma assistência integral à saúde da mulher, dessa forma essa assistência deve contemplar todas as especificidades que essa mulher se encontra inserida. Especificidades essas que abrangem além de fatores como idade, ciclo de vida, doenças mais prevalentes, contexto social, cultural, econômico e religioso, mas principalmente o grupo populacional em que essa mulher se encontra, devendo ser avaliado raça, situação de riscos, deficiência, orientação sexual, dentre outros (BRASIL, 2009).

Mesmo com a implantação de uma política própria para o atendimento assistencial da mulher, ainda é possível encontrar dificuldades quando se trata de um atendimento integral, considerando as especificidades incluídas dentro dos grupos populacionais. Com essas dificuldades e o surgimento de novas necessidades de readaptação para um atendimento satisfatório, algumas outras políticas foram sendo criadas para conseguir abranger as necessidades de cada grupo populacional separadamente.

Com retrato histórico da discriminação racial e a perpetuação da ligação do corpo negro como fonte de “violência, doença ou crime” ainda reflete-se hoje o atendimento que se realiza de forma diferenciada a pessoa negra quando comparado ao realizado a pessoas consideradas brancas. O processo de hierarquização racial propicia a desigualdades referentes à educação, renda e atendimento à saúde (SILVA; FONSECA, 2012).

A Política Nacional de Saúde integral da População Negra é voltada principalmente para reconhecimento e combate do racismo institucional como forma

determinante e principal causa de agravos crônicos, desamparo em atendimento à saúde de forma preventiva e mal-estar psíquico entre a população negra (BRASIL, 2013).

Uma das principais importâncias da criação da política voltada a esse grupo populacional é primordialmente a desmistificação de uma chamada Democracia Racial, a sensibilização do profissional, além de uma construção de identidade racial (CUNHA, 2012). Em que é de extrema importância a autodeclaração quando se trata do quesito cor e da necessidade desse tipo de avaliação por parte do profissional, em que a partir dela, as necessidades e os riscos inerentes a uma população negra, sejam avaliados considerando causas sociais ou genéticas (SOARES FILHO, 2012).

Dentro da saúde a população negra, existe um ponto a ser discutido. Referente à assistência à saúde das mulheres negras, que vivenciam as discriminações encontradas no racismo cordial que se origina a partir da ideia de democracia racial, além das discriminações referentes ao gênero, sexualidade, religião, cultura, educação e condições socioeconômicas.

O direito à saúde de forma satisfatória e resolutiva é garantido pela constituição brasileira. Porém, as desigualdades existentes na forma de atendimento a essa população constituem uma das principais causas de iniquidades e influencia de forma negativa na prestação da assistência à saúde das mulheres negras. Mulheres negras possuem condições de saúde agravadas por conta das relações sociais desiguais existentes, que favorecem a baixa condição de acesso aos serviços de saúde, sendo agravada pelas barreiras influenciadas de gênero e raça. Mulheres negras utilizam frequentemente os serviços de saúde como centro ou postos de saúde, sendo umas das principais usuárias do Serviço de saúde do SUS (GOES; NASCIMENTO, 2012).

Sendo assim, há a necessidade da prestação de serviço de saúde de forma que reconheça as especificidades relacionadas à raça, condições sociais e questões de gênero, e que possa proporcionar um atendimento de forma a promover a equidade. Minimizando as barreiras de acesso à saúde existentes, possibilitando uma melhora no processo de saúde e doença dessas mulheres, além de um acesso equânime, bem como propiciar o empoderamento e melhora do autoconceito vivenciado por mulheres negras no território nacional.

3.2 MULHERES NEGRAS E ESPECIFICIDADES NAS ALTERAÇÕES DE SAÚDE

O corpo sofre influência do meio externo, influências essas que podem estar ligadas a fatores sociais, como são os casos das condições ambientais, socioeconômicas e psicossociais

a qual essa mulher negra encontra-se inserida, como também, influências internas, que expostas a condições de vida desfavoráveis, podem favorecer o aparecimento de doenças.

A construção de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher negra passa por períodos de fortes processos discriminatórios, ainda relacionados com a época de escravatura. Durante os movimentos de Eugenia para a realização de uma “Purificação racial” e construção de um país com menor número de pessoas negras, as mulheres negras foram o principal alvo de medidas de saúde para auxiliar na diminuição dessa população. Medidas essas que contemplavam os métodos de esterilização em massa de mulheres e a distribuição de métodos contraceptivos. A mulher, no cenário nacional, era vista como um corpo, que deveria ser projetado e modificado a fim de atender reprodutivamente aos interesses sociais, que naquela época era de Supremacia da população Branca, sob a população negra e pobre. Sendo que em meados de 1991 a quantidade de mulheres negras esterilizadas da região do Nordeste brasileiros somava-se 62,9% (GOES; SANTOS, 2014).

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, somente a partir das lutas desenvolvidas pelo movimento de mulheres negras é que houve um reconhecimento da prestação de serviços reprodutivos de forma inadequada a essas mulheres, assistência essa movida a partir de ideologia de raça e gênero e que até os dias atuais culminam na prestação de serviço que fortalecem as vulnerabilidades quando relacionado à saúde da população negra. O desenvolvimento de políticas públicas próprias à saúde da população negra e a inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde são umas das principais reivindicações de direitos humanos para esse público, além do combate ao racismo.

A imagem social encontrada pela população negra é a de invisibilidade, inacessibilidade aos meios de saúde e educação. Cabendo destacar que para a mulher negra, além desses três pontos existe ainda influência do sexismo, gênero, raça e classe social, o que fomenta a desvalorização do corpo e da autoimagem (GUEDES, 2012).

A Atenção Básica (AB) como principal responsável pelo desenvolvimento de estratégias que visam à promoção, prevenção e recuperação da saúde, sem uma forma segmentada de atendimento, se torna o principal meio de acesso à saúde de uma população. Em teoria, o desenvolvimento de assistência prestado durante o atendimento na AB, deveria ser pautado nas relações ampliadas de saúde, capaz de trabalhar uma assistência equitativa. Mas após análises dos dados de morbimortalidade utilizando os recortes raciais, considerando

grupos de pretos e pardos, é constatado o gritante processo de racialização que ainda é perpetuado de forma velada no meio de saúde (SENNÁ; LIMA, 2012).

Mulheres negras apresentam maiores suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças de caráter genético, que quando somado às condições sociais na qual a população negra está inserida, potencializam esse processo de saúde-doença. Síndromes hipertensivas, miomas, Anemia Falciforme, entre outras (SERPA, 2015).

O desenvolvimento de doenças cardiovasculares é maior e mais grave quando acomete a população negra, assim como mulheres negras têm 50% a mais de chance do desenvolvimento do *Diabete Mellitus* e associado a isso o aparecimento de Hipertensão. Sendo doenças crônicas o principal meio de tratamento além do medicamentoso é a promoção à saúde dessas mulheres. Separadamente ou em conjunto as duas doenças citadas aumentam a chance de gravidez de alto risco em gestantes negras e são as principais causas de complicações durante o parto e pós-parto dessas mulheres e causas de morte materna (BRASIL, 2005).

De características hereditárias e atingindo predominantemente a população negra encontra-se a Anemia Falciforme. Doença caracterizada pela mudança estrutural da hemoglobina, adquirindo formato de foice e provocando isquemia, dor e vaso-oclusão. (CARVALHO et al., 2014). A Anemia Falciforme além de seus transtornos provenientes de suas manifestações clínicas acarreta um alto risco para gestantes negras, sendo uma das principais causas de mortalidade materna, abortamentos e complicações durante o parto e pós-parto (BRASIL, 2005).

Diversas são as propensões e complicações envolvendo a saúde da mulher negra. Além das influências biológicas, existem as influências de caráter social e econômico. Ocorreu um salto no número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) entre a população negra, principalmente a partir do ano 2000, que é quando foi possível iniciar as investigações epidemiológicas através dos recortes raciais (TAQUETTE, 2010).

Logo, quando se fala de especificidades à saúde da mulher negra, refere-se ao entendimento das complicações, pré-disposições e quadros agravantes do estado de saúde relacionados à saúde da população negra. Não existe um roteiro ideal para ser seguido quando em uma assistência equitativa à saúde da mulher negra. Mas sim, de uma ampliação da visão do profissional, que perpassa a doença e visualiza o sujeito por ela acometido.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO

Para a realização deste estudo, foi escolhido o método de pesquisa descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como ponto principal a análise do objeto de forma subjetiva, considerando todas as particularidades que envolvem a investigação. Na pesquisa qualitativa é evitada a quantificação do objeto a ser estudado, o pesquisador participa do estudo tanto como sujeito, como quanto objeto, favorecendo assim um aprofundamento nos conhecimentos das relações sociais. Esse tipo de pesquisa, conta com a subjetividade e envolvimento por parte do pesquisador, buscando a descrição, compreensão e explicação dos fatos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

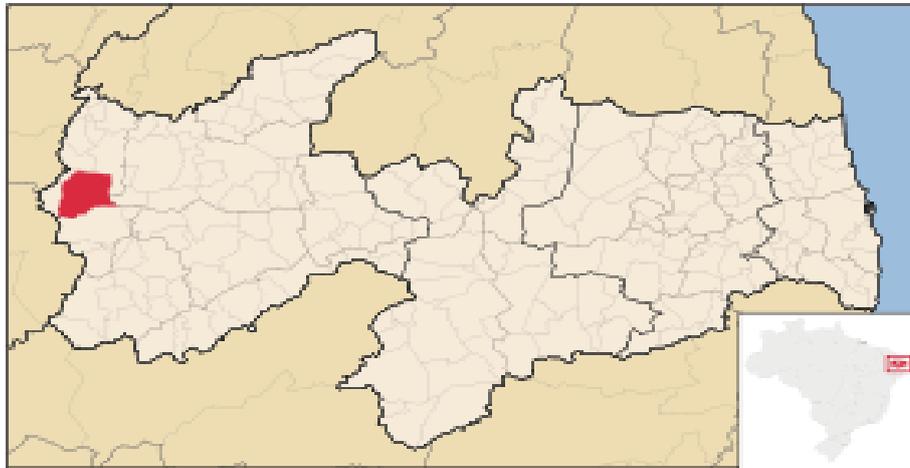
O principal instrumento para uma investigação qualitativa é o da coleta de dados realizado por meio de entrevistas, observações ou análises de documentos, onde o pesquisador desenvolve seu trabalho de forma descritiva e detalhada (GODOY, 2005).

O estudo descritivo fornece ao pesquisador informações que evidenciam as características de determinada população ou fenômeno, completando assim o objetivo das pesquisas qualitativas, de descrever, classificar e interpretar fatos (VIEIRA, 2002). A investigação descritiva exige preparação e rigor na forma de coleta de dados, já que é necessário para sua análise o máximo de informações de forma precisa que se conseguir. E ainda sim, a pesquisa descritiva pode gerar resultados equívocos, exigindo por parte do autor uma maior preparação e dedicação na análise dos dados coletados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Cajazeiras, estado da Paraíba (PB). A cidade de Cajazeiras possui atualmente 61.816 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens. Sendo considerado município a partir de seu desmembramento da cidade de Sousa no ano de 1863. A área do município, distante 468 quilômetros da capital Estadual. O município é originário de uma fazenda de mesma denominação, suas terras foram doadas no final do séc. XVIII, que ao longo dos anos foram sendo repassado para herdeiros (IBGE, 2016).

Figura 1: Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB



Fonte: http://www.upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/12/Paraiba_Municip_Cajazeiras.svg/280px-Paraiba_Municip_Cajazeiras.svg.png (acesso em: 13/12/2016)

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram selecionados com base em critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão: os enfermeiros atuantes na Atenção Básica de saúde, localizadas no município de Cajazeiras e que estejam atuando na profissão com período igual ou superior a 12 meses. Já como critérios de exclusão foram adotados os enfermeiros que estiverem de férias, licença e afastados por qualquer motivo.

A escolha profissional partiu do princípio da posição de protagonista de enfermeiro na Unidade Básica de Saúde, embora a unidade seja composta por equipe multidisciplinar, o enfermeiro encontra-se a frente da organização de cuidados diretos e indiretos da comunidade sob sua responsabilidade, além do mais, é esperado que o profissional de enfermagem dada a sua formação consiga desvincular-se do modelo biomédico curativista, investindo nas tecnologias de cuidados leves, priorizando a escuta qualificada e evitando a mecanização de sua assistência, sem deixar de lado a ciência em todas as suas ações. E a realização da pesquisa especificamente na Atenção primária à saúde se deve por conta da forma de atuação desses profissionais enfermeiros, onde é na Atenção Básica que se realiza a assistência com caráter mais preventivo e de forma mais abrangente.

Vale salientar que o quantitativo de enfermeiros participantes caracterizou-se em oito enfermeiros de sete unidades de saúde, no qual a cidade de Cajazeiras possui 17 enfermeiros, sem contabilizar os atuantes nas áreas rurais, leva-se também em consideração que algumas estruturas físicas comportavam duas unidades de saúde, o baixo quantitativo de profissionais em comparação com o número de enfermeiros atuantes na região se deu através dos critérios de exclusão e inclusão, em primeiro momento existiam profissionais convidados que estavam atuando há menos de um ano que totalizavam dois (02) e ainda aqueles que estavam de licença ou de férias contabilizando dois (01); em segundo momento existiu a liberdade de escolha de participação no estudo, a recusa em participar contava com as justificativas de que não gostariam de falar sobre o assunto, não tinham domínio sobre o tema ou não gostavam de realizar entrevistas gravadas, totalizando sete profissionais (07). Lembrando que, para a análise de discurso não considera o quantitativo de participantes e sim a análise em profundidade dos discursos proferidos.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (apêndice a), onde é realizada a elaboração de roteiro específico sobre o tema a ser analisado, esse tipo de coleta favorece a flexibilidade de uma resposta e possibilita a chegada aos objetivos pretendidos. Na entrevista semiestruturada, deve-se contar com a elaboração de questões base, que possibilite a liberdade de respostas, sem uma padronização e promovendo um processo de interação com o participante (MANZINI, 2004).

A entrevista foi conduzida por meio de questões relativas ao tema, subjetivas e claras, evitando duplo sentido, com linguagem simples e com uma sequência lógica, favorecendo a sua liberdade de respostas. Realizado gravação, com autorização prévia dos participantes e esclarecimentos de que as gravações não serão divulgadas, mantendo seu anonimato. O local de escolha favoreceu a privacidade dos participantes, o local em um dos casos foi na residência do participante visto a indisponibilidade de tempo quando estivesse na unidade, e o restante foi dentro do próprio consultório de enfermagem localizado em suas respectivas unidades.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A Análise de discurso, seguindo a linha francesa proposta por Michel Pechêux, leva em consideração o sujeito não de uma forma individualista, mas sim, como uma construção de formação histórica, social e ideológica, mantendo sempre uma relação com outros sentidos e suas origens, onde é deixada de lado a busca por sentidos inclusos nas frases e palavras e passa a ser considerado o discurso (BRASIL, 2011).

O discurso é definido como a produção de um enunciado, sendo carregado de sentidos, os quais são utilizados para a transmissão de informações entre os locutores. O sentido é dotado de uma constante modificação e soma de diversos fatores, que coloca o sujeito (quem fala) em constante tensão entre os contextos sociais e históricos e sua individualidade. A formação de um discurso é uma constante reformulação e reprodução de influências ideológicas e imaginárias (GOMES, 2006).

Análise de discurso está pautada na busca do sentido presente na não transparência de um discurso. Essa análise possibilita compreensão de novos sentidos a partir do já dito, observando a ruptura da regularidade das palavras e a constante movimentação e renovação do discurso. A formação de um discurso conta com um processo de entendimento e esquecimento do já visto e já dito, possibilitando dessa forma uma nova formação de um dizer e constituindo assim o sujeito (ORLANDI, 2013).

A formação de um discurso conta com influência de fatores sociais, históricos, imaginários, ideológicos, esquecimentos, transferências de sentidos e transformações de diálogos, que garantem a construção de identidade de novos sentidos. Colocando o sujeito sempre em uma posição de incompletude, estando sujeito a novas produções de discurso. (ORLANDI, 2013). Os processos ideológicos para a formação de um discurso mantêm uma íntima ligação com a formação do que é conhecido por consciência de um sujeito, é somente através da ideologia que se inicia a construção de um discurso e a realização de uma interação social (GOMES, 2005).

Orlandi propõe diferentes formas de produção e relação de discursos, onde sua utilização é definida em base o sujeito, sentido e referente. Para Brasil (2011) sendo realizado através da formulação de sentidos por meio da paráfrase e polissemia, possibilitando através da polissemia ser reconfigurado o já dito.

A Análise de Discurso, conta com três etapas distintas que auxiliam ao analista na sua busca de sentidos dentro da discursividade, são elas: a passagem da superfície linguística para o objeto discursivo; passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e a

passagem do processo discursivo para a formação ideológica, além de contar com dispositivo analítico eficiente e que auxilie o analista em sua busca por significantes em um discurso, esse dispositivo deve possibilitar a compreensão de que “Falamos a mesma língua, mas falamos diferente”, o dispositivo deve auxiliar ao analista evidenciando os equívocos de linguagem, descentralizando o sujeito e revelando assim a opacidade da linguagem (ORLANDI, 2013).

Ainda de acordo com o autor supracitado, o analista deve realizar a dessuperficialização do objeto discursivo, onde é avaliado: o que se diz, como se diz, quem diz em que circunstância e sob que influência. Por meio dessa dessuperficialização, o analista é capaz de prosseguir sua análise, chegando ao objeto discursivo e assim para o processo discursivos e suas influências ideológicas. Essa dessuperficialização é utilizada para preservar os sentidos do discurso, mesmo quando estes são transcritos, mantendo assim ao máximo os sentidos expressos naquele discurso.

Para a dessuperficialização são utilizados símbolos que demonstram as características discursivas atuantes naquele momento, sendo utilizados na primeira etapa da análise de discurso, que é a Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo (GOMES 2005; GOMES, 2007):

1. (*itálico*): Comentários do pesquisador clarificando o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem motivações que fomentaram os participantes a falarem, entre outras coisas.
2. ... Incompletude do pensamento.
3. > Interrupção da fala de um sujeito por outro.
4. < Interrupção da fala de um sujeito pelo pesquisador.
5. (INAUDÍVEL) Fala não pode ser transcrita, já que é inaudível.
6. SUBLINHADO Quando ocorrem falas simultâneas.
7. / Pausa breve na fala do sujeito.
8. // Pausa longa na fala do sujeito.
9. _ Início da enunciação.
10. * Inconclusão do dizer.
11. **Negrito** Ênfase no dizer

A segunda etapa da análise de discurso é configurada como a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, nesta o analista deve utilizar os dispositivos analíticos reconhecidos como: paráfrase; polissemia; metáfora; interdiscurso e negação. Ao utilizar esses dispositivos o analista passa a compreender melhor os sentidos em cada palavra ou frase ditos dentro do discurso (GOMES, 2006).

O autor supracitado evidencia a definição de cada dispositivo, no qual: a paráfrase é constituída pela definição de constante reformulação do já dito, seja ele discurso, enunciado, palavra, mantendo os seus sentidos. A polissemia é utilizada para caracterizar os múltiplos sentidos existentes dentro de uma mesma palavra, onde o seu sentido será dito de acordo com a formação discursiva em que está sendo utilizado, a polissemia e a paráfrase encontram-se em constante tensão, onde a paráfrase por si só evidencia o processo de repetição de sentidos, mas quando unida a polissemia possibilita a ruptura e construção de um sentido novo.

A metáfora é realizada no momento em que se produz uma transferência de sentidos, neste momento é produzido os deslizos de sentidos, abrindo espaço para o trabalho ideológico, desenvolvendo a análise considerando os equívocos, a ideologia e o inconsciente (ORLANDI, 2013).

Ainda de acordo com Orlandi (2013), o interdiscurso é toda e qualquer formulação de enunciado já realizada e esquecida. É preciso que o que foi dito, escutado ou lido, seja esquecido e assim ocorra uma reformulação de “minhas palavras” e as mesmas passem a fazer sentido, sendo produzido e sustentado pelo inconsciente e a Ideologia, sendo utilizado também a memória para formação de um discurso.

A terceira etapa da Análise discurso permite o aprofundamento nas compreensões das formações ideológicas, onde a ideologia é a base para a construção dos sentidos e a qual exerce forte influência na construção do sujeito e de seu discurso (ORLANDI, 2013).

Além da utilização dos métodos de análise de discurso, o analista deve estar ciente sobre os processos de esquecimento que envolve a formação discursiva, esquecimentos esses que estão por sua vez intimamente ligados à ideologia que constitui o sujeito. Conforme a proposta levantada por M. Pêcheux existe os chamados esquecimentos que estão divididos em: Esquecimento número um, sendo aquele no qual o sujeito monta o seu discurso na ilusão de ser criador do seu dizer, ilusão de originalidade, porém, todo discurso requer um conhecimento pré-existente, ou seja, algo que já foi ouvido e dito em outro momento (ASSIS, MARECO, 2012).

O esquecimento número dois é o dito “Ilusão referencial” em que o sujeito produz o seu discurso de forma a acreditar que o mesmo só pode ser dito de daquela forma, a ilusão de existência de um sentido somente em suas palavras, ele abre espaço para as formações parafrásticas (ORLANDI, 2013).

Com isso, a utilização da Análise de discurso fornece a pesquisa uma avaliação mais subjetiva, trabalhando as condições do sujeito, suas influências históricas, sociais e sua produção ideológica a qual fornece base para seu discurso. Em que é capaz de atender os

objetivos do presente estudo, captando a subjetividade dos participantes e como sua forma de atuação no campo de assistência pode receber influências externas e internas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foi solicitado a Secretaria de saúde do município de Cajazeiras a liberação do termo de anuência (Anexo A). A pesquisa obedeceu aos objetivos éticos trazidos na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, onde é citado o respeito aos princípios de autonomia, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

O estudo teve início perante aprovação do projeto pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, com emissão do parecer de nº 2.012.785. A coleta de dados somente foi realizada após a explicação sobre a pesquisa, com leitura e confirmação de entendimento do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): onde o mesmo contém a natureza do estudo, garantia de anonimato, liberdade para possível desistência de participação da pesquisa, contatos dos pesquisadores e do CEP e garantia de total sigilo sobre informações coletadas. O recrutamento foi realizado de forma individual, em local reservado na própria Unidade Básica de Saúde, após seguir os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta pesquisa.

O estudo não acarretou em danos físicos, já que o mesmo não conta com nenhum procedimento invasivo. Os malefícios que podem ser gerados por conta dessa pesquisa podem ser restritos a desconforto e postura defensiva por parte dos profissionais entrevistados, por tratar-se de um tema que requer conhecimento específico e ainda considerado delicado, principalmente por remeter a discriminação racial e falhas assistenciais.

Porém os benefícios incluem a quebra do tabu que possa existir entre o meio profissional e a incitação à utilização de uma assistência igualitária e equitativa, a possibilidade de visibilidade ao tema e chamada de atenção dos profissionais à constante atualização referente a políticas públicas específicas a grupos minoritários e a importância de um debate sobre assuntos não tão discutidos explicitamente no meio social e profissional.

O pesquisador esteve ciente para interromper e permitir a liberdade de não participação dos entrevistados na pesquisa, mediante qualquer sinal de desconforto em participar da mesma, assim como a garantia da não utilização de nenhum dos dados obtidos.

5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com total de oito enfermeiros dos dezessete que se encontravam atuantes na Atenção Básica da Cidade de Cajazeiras-Paraíba. Estes profissionais exercem funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de diversos pontos da Cidade, apresentando com isso diferentes perfis comunitários, o que exige do enfermeiro imersão nas particularidades do território sob sua responsabilidade, para que o mesmo possa planejar planos cuidadosos alinhados com as necessidades da comunidade do seu território adscrito.

Com predominância feminina, dos oito enfermeiros entrevistados, seis eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. De acordo com Machado, Vieira e Oliveira (2012), a enfermagem conta com alta feminilização do seu perfil profissional, estima-se que em algumas profissões essa feminilização ultrapasse 90% dos casos, como é o caso da própria enfermagem. Porém, cabe destacar, que nos últimos anos houve uma mudança de cenário em que o sexo masculino passou a ocupar um pouco mais de espaços nessa profissão.

TABELA 1 – Perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa. Cajazeiras, 2017

ENFERMEIRO	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO EM UBS	ESPECIALIZAÇÕES
ENF01	31 ANOS	10 ANOS	1 ANO	Saúde da família
ENF02	31 ANOS	8 ANOS	4 ANOS	Saúde da família e Enfermagem Dermatológica
ENF03	31 ANOS	10 ANOS	9 ANOS	Saúde do trabalhador; Enfermagem do trabalho e Saúde da família.
ENF04	31 ANOS	6 ANOS	4 ANOS	Saúde da família
ENF05				
ENF06	30 ANOS	7 ANOS	2 ANOS E 5 MESES	Obstetrícia
ENF07	24 ANOS	1 ANO E 3 MESES	1 ANO	- - -

ENF08 30 ANOS 10 ANOS 7 ANOS Obstetrícia; Neonatologia;
Pediatria.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Antes do início da análise dos dados faz-se necessário explanação sobre o baixo quantitativo de profissionais entrevistados, dos dezessete enfermeiros convidados a integrar a pesquisa a recusa persistiu em oito dos casos, em primeiro lugar pela justificativa dos próprios enfermeiros em não possuírem base sólida de informações relacionadas à saúde da população negra, especificamente à saúde da mulher negra; em segundo lugar, o que deve ser debatido é sobre a dificuldade de se falar sobre o tema, em que os profissionais relataram não querer falar, pois era algo que “esbarrava” em questões raciais e podiam estar cometendo o crime de racismo, e a postura dos que aceitaram participar foi de total desconforto e constantes afirmativas de que não são preconceituosos, não só relacionados a raça, mas a gênero, sexualidade e entre outros.

A percepção sobre isso pode ser explicada por Moreira, Viana e Junior (2015) em que falar sobre questões étnicas-raciais gera grande desconforto e pode sempre ligar-se a polêmicas e resistências, em que o jogo do dito - não dito encontra-se presente, existindo a tensão de se “saber como pode dizer alguma coisa sem, contudo, aceitar a responsabilidade de tê-la dito” (p.110) transformando dessa forma os discursos em algo zeloso, sutil, camuflado ou inexistente, porém sem abandonar a perversidade de um silêncio.

6 FORMAÇÕES DISCURSIVAS

6.1 O ECO DA (DES) IGUALDADE

A análise de Discurso (AD) pode-se dizer que o principal objetivo é conseguir detectar como a linguagem se significa, visto que não é algo de transparência total. É considerado que por meio da linguagem o homem constrói e transforma sua história, em que modifica a realidade que vive e a de si mesmo, leva-se em consideração que a linguagem possui uma carga de materialidade simbólica com suas próprias características e de forma significativa. Neste sentido, a AD avalia não somente o que nos foi dito, mas também as condições a qual nos foi dito, ou seja, a linguagem é influenciada por sua exterioridade sem jamais ignorar a sua historicidade (SILVA; SILVA; BRESSANIN, 2017).

Levando em consideração o local o qual os participantes do estudo estão imersos, não se pode ignorar a postura profissional que é esperada dos mesmos. As UBS são conhecidas como “porta de entrada” para um serviço de saúde, em que os profissionais ali inseridos possuem a responsabilidade de prestação de serviço amplo priorizando a singularidade coletiva e individual, visando serem os disseminadores de processos autônomos e de autocuidado, tornando aquela comunidade os atores principais de suas atividades e, agindo de forma a evitar progressões negativas à saúde.

A necessidade do conhecimento e do preparo dos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros devido ao seu protagonismo histórico nesse campo de atenção, parte do princípio de multifatores e especificidades que podem ser encontrados nas comunidades do território adscrito. Com essa preocupação o Ministério da Saúde (MS) edita e disponibiliza periodicamente manuais que visam guiar e qualificar as ações cuidativas, e por consequência a uma padronização de ações baseadas em roteiros pré-definidos, bem como a uma assistência “Igualitária”, caracterizando com isso os cenários de produção dos discursos do sentido amplo desta pesquisa.

A enfermagem, dentro da AB, possui a responsabilidade de prestação de serviço individual e coletivo, promovendo ações de cuidado e recuperação da saúde, tendo por obrigação a reorganização dos seus serviços de forma exclusiva ao usuário, podendo assim e devendo desprender-se da racionalização do trabalho do profissional médico (MATUMOTO et al., 2012).

Esta categoria profissional é responsável pelo cuidado e por práticas que mesclam o conhecimento técnico-científico e evidenciam o acolhimento, humanização e escuta qualificada. O cuidado é considerado o principal objeto de trabalho unindo respeito, atenção, interesse, escuta e diálogo (ACIOLI et al., 2014).

A enfermagem, norteadada pela formação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, universalidade e equidade, deve desenvolver no campo da AB ações que visem principalmente a promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo realizada de forma descentralizada e levando em consideração os critérios de risco, vulnerabilidades, reconhecimento territorial e populacional, humanização, acolhimento, planejamento, inserção sociocultural, acesso e acessibilidade (BRASIL, 2012).

Embora os princípios do SUS evidenciem a igualdade e equidade como pontos chaves para o desenvolvimento de uma assistência à saúde, é notório no *corpus* discursivo dos enfermeiros certa confusão nos significados entre assistência igualitária e assistência equitativa. O equívoco nesses termos, conforme demonstrado nos discursos a seguir, interfere

de forma negativa nos cuidados prestados à saúde da população, especificamente quando se refere à saúde da mulher negra, levando em consideração os pontos de dificuldades de acesso, vulnerabilidades sociais, vulnerabilidades de gênero e pré-disposições fisiológicas.

Enf 01 [...] Em suma é isso, tornar mais igual, o acesso, a informação, e a essa população // igualando com os demais, seria a proposta dela, trazer, fortalecer, é, incentivar essa população, a tá mais próxima dos serviços de saúde (*Após a aproximação dessa comunidade, como seria a assistência?*)

Enf 03 [...] _ aqui na minha unidade existe a politica de saúde da mulher, então independente dela ser negra ou ser branca (*e as especificidades de cada uma?*), ela vai ser tratada da mesma forma, os cuidados vão ser ofertados na mesma forma igualitária.

Enf 05 [...] _ ótimo tô conhecendo agora que tem uma politica sobre isso, mas assim, é/ diferenciar o negro do branco eu, ao meu vê, eu não acho legal, então assim, da maneira que eu trato o branco, o preto, eu trato todos iguais, preto, branco, lilás, o que*...

Enf 06 [...] _ **Tudo igual!** Não tem nenhuma*... nem mais nem menos... ou que, vamos supor... / tem mulher negra que é mais/ é mais // é // propensa a ter candidíase, isso não, certo?

O dizer em um discurso liga-se aos acontecimentos que os leva a sua construção, compreendendo dessa forma que um discurso não é algo estático e fechado, mas sim, algo que continua sempre em funcionamento e reformulações, relacionando-se com o meio e outros discursos, ativando memória e ideologias (SILVA; SILVA; BRESSANIN, 2017).

Nos discursos acima é possível identificar uma paráfrase do dizer relacionado a igualdade para a oferta de cuidado. De acordo com Orlandi (2013) a paráfrase produz diversos discursos de um mesmo dizer, em que o dito foi construído em cima do já dito e torna-se reformulado, em que dessa forma encontra-se como uma matriz do sentido, no qual sem a repetição, não existe a sustentação e nem o sentido de um saber discursivo.

Mas o que significa para o enfermeiro “tornar mais igual” a assistência à saúde? E por que existe a necessidade dessa igualdade? Embora o discurso seja dito e de certa forma reproduzido por todos, não existe a compreensão do que seria a igualdade assistencial, assim como as formas de efetivação da mesma. A igualdade é trazida e firmada como a única forma de evitar-se ‘problemas’ que venham a causar distinções entre grupos populacionais, em que

dessa forma não traria a exposição do profissional em um contexto social, em que a igualdade utilizada para atendimento termina por suprimir as distintas necessidades individuais, mas também evita que o profissional seja entendido de forma errônea em seu contexto social.

Como essa forma errônea caracteriza-se na assistência profissional? Podemos desenrolar nos tabus cotidianos trazidos pela formação individual de cada profissional e seus contextos sociais, no decorrer dos discursos as afirmativas de igualdade e sem racismos caminham lado a lado, o que reforça a ideia de que o tratamento de forma 'igual' protegeria o profissional de está cometendo atos racista, homofóbico, preconceituoso ou outros fatores socialmente não aceitáveis.

A equidade e a igualdade possuem relação direta com a construção de atendimento de qualidade e assistência específica, em que o atendimento deve ser de acordo com as necessidades de quem busca, tendo como principal objetivo reconhecer as diferentes condições de vida de um indivíduo e como os seus meios interferem na produção de saúde, o que não é encontrado nos discursos acima é a equidade assistencial, ainda que as políticas públicas que regem as ações assistenciais na AB reafirmem a importância de uma assistência igualitária e equitativa.

A equidade é relativa à justiça social, tendo a igualdade como princípio norteador, visando atender pessoas diferentes com igualdade e fornecendo serviços distintos de acordo com suas necessidades. É de complexa execução por depender do olhar do profissional, um olhar que identifique a justiça e a igualdade, reconhecendo não somente as diferenças individuais, mas também as diferenças coletivas e sociais. A equidade atua de forma a igualar as oportunidades em favor de grupos mais vulnerabilizados e assegurar uma assistência eficaz as suas necessidades (CARVALHO, et al., 2014).

Nota-se, nos sentidos presentes nos discursos dos enfermeiros desta pesquisa, resistência em reconhecimento das iniquidades assistenciais em relação à população negra, e em especial a mulher negra. Os discursos parafrásticos ficam que todos são iguais, possibilitando assim acomodamento na assistência em que se desconsidera: sexo; raça; cor; condições socioeconômicas; culturais; religiosas; orientação sexual; entre outros. De certa forma, os discursos dos profissionais entrevistados ecoam uma falsa realidade social de democracia entre grupos minoritários, favorecendo, na verdade, ainda mais as desigualdades assistenciais e facilitando os prejuízos à saúde da mulher negra.

A dificuldade de se perceber a singularidade individual, contemplando toda a sua diversidade, exposta por profissionais da saúde, resulta em comprometimento de ações e ineficácias para a resolutividade de problemas apresentados em uma comunidade (SANTOS;

SANTOS, 2013), ainda que por vezes, a falta de conhecimentos sobre temas específicos resulte em um déficit assistencial, especificamente para a saúde da mulher negra.

Na Segunda Diretriz de Brasil (2004) é dito que: a Saúde da mulher deve receber atenção de forma integral, sem restrições, priorizando o atendimento igualitário e equitativo, em que a mulher deve ser avaliada em todos os seus ciclos de vida, considerando a faixa etária, grupo populacionais sendo negras, indígenas, residentes em zonas rurais e urbanas, presidiárias, de acordo com sua orientação sexual, deficiências e entre outros.

O acesso universal e equitativo à saúde possui relação direta com fatores comumente violados, encontrando-se numa esfera multifatorial com eixos articulados, sexismo, machismo, condições sociais, econômicas, culturais, religiosas entre outros. Embora o acesso aos serviços de saúde e suas ofertas sejam um pilar importante para uma boa qualidade de vida, não são os únicos pontos estruturantes para tal resultado, indo de encontro a desigualdades sociais e assistenciais (GOES; NASCIMENTO, 2013).

O processo que resulta na configuração das desigualdades motivadas pela raça/cor e suas relações de gênero são frutos de um tripé que naturaliza os processos discriminatórios, com macros pontos norteados pelo estigma, preconceito e discriminação e englobando os micros pontos evidenciados por fatores culturais, socioeconômicos e políticos. Esse tripé constitui marcadores sociais construídos ao longo da história e alimentados pela naturalização de seus feitos (MONTEIRO; VILLELA; SOARES, 2014).

É necessária a compreensão de que a situação de uma sociedade afeta o desenvolver da saúde de determinados grupos populacionais, além dos fatores que tangem as desigualdades existentes, contando com a dificuldade do sistema de saúde brasileiro em conseguir meios de enfrentar as condições vivenciadas socialmente pela população negra, na qual a mulher negra enfrenta disparidades relacionadas a gênero, cor, condição social e o déficit de conhecimento profissional para com sua saúde (LIMA; VOLPATO, 2014)

Em conhecimento sobre os processos cognitivos é possível encontrar as formas intencionais e conscientes de ações e formas espontâneas, automáticas e inconscientes, nos quais a resposta humana é baseada em estímulos sociais e partem de imagens e pensamentos armazenados na memória individual, sendo possível que os valores de igualdade venham carregados de estereótipos negativos, encontrados de modo inconsciente no discurso de um sujeito (WILLIAMS; PRIEST, 2015).

O “tudo igual” tão enfatizado e repetido nos discursos dos profissionais nada mais é do que o reflexo da descrença nas iniquidades assistenciais, embora os conceitos de igualdade perpetue nas tomadas de decisões, cada individuo em sua singularidade não pode

ser amplamente contemplado dentro desse conceito, cabendo a necessidade da equidade assistencial.

Outro fator que podemos considerar a partir dos discursos ditos é a questão de tomada de responsabilidade por melhorias nas condições de vida da população brasileira, cabe a cada indivíduo reconhecer o seu papel e encontrar-se como meio de melhoria, e antes disso, é saber que cada desenvolvimento histórico sobre raça, gênero, etnia, estão enraizados de tal forma que somente a criação de políticas não será o suficiente para a melhoria de uma desigualdade assistencial.

Os discursos abaixo possibilitam certa quebra no que já vinha sendo reproduzido pelos demais entrevistados.

Enf 04: [...] _Do profissional, ele trabalhe de forma igualitária, que é o ideal / mas que trate essa população também com as peculiaridades que ela tem, mas de uma forma igualitária!

Enf 07: [...] _a gente sabe por exemplo de algumas doenças que tem uma incidência um pouco maior, um controle mais dificultoso na população negra, mas infelizmente a gente termina tratando da mesma forma, que pra gente, as vezes parece uma forma de não // não ser preconceituoso, mas que na verdade já sendo, é a história da equidade, tratar diferente quem é diferente.

Nesse ponto, percebe-se a quebra do discurso parafrástico evidenciando uma polissemia, em que para Orlandi (2013) a polissemia anda juntamente com a paráfrase, entretanto quando ocorre uma ruptura na paráfrase surge à polissemia possibilitando novos sentidos para um dizer, pode-se dizer que a polissemia encontra-se como uma fonte do processo de formação da linguagem, em que ela mesma é uma condição para a existência de um discurso, sendo que, se os sentidos ou, os sujeitos não fossem algo múltiplo e favorável ao mutável não existiria a necessidade de se dizer algo.

A tensão existente entre a paráfrase e a polissemia é o que possibilita as diferenças nos dizeres e a criação de um sentido novo, em que muitas vezes o discurso encontra-se de forma contraditória aos atos realizados em uma assistência, onde existe o vislumbamento de uma assistência diferencial, porém os profissionais encontram-se em uma névoa de cuidado igualitário que não o possibilita visualizar o cuidado equânime.

Os exames a ser ofertados a saúde da mulher negra não diferem dos exames a ser ofertados a mulher branca, indígena, amarela, etc. Mas o que deve ser diferente? A chave para

essa resposta encontra-se nos planos de cuidados. A Política Nacional de Saúde Integral a População Negra (PNSIPN) dispõe sobre características comuns da saúde dessa população que são rotineiramente excluídas na hora de uma assistência, por exemplo, a anemia falciforme, cardiopatias, miomatosas, e as mais conhecidas como diabetes, hipertensão arterial, câncer, entre outros. Outro quesito que por vezes passa despercebido em uma assistência refere-se ao meio social de onde provém essa mulher, um dos pontos principais para determinar o desenrolar da saúde.

Quando existe a colocação do enfermeiro em dizer “Às vezes parece uma forma de não // não ser preconceituoso, mas que na verdade já sendo” retoma os estigmas em tratar sobre assuntos referentes a população negra, no qual o receio de se debater sobre o assunto faz com que seja agido e pensado de forma diferente, categorizando a mulher negra que chega ao seu serviço e ignorando todo o contexto histórico e social que a mesma carrega em si.

Somente nos últimos anos é que a população negra ganhou local de destaque nos debates de políticas, por apresentar grandes disparidades quando refere-se à condição de saúde individual e coletiva, a partir do reconhecimento dos quesitos sociais, de gênero e raça, principalmente na rede básica de saúde, na qual a flexibilidade deste meio possibilita maior contato entre profissionais e usuários, sendo ambiente ideal para a efetivação de políticas públicas, principalmente aquelas que promovam a equidade assistencial e no caso em questão a igualdade racial (SANTOS; SANTOS, 2013).

Em suma, observa-se nos discursos da maioria dos enfermeiros a paráfrase de ‘Igualdade’ ligada ao modelo ideal de serviços oferecidos em uma AB e atenção da criação de um novo dizer evidenciando a polissemia de alguns discursos, em que a assistência torna-se mecanizada pelos dizeres de igualdade, porém seu significado não é compreendido, apenas reproduzido, em que é algo que se espera de uma assistência fundamentada pelas diretrizes do SUS, reforçando que o acolhimento é algo igualitário e os planos de cuidados devem basear-se em uma assistência equânime.

6.2 SE NÃO FALO, ELE NÃO EXISTE: O QUE O SILÊNCIO NOS DIZ?

A construção social envolvendo os termos de raça/cor é responsável por diversas dimensões históricas e culturais que englobam a vida de um indivíduo e de gerações inteiras, a dimensão do brasileiro sobre o que é denominado “Preconceito de ter preconceito” expõe

uma realidade única, não vivenciada em nenhum outro local do mundo, o Brasil possui ausência de reconhecimento legal sobre o processo de miscigenação, e com isso distancia-se da realidade vivenciada por muitos (CHOR, 2013).

O tema referente ao negro no Brasil é dificilmente discutido, sendo responsável pelo silenciamento em relação à cor/raça/etnia. O incômodo causado encontra-se tão forte e enraizado, que quando abordado resulta em discursos cercados de “pudores” e “cuidados” de minimizações que fornecem o apagamento da história do negro no Brasil, potencializando o enfraquecimento da identidade negra social (SILVA, 2007).

O Brasil vivencia enorme contradição em quesitos preconceituosos, pois embora seja um país que celebre o fato da democracia, ainda sim, mostra-se com práticas sociais e culturais com predominância de ideologias hierárquicas. É possível dizer que, o preconceito racial encontra-se substituído em formas menos evidentes sendo mantida a norma social de antirracismo (LINS; NUNES; CAMINO, 2014).

Por que é necessário tratar sobre preconceito e racismo dentro do tema de saúde da mulher negra? Bem, embora em momento algum possa afirmar por meio das entrevistas tais atos, existe uma necessidade clamante por um diálogo sobre esses dois pontos. Em primeiro momento é necessária uma abordagem sobre a postura dos entrevistados quando questionados sobre a saúde da mulher negra, em análise nas questões abordadas não existia a princípio questões que propusessem o diálogo sobre esses temas, porém, nas respostas obtidas a maioria enfatizava sobre questões de preconceito e racismo contra a população negra.

ENF04 [...] _Eu acho que sim, não é uma coisa muito divulgada, né? Acho que/ esbarra muito / também no medo do crime de racismo, então assim // é muito // delicado, porque nem... você não pode ser ou expressar atos racistas, né?

ENF06 [...] Preconceito existe? **Existe!** Pode ter dentro de alguns enfermeiros? **Pode!** Entendeu? Mas que mesmo que tenha, não transpareça, entendeu?

ENF01 [...] até porque acho que hoje, não só a população negra, mas outras classes que sofreu esse preconceito / hoje eu acho que cada vez mais pela exposição de campanhas, enfim a lei caindo mais em cima acho que / isso vem diminuindo cada vez mais (*O que vem diminuindo?*), e eu acho que hoje praticamente existe casos mais isolado e pontuais.

Embora a paráfrase esteja presente na maioria dos discursos, existe a presença de outros dispositivos analíticos como é o caso do interdiscurso encontrado nos discursos acima. O interdiscurso é definido como uma memória construída por meio do esquecimento, isso implica dizer que não se sabe onde surgiu, e nem o que sustenta e estabiliza o discurso dito, pode-se dizer que o interdiscurso surge no esquecimento, em que algo antes ou alguém falou, de outra forma, em outro lugar que não pode ser delimitado ou identificado (ORLANDI, 2002).

Deve-se considerar o “monstro” do tabu que se encontrava no ambiente da entrevista, o desconforto de dialogar sobre algo que não deve ser dito, pois não existe; que não pode ser expresso, pois é ‘crime’; que não pode ser considerado presente, pois ‘a lei caindo mais em cima’, propõe o misticismo de se falar sobre população negra, embora discursos preconceituosos e racistas sejam muitas vezes ecoados, a naturalização das práticas ainda se mantém de forma camuflada, o que isso significa? Para muitos, o significado de preconceito e racismo vincula-se à violência verbal ou física relacionada à cor negra, dissipando outras formas de atuação que também poderia ser considerado como algo racista ou preconceituoso, a naturalização de que a violência por raça e gênero restringe-se a agressões físicas e verbais possibilita à iniquidade assistencial em que, ‘não posso tratar de outra forma, pois posso está sendo racista, mas posso tratar de forma “igual” ’, esbarrando no já conversado sobre equidade e igualdade assistencial.

Podemos abordar ainda nesse contexto do dito - não dito os silenciamentos existentes de forma sutil nos discursos. Para Orlandi (2013) devemos considerar em um silenciamento o subentendido dos dizeres, é algo que não foi expresso em um discurso, mas encontra-se nas entrelinhas dos dizeres, o que depende do contexto e necessariamente esses subentendidos também significam em uma análise.

Não existe formas plausíveis de enfrentar o preconceito racial, e muito menos buscam-se formas de evitá-lo, pois é mais simples manter a vergonha de se admitir o preconceito, do que atitudes que visem interferir na realização de ações discriminativas (LINS; NUNES; CAMINO, 2014).

A fala de um dos entrevistados expõe exatamente isso “Mas que mesmo que tenha, não transpareça, entendeu?”, então como é esperada uma assistência à saúde da mulher negra movida por influência e percepções pessoais e ainda evitar que tais atitudes não venham a atrapalhar a forma de o profissional agir com esse público? Ainda de acordo com Lins, Nunes e Camino (2014), às hierarquias sociais permanecem de forma cristalizada,

perpetuando uma amabilidade às questões sociais relacionadas aos negros, e evitando demonstrar ou falar algo que venha a quebrar a identidade social de realização de atos discriminatórios.

No que se refere à atuação dos profissionais da saúde, especificamente os enfermeiros atuantes em na rede básica de saúde, existe a falta de questionamentos que instiguem a problematização social, em que somente por meio de um cuidado à saúde que busque este profissional para reflexões críticas é que torna possível o nivelamento assistencial, uma visão ampla significa uma atuação ampla.

De acordo com Lins, Nunes e Camino (2014), as formas de discriminações raciais operantes no Brasil são ditas como o “Racismo indizível” ou” “Camuflado” e se existe a predominância de tais atos suponha-se também a existência de barreiras para a pesquisa científica e os questionamentos, dificultando uma análise profunda da realidade vivenciada pela população negra no Brasil.

Os processos de desigualdades são relacionados a fatores sociais hierarquizados, em que não resulta apenas de fatores individuais, mas principalmente da forma como uma sociedade encontra-se organizada, por valores simbólicos e materiais possibilitando a partilha desigual movida por processos demográficos, sociais, econômicos, culturais e políticos e proporcionando as vantagens e desvantagens sociais. Tratando-se da mulher Goes e Nascimento (2013) evidenciam que alguns fatores impactantes na saúde de mulheres negras e brancas, em que as variáveis que influenciavam no acesso bom, regular e ruim representavam a posição econômica, grau educacional e idade.

Ainda no *corpus* discursivo desta pesquisa é possível observar outra esfera da realidade social enfrentada por negros e negras no Brasil, principalmente se residirem áreas mais carentes e periferias.

ENF 06 [...] Agora se fosse em outras comunidades, assim/ lá pra Asa... alguma coisa, talvez teria, entendeu? *(Em justificativa somente seria possível notar diferenças entre a saúde da mulher negra com os demais em uma determinada localidade da cidade de Cajazeiras)*
_Não pelo/ pela cor/ por ser pela cor, mas pelo, pela // _que às vezes eles são meio/ _meio desinfor* ,_ são meio* **_são desinformados!**, entendeu? Porque lá , é uma população muito carente// entendeu? E lá tem bastante/ Nee // , Negros, entendeu?

A produção do discurso conta com a parte externa como fonte integrante para a formação interna, podendo ser feita analogia com o lugar ocupado, em que na existência de um quadro com: moldura, luz, ambiente, a parede que está localizada, são fatores que favorecem a composição de um sentido, junto com a tela. Se a mesma tela estivesse em outro local, com outra moldura, outra luz, outra parede, o significado já seria outro (SILVA; SILVA; BRESSANIN, 2017).

Um dos aspectos determinantes para o desenrolar da saúde são os relacionados aos aspectos sociais e econômicos, além do nível educacional a qual aquela comunidade/população tem acesso. Outro fator que se relaciona a precária assistência à saúde da mulher é a idade, no qual mulheres negras com idade superior a 40 anos encontram-se socialmente vulneráveis, tendo maior probabilidade de nunca ter realizado exames de rotinas como o citopatológico e mamografias, ou em atraso. As mulheres com nível de instrução e socioeconômico mais elevado possuem melhores acessos à saúde e menores disparidades (GOES; NASCIMENTO, 2013)

A discriminação por raça e gênero possui um dos pontos mais estruturantes para a desigualdade social de uma população. Quando falado de mulheres negras ocorre invisibilidade de questões sociais, em que é ignorado o fato de que essas mulheres ingressam no mercado de trabalho de forma precoce, precária, em condições insalubres e em menor renda. No ano de 2009 existia em situação de extrema pobreza mulheres negras que totalizavam 52% dos casos e homens 48%, além do mais, 78% desses grupos eram de pretos, pardos e indígenas (SILVA, 2013).

Tratando-se de políticas públicas no Brasil, o principal objetivo termina por tentar minimizar as disparidades em saúde, evidenciando o contexto social e político juntamente com as influências nos aspectos de vida de um grupo populacional, no caso da PNSIPN.

O perfil brasileiro é fruto de miscigenação, unindo as particularidades dos negros africanos, brancos europeus e os indígenas nativos, intensificando doenças de características genéticas com manifestações particulares no país, especificamente a população negra recebe as influências genéticas juntamente com as disparidades sociais e econômicas, apresentando-se dessa forma como uma população vulnerável a maiores prejuízos à saúde (CHEHUEN NETO et al., 2015)

Quando é tratado de temas que envolvem a população negra, de forma inconsciente e automática existe uma formação da imagem sobre o que é ser negro no Brasil, mesmo que dito de forma relutante é quase palpável o desconforto em evidenciar tal fato pelo entrevistado “eles são meio\ _meio desinfor* , _ são meio* **_são desinformados!**, entendeu?

Porque lá, é uma população muito carente// entendeu? E lá tem bastante/ Nee // , Negros, entendeu?”

A palavra ‘desinformado’ percorre o discurso carregado de significados quando analisada, significados esses que podem interferir de forma negativa na atuação do profissional a mulher negra que venha a utilizar os serviços ofertados pela UBS, se é subentendido que quem reside em determinada região é carente e desinformado, dependendo do contexto crítico e reflexivo do profissional a sua atuação pode interferir de forma a individualizar negativamente o atendimento, entendendo que a desinformação não seja digna de um emponderamento o que resulta em prognósticos negativos a saúde.

Pode ser classificado o discurso como uma estereotipação da pessoa negra residente na área citada, assim como também podemos discutir sobre o impacto causado pela situação econômica e social apresentado pela população negra que pode ser intensificado quando tratamos de mulheres negras no Brasil, retomando os fatores já citados no decorrer do trabalho que constituem um tripé entre raça, gênero e quesitos sociais. O profissional ainda que de forma relutante, relaciona essa diferenciação social quando expõe a localidade e a situação comumente encontrada naquela comunidade citada.

Em uma análise socioeconômica o percentual obtido para o analfabetismo entre negros e brancos evidenciam que, os brancos com 15 anos ou mais apresentavam 5,9% de analfabetismo, em contrapartida os negros considerando a classificação parda e preta apresentavam um valor de 27,4% de analfabetismo. Sendo trazido também que brancos apresentavam 84,5% de renda maior que os classificados pretos e 81,95% maior que os considerados pardos (CHEHUEN NETO; FONSECA; BRUM et al 2015) Com os dados acima citados reafirma uma posição desfavorável e vulnerabilizante para a parcela populacional considerada negra.

Embora não seja admitido, na maioria dos casos a formação da imagem coloca o negro em situações de vulnerabilidade, social, econômica e educacional, que nada mais é que o retrato do Brasil, porém camuflado pela venda da ideia de democracia racial. Se não existir a busca pela quebra de um paradigma as desigualdades assistenciais e sociais, se manterão em um eterno ciclo, de busca por uma igualdade que finda por perpetuar a desigualdade.

6.3 UM REFLEXO DO PASSADO: O QUE A SAÚDE NOS MOSTRA?

Historicamente a mulher carrega em sua construção a submissão imposta por relações de gênero, que vulnerabiliza e marginaliza as necessidades femininas, tratando-as como “sexo frágil”, dependentes e exploradas visualmente e fisicamente. Quando referente à historicidade da mulher negra, não pode ser ignorado as heranças do período escravocrata, em que a mulher negra no período da escravidão servia de prestadoras de serviços domésticos, amas de leite, ventre gerador, além da exploração sexual de seus corpos. Embora a mudança de tempo e história tenha possibilitado à emancipação de mulheres negras escravas, a herança desses tempos não foi apagada e nem transformada por completo.

Embora exista a democracia racial teoricamente criada para esconder a existência de desigualdades raciais no país, necessita-se da criação de políticas afirmativas para grupos minoritários, a fim de promover melhora na saúde, educação, condição social, econômica e cobrar o respeito a diferenças. É de conhecimento que o perfil brasileiro se categoriza como uma população fruto de mestiçagem, onde o objetivo maior a princípio era o clareamento do Brasil e a possibilidade de aproximar a nossa identidade a um perfil europeu.

A população feminina negra apresenta índices mais desfavoráveis quando comparados à mulher branca, em que mulheres negras estão em posição destaque no analfabetismo, baixa renda, sendo em grande maioria chefes de família e solteiras (FRAGA; SANINO, 2015). De acordo com o índice do IBGE (2010) a maioria populacional brasileira corresponde a pretos e pardos totalizando 50,7% (INOCÊNCIO; SOUZA, 2014). Embora a população negra contabilize mais da metade da população brasileira, em quesitos de conhecimento sobre saúde, raça, cor e problematização sobre gênero evidencia-se que é muito pouco discutido, necessitando através de lutas a criação de políticas afirmativas que resgate às especificidades referentes a sexo, cor, raça e etnia.

Nos dias atuais a expectativa de vida de uma mulher negra é de 66 anos, comparado a da mulher branca que é uma expectativa de 71 anos, sendo justificado pelas discrepâncias em saúde, em que somente os fatores patogênicos não devem ser considerados, mas também a qualidade de vida dessas mulheres em questão de gênero e social, no qual a construção social de ser mulher e negra no Brasil afeta a qualidade da construção de uma identidade pessoal, autoconceito e autoestima, influenciando em violências dirigidas a si própria, hábitos de vida prejudiciais (tabagismo, alcoolismo, drogas), reafirmando a necessidade do conhecimento do profissional aos diversos fatores da saúde de uma população (FRAGA; SANINO, 2015).

Outro ponto a ser trabalhado é o desconhecimento e preparo profissional acerca da saúde da mulher negra, no qual existe não só a necessidade de repasse de informações

referentes à saúde, mas também o trabalho de quebra de paradigmas sociais que enalteçam ao profissional a importância de se contar com políticas que tragam as especificidades de cada população.

ENF01 _ Não, não, especificamente, não como eu te disse, eu tenho* Assim, já vi falar algo a respeito da política, mas, muito geral, que seria o objetivo geral da política que é o que eu tinha lido que é tornar mais igual, equiparar essa, esse, essa população aos demais. Teria algumas particularidades, agora no momento eu não saberia te dizer não.

ENF03 _Eu acho que a questão de doenças genéticas é a mesma probabilidade pra todo mundo.

ENF05 _Não// até/ porque acho que assim, é, eu acho que se eu tenho uma saúde específica **pra mulher negra** eu acho // que seria até discriminação, porque assim, eu tenho/ é os programas de prevenção de colo de útero, programa de câncer de mama, amamentação e tudo, e porque tenho um só pra ela, específico **pra cor dela**, porque a gente não tá vendo a mulher.

ENF06 [...] // **Normal**, todas as incidências são normal, todas são normais, então\ sem preconceito.

Na AD à paráfrase e polissemia encontra-se em constante tensão para uma formação discursiva, em que uma representa a reformulação do já conhecido, preservando sua identidade e a outra como uma forma de deslocamento de um discurso, em que a ruptura da paráfrase possibilita a diferenciação de um discurso e a sua construção (SILVA; SILVA; BRESSANIN, 2017).

Nos últimos anos a saúde da mulher negra tem se tornado foco de vários estudos e discussões com objetivo de avaliar a saúde dessas mulheres e procurar meios para justificar as disparidades evidenciadas pelos indicadores de saúde. A população negra apresenta maior disposição ao aparecimento de doenças de caráter crônico e genético, como é o caso da hipertensão arterial; no Brasil a hipertensão arterial é uma das principais causas de mortalidade materna negra, sendo responsável por um terço dessas mortes, além do mais, mulheres negras apresentam maiores chances de abortamentos, complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, placenta prévia, entre outros) (FRAGA; SANINO, 2015).

A política de saúde da mulher recomenda que toda gestante necessita ter no mínimo um total de sete consultas pré-natais, no qual a avaliação relacionada a peso, pressão

arterial, glicemia, deve ser realizada de forma rotineira, levando em consideração as modificações fisiológicas do período gestacional (BRASIL,2014)

De acordo com Inocêncio e Souza (2014) mulheres brancas que evidenciaram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natais totalizam 62%; mulheres indígenas o percentual é de 27% e mulheres pretas e pardas totalizam 37%, outra disparidade em saúde encontrada é a referente aos nascidos prematuros, em que mulheres pretas e indígenas totalizaram 7% dos casos de prematuros nascidos vivos. Os menores percentuais de recém-nascidos prematuros foram observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6%.

É perceptível a minimização dos fatos relacionados à saúde da mulher negra, a partir de afirmativas que dizem “Eu acho que a questão de doenças genéticas é a mesma probabilidade pra todo mundo” não só este discurso encontra-se em discordância com todo embasamento da hereditariedade biológica, como também relaciona-se a uma defesa do profissional em tentar justificar o porque não existe a necessidade de cuidados específicos a saúde da mulher negra. Na AD, leva-se em consideração toda a historicidade do qual o entrevistado encontra-se, assim como o ambiente, o pesquisador, o jogo do dito e não dito, que favorecem o recuo profissional em apresentar a formação do seu pensar.

De acordo com Orlandi (2013) O sujeito em sua historicidade encontra-se em meio a contradições, em que ao mesmo tempo é livre sem deixar de ser submisso, em que o sujeito determina o que diz, porém se submete a exterioridade e sua relação com os meios. O sujeito ao dizer carrega consigo um significado em constantes tensões de condições determinadas, exterioridade e experiências.

A afirmativa de um dos enfermeiros entrevistados “// Normal, todas as incidências são normal, todas são normais” evidencia o quão profundo é o déficit de conhecimento sobre a situação real da saúde da população negra. Para Brasil (2005) a realidade da saúde de mulheres negras no Brasil evidencia que a maior causa de mortalidade entre os adultos negros estão relacionados às causas de doenças vasculares e circulatórias, em que a evolução da doença é mais grave e de forma mais frequente na população negra, sendo uma das principais mortes maternas evitáveis no Brasil. Com uma frequência 50% maior que as mulheres brancas, mulheres negras também tem maior chance do desenvolvimento de diabetes, potencializando ainda mais o desenvolvimento de hipertensão em diabéticos negros.

ENF04_ [...] questão aos hipertensos e diabéticos, que a população negra tem uma grande quantidade / de pessoas que são hipertensas e são diabéticas, ela /ela / é // Aumenta, né? O percentual dessa

população* (*o que aumenta?*) pessoas que são negras, têm doenças crônicas, né? / Então, acho que, de forma geral, é isso.

ENF 03_Sobre a política de atenção a saúde das pessoas negra*... porém confesso que nunca vi nenhum item específico relacionado à saúde da mulher, porque nos artigos os / quais eu li, sempre / levam mais a questão da hipertensão e do diabético e das drogas que a população negra / não responde tão bem no seu organismo quanto as pessoas brancas,

A política de controle a hipertensão arterial especificamente tratando-se da população negra ressalta a dificuldade de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em negros, contando com a falta de capacitação específica e de recursos humanos especializados na área, além do protocolo terapêutico inadequado para essa população. As prescrições medicamentosas de Captopril e Enalapril estão entre os anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA) contraindicados para a população negra, mostrando-se menos efetivos no controle da hipertensão, especialmente na prevenção contra Acidente Vascular Cerebral (AVC), devendo ser desconsiderado como primeira escolha (VARGA; CARDOSO, 2016).

Embora de forma geral o conhecimento dos profissionais vincule-se a hipertensão e diabetes como principais doenças presentes nessa população e as mais perceptíveis em seu meio de trabalho, não existe um conhecimento aprofundado sobre a questão, no qual os enfermeiros demonstrem domínio sobre: o que causa essa maior prevalência? o que causa a dificuldade de controle? e o porquê dessa população ser a mais afetada? A polissemia dos dois discursos a seguir possibilitou a inclusão de outros temas que se refere também a saúde da mulher negra, sendo estes a anemia falciforme e as Doenças Sexualmente Transmissíveis/Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST/IST's).

ENF07 _Sinceramente não // em relação a isso características de saúde na mulher negra não, não sei nem te dizer quanto essas doenças mais frequentes, mas incidentes, alguma coisa assim, o que, avaliando tudo a gente imagina é que / ainda é uma população que vive a margem, vivendo a margem a gente subtende que a saúde é um ponto, um pouco mais precário, e sendo assim / ela tá mais predisposta por exemplo a DSTs, porque também é uma população que infelizmente tem um nível de* um acesso a educação um pouco mais difícil, então isso faz com que ela não saiba tão bem, se proteger em geral, de doenças em geral, acredito eu que até as DSTS podem ser cotada ai

como um, um índice mais elevado, mas por conta disso, por questões sociais.

Em uma visão ampla sobre o quadro de HIV/AIDS no Brasil, a partir dos anos 2000 houve uma mudança significativa no perfil dos indivíduos acometidos pela doença, em que a partir do ano de 1998 mulheres passaram a ser os maiores públicos a apresentarem a doença, em 2005 esse percentual alcançou o valor de seis homens para cada 10 mulheres, além da predominância dos casos heterossexuais. A possibilidade da verificação dos dados por indicadores de raça/cor surgiu a partir do ano 2000 e embora a análise dessa variável seja bastante dificultosa pelos erros de notificação em quesitos de cor, foi possível perceber o aumento dos casos de AIDS na população negra (TAQUETTE, 2010).

Ainda de acordo com o autor supracitado, o que é perceptível nos dias atuais quando se refere ao perfil dos acometidos pelo vírus HIV é que se configuram especialmente em mulheres negras, de baixa situação econômicas e em contextos sociais vulneráveis, incluindo entre eles a violência de gênero e baixa escolaridade.

De acordo com Santos (2016) existem fatores biológicos que favorecem a infecção em mulheres pelo vírus do HIV, o autor cita que homens possuem maior quantidade de carga viral no esperma e maior quantidade de secreção sexual, facilitando essa disseminação; além do mais as infecções comuns do trato vaginal juntamente com os contraceptivos orais, fragilizam as mucosas vaginais e potencializam os riscos para infecção do HIV, HPV e outros riscos.

O *corpus* discursivo situa a importância de uma contextualização da situação de saúde a qual a população ou comunidade encontra-se inserida, essa percepção de forma ampliada e reflexiva enaltece como os comportamentos sociais, culturais, econômicos e políticos influenciam no contexto de vida e saúde de um indivíduo, além do mais, possibilita resgatar a importância de conhecimento que vai além dos modelos fisiológicos.

ENF03 [...] assim que era muito focado no curso, que era muito focado no curso, aliais / e era a questão da anemia falciforme, né? E o traço falciforme presente na população negra, então a necessidade de ter é // a oferta da eletroforese de hemoglobina, né?

A anemia falciforme é uma doença hereditária com caráter crônico e como característica principal a deformidade de hemoglobinas, que transforma-se de seu formato

côncavo e adquire o formato de “foice” resultando em deficiências de oxigenação e outros agravos que ocasionam quadros de dores em articulações, ossos, músculos e outras partes corporais, atualmente a anemia falciforme constitui uma das principais doenças genéticas encontradas em todo o país (LIRA, 2015).

Mulheres gestantes e que apresentam a forma sintomática da anemia falciforme enfrentam diversos desafios e são classificadas como alto risco necessitando de cuidados especiais. Com as alterações fisiológicas comuns da gestação ocorre um agravamento do quadro da doença, tornando-se risco para a gestante e para o feto em desenvolvimento, destacando-se graves complicações pulmonares, crises oclusivas no pré e pós-parto, agravamento de anemia, favorecimento de pré-eclampsia, além do alto risco de abortamentos, partos prematuros, restrição de crescimento uterino e sofrimento fetal (XAVIER, 2011).

Embora o profissional demonstre conhecimento sobre a doença e os exames a serem utilizados com fim diagnóstico, que resulte em um atendimento efetivo, depara-se com outra questão. É fornecido meio para que esse profissional consiga efetivar um pré-natal seguro e livre de risco para suas gestantes? A anemia falciforme não entra como exames de rotina a ser realizado pelas gestantes, em uma ponta encontra-se o fato de não ser disponibilizado pelo município, dificultando a solicitação, principalmente pelo profissional da enfermagem; em outra ponta depara-se com alguns profissionais que não possuem conhecimento sobre a doença, qual público mais afetado, sinais e sintomas

A inclusão do teste de eletroforese de hemoglobinas como um dos exames de rotinas durante o pré-natal auxiliaria para o diagnóstico precoce e intervenções efetivas. Embora a passos lentos e de difícil reconhecimento à luta pelas especificidades a saúde da população negra continua ativa e rende frutos. Para Xavier (2011) a hemoglobinopatias na triagem neonatal trouxe um marco para o diagnóstico precoce e uma forma de rastreamento da anemia falciforme, principalmente que mulheres podem ser diagnosticadas através dos testes de seus filhos.

Conforme o *corpus* discursivo desta investigação pôde observar em primeiro momento o desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra. Somente alguns enfermeiros trouxeram a afirmativa que “tinha ouvido falar”, porém não sabia a necessidade de tal política, não somente expondo o déficit de atualização e conhecimento sobre políticas a grupos minoritários, como também expondo a deficiência de conhecimento acerca da saúde da população negra.

É possível também relacionar esses pontos a formação profissional da área da saúde e o seu meio de atuação, o ensino à saúde tende a relacionar a assistência de forma

biomédica e mecânica, essa formação finda por trabalhar o profissional de forma generalizada, na qual embora sejam abordados diversos temas não possibilita o aprofundamento às especificidades assistenciais.

O ensino à saúde quando trabalha o modelo de AB potencializa mais alguns programas específicos que terminam servindo de “roteiro” para uma atuação profissional. Esse roteiro não só perpetua dentro da academia, como estende-se ao meio profissional, somado à desatenção da gestão a atualização dos profissionais, juntamente com à sobrecarga de trabalho e as instabilidades do ambiente, no qual este enfermeiro encontra-se inserido, finda por uma realização assistencial mecânica, cristalizada e superficial, padronizando grupos populacionais.

ENF02_ Na verdade, eu não // eu desconheço assim, a / essa política. Especialmente voltada para a população*... // porque no período da faculdade eu não tive conhecimento dessa política, porque geralmente a gente estuda outras políticas que está voltada a atenção básica, mas assim, específicas como: a saúde da mulher; da criança; do adolescente; do idoso e saúde do homem, mas assim, específica da população negra, eu não tenho conhecimento.

O conhecimento durante toda a evolução histórica encontra-se dividido, sendo impossibilitado a sua reconstrução, carregando dessa forma as lacunas seja em conhecimento científico, prático ou educacional (MIRANDA; BARROSO, 2004). A tendência de separar e compartimentar a saúde são inatos aos profissionais, embora os cadernos de saúde tragam “A saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso e saúde do homem” ainda sim, só é “estudado/aprendido” a atuação biomédica assistencial, selecionado qual doença, como tratar, como diagnosticar, o que fazer, quando fazer, conjugando diversas individualidades a uma única doença, ignorando todo o meio social, cultural e étnico, que aquele indivíduo carrega, assim como suas histórias, vivências e problemáticas.

Ainda que em teoria as questões sociais sejam discutidas e analisadas, em termos práticos vivenciados em na AB, o desenvolver de intervenções torna-se algo frágil, sendo mantido dentro de um ciclo de restrição de conhecimento, podendo estar ligado a déficit na construção acadêmica do profissional, ou nas lacunas das constantes atualizações, podendo ser evidenciada nas respostas dos enfermeiros entrevistados relativo ao seu conhecimento sobre a política integral de saúde a população negra ou a um conhecimento básico das pré-disposições fisiológicas de um grupo populacional.

Ser mulher significa ter uma desvantagem de gênero independente de sua cor; ser mulher, negra e pobre, triplica essa desvantagem, e se for agregado outros fatores como orientação sexual, deficiência, vícios e entre outros, situa essa mulher em grupo de risco para diversas complicações em sua conjuntura social, educacional e de saúde.

A Primeira diretriz da PNSIPN dispõe sobre “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” (BRASIL, 2009, p. 31). A partir dos discursos proferidos tem-se a constatação na falha da efetivação de um dos pontos evidenciados por esta política.

De acordo com Monteiro (2012), o trabalho com a modificação da educação do profissional deve ser estrutural, em que a percepção para a formação de uma educação permanente seja fomentada nas necessidades detectadas no cotidiano profissional, mas que para isso é necessário que seja incluído e ampliado os debates com temas ético-raciais.

ENF 01_ A sim! Eu acho que, o que falta pra nós profissionais da saúde, é*... a gente se detêm muito dentro dos serviços de saúde, mas falta formação, educação continuada, quando a gente tá na academia, a gente tá sempre ali, buscando e tendo tempo para tal, mas depois que a gente vem para o serviço, o serviço consome a gente e a gente acaba, é... sem tempo[...]

ENF 03 __Em relação à mulher negra, é*... nesses anos de atuação que eu tenho, nunca recebi capacitação específica para mulher negra, a gente já recebeu capacitação em relação aos hipertensos // por conta de medicações e tratamentos, uma capacitação multiprofissional, porém em relação a saúde da mulher, não. Só na questão de hipertensos e diabéticos em relação à população negra

ENF04 [...] // é um problema verticalizado, vem de cima pra baixo, a gente não tem na ponta, eu sou enfermeiro da ponta, né? Sou enfermeiro da assistência // a gente não tem uma capacitação que enfoque a saúde da população negra, a gente sabe que tem até alguns cursos, pelos sites do ministério, né? o tele saúde, e tudo mais, mas até a divulgação disso / é muito pouca[...]

ENF 05 _ O próprio desconhecimento desta política, por essa política não ser tão comentada (*por quem?*), por essa política não ser tão trabalhada no nosso cotidiano, não por racismo, mas por falta mesmo de conhecimento.

A paráfrase existente entre os discursos anunciam os dizeres de desconhecimento sobre a PNSIPN e também aos cuidados a saúde da mulher negra, duas falas chamam atenção

uma referente ao tempo e sobrecarga que o enfermeiro enfrenta dentro do serviço no dizer “depois que a gente vem para o serviço, o serviço consome a gente” e a falta de estímulo para a busca de constantes atualizações “// é um problema verticalizado, vem de cima pra baixo, a gente não tem na ponta, eu sou enfermeiro da ponta, né? Sou enfermeiro da assistência // a gente não tem uma capacitação que enfoque a saúde da população negra”.

O somatório desses dois pontos resulta em déficits assistenciais, em padronização dos serviços, e na restrição do conhecimento profissional. A necessidade de formação profissional seja em processos acadêmicos quanto em educação permanente, engloba principalmente a atualização e adaptação do profissional às modificações sociais, culturais e políticas de uma população, se não existe esse tipo de chamado a qualificações o sistema de assistência torna-se obsoleto.

A formação profissional conta com duas modalidades de ensino, a educação continuada e a educação permanente. Os meios educacionais que possuem duração limitada, com metodologias tradicionais e geralmente são realizadas após a graduação são tidas como educação continuada; a educação permanente considera dois processos estruturantes: a necessidade do trabalho executado e o processo crítico “educa-se a partir da realidade que o cerca e, em interação com outros homens, coeduca-se” (FALKENBERG; MENDES; MORAES et al, 2014). A padronização do que é mais importante ser aprendido e absorvido no decorrer da graduação e especialização, determina em que nos aprofundamos ou não em uma trajetória acadêmica, embora a saúde da mulher negra possa ser encaixada em diversos temas a serem debatidos, é perceptível que negligencia-se e ocultam dados essenciais para a compreensão sobre a saúde das mesmas.

A exemplo dos profissionais entrevistados, uma formação complementar era na área de obstetrícias, mas ainda sim, não existia conhecimento por parte do profissional sobre os problemas hipertensivos serem frequentes em mulheres negras e gestantes, as eclampsias, prematuridade e complicações de pós parto. Então, a que custo as grades curriculares são preparadas em termos de educação continuada ou educação permanente? O que é deixado passar por ser julgado menos relevante em ser evidenciado? A relevância de um ensino deve-se adaptar a realidade que pode-se ser encontrada, e na realidade brasileira falamos de negras, indígenas, europeias, ocidentais, falamos também sexismo, machismo, racismo, homofobia, preconceito e descaso.

O discurso sequencial evidencia o que facilitaria para uma ação efetiva de saúde, porém, ao mesmo tempo existe uma contradição no dizer desse profissional de enfermagem

ENF06 __Facilitaria ter capacitações, entre outras coisas, pra gente tá informado da politica! / mas// que pra mim, não serviria muito porque trato todos iguais.

A educação permanente fornece meios para a formação de uma consciência, em que o homem é colocado em interação com o meio onde vive, interagindo com a realidade e atuando como sujeito transformador em que a educação adulta é de forma pessoal e durável, sem um fim, fazendo parte de um processo de evolução em que todos alimentam um ciclo de mudanças e comportamentos, sendo dessa forma o cenário ideal para o estímulo de uma transformação social (FALKENBERG; MENDES; MORAES et al, 2014).

O enfermeiro como educador e prestador de serviços assistenciais deve alcançar as metas que possibilite a redução de discrepâncias assistenciais baseadas em racismo, sexismos e preconceitos, com base em atendimento humanizado, reflexivo e de forma acolhedora e não julgadora.

Para Fraga e Sanino (2015), o SUS vislumbra por meio da a educação permanente e continuada de seus profissionais um ponte para o alcance da equidade assistência trazidas fortemente nas ações afirmativas, em que a necessidade de preparo deva partir não somente de gestores e secretarias, mas também por profissionais de assistência direta às comunidades, além do mais há o reconhecimento da necessidade de abordar temas referentes a gênero, raça e cor na formação de nível superior e técnico das áreas de saúde.

A capacitação profissional voltada para a racionalidade crítica e englobando as ciências sociais são pontos primordiais para mudança significativa dos indicadores de saúde para a população negra, em que o entendimento sobre vulnerabilidades e melhoria assistencial evitaria os dizeres de “mas// que pra mim, não serviria muito porque trato todos iguais”, no qual a sensibilização é algo complexo a ser alcançado pela dificuldade de entendimento social e de inclusão a diversidades, que para Fraga e Sanino (2015) o que torna dificultoso o entendimento das diversidades e quesitos raciais é a falta de debate em uma sociedade que repete os dizeres de que “Há igualdade para todos”.

As respostas aos questionamentos sobre quais as dificuldades e facilidades para a atuação profissional relacionada à saúde da mulher negra embora tenha sido de forma unanime sobre cursos preparatórios, foi respondida como algo que deveria ser dito e não como um reconhecimento pessoal que evidencie a importância sobre tal preparação, podendo ser reformulada a ideia trazida no parágrafo anterior em que o entendimento deva ser

trabalhado com base nas diversidades e o profissional preparado com objetivo de pensar reflexivamente, e compreender a saúde como um contexto amplo em que a ‘igualdade para todos’ reverbere como uma verdade e não uma crendice popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa observou-se através dos discursos dos enfermeiros atuantes nas redes básicas de saúde um déficit de conhecimento relacionado à saúde da mulher negra, assim como a assistência que deveria ser prestada. Como ponto principal a ser levantado encontra-se o desconhecimento acerca da existência de doenças comumente encontrados na saúde da mulher negra, ligando-se também às ofertas de exames e à percepção profissional em relação às características da raça negra, desconhecimento referente à existência de políticas públicas como é o caso da PNSIPN, além da dificuldade da percepção sobre a importância de questionamentos de valores sociais e culturais dentro do ambiente de saúde.

Ainda podemos levantar a percepção sobre a sensibilização do profissional da saúde quando é trazido ao meio assistencial referências que abordem temas étnicos, raciais e sociais, em meio a questões também de disparidades de gênero e condições desfavoráveis, a resistência em conversar sobre tal assunto, juntamente com o receio de exposição trouxeram grandes dificuldades à pesquisa, outra grande dificuldade a ser elencada esbarra na resistência do profissional em contribuir para o meio acadêmico e científico, principalmente quando refere-se a temas que abordem assuntos de cunho social.

A percepção de que os profissionais não compreendem a integralidade e proporção de subjetividade de um indivíduo quando questionados sobre a saúde da mulher negra, mostra a dificuldade de inserir a importância dos reflexos sociais na assistência à saúde, manifestando desconhecimento do que existe por trás de uma prática assistencial.

A noção de necessidade de políticas específicas esbarra nesse não reconhecimento de singularidade que conta com toda uma carga histórica trazida de forma intrínseca em questões sociais, culturais e raciais. A partir do momento que existe a compreensão e sensibilização do profissional sobre a importância de uma atuação que modifique o conceito teórico-prático conhecido, produz um profissional crítico-reflexivo o suficiente para atuar de forma integral, permitindo a quebra da perpetuação do modelo biomédico, curativista e mecanicista.

Em suma, é de grande importância que a abordagem de assuntos não inicie-se somente em meios profissionais, mas sim, seja algo trabalhado em toda a formação acadêmica desse profissional, para que assim, a efetivação de políticas públicas e assistenciais a grupos minoritários seja realizada de forma a quebrar as barreiras do senso comum, seja algo debatido, estimulado e trazido para a luz das discussões de maneira que auxilie o entendimento sobre diversidades e necessidades, considerando as relações étnicas, raciais, culturais e sociais. Sendo também necessárias mais pesquisas que abordem sobre o tema,

estimulando ao profissional da saúde a pensar, refletir e tornar-se um sujeito ativo em sua colaboração e atuação em qualquer meio de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S et. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.22 n.5 p.637-42. 2014.

ASSIS, A.W. A; MARECO, R.T.M. A produção de sentidos em um enunciado jurídico. **Dialogo das Letras**, v. 01, n. 01, p. 123-134, 2012.

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: **Ministério da Saúde**, 2004.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL - Secretaria de Atenção à Saúde Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras [Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al.]. – **Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. , **Ministério da saúde departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, 2005.20 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL, L.L. - Michel Pêcheux e a teoria da análise de discurso: desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. **Linguagem - Estudo e Pesquisa**. Catalão-GO, v. 15, n. 1, p. 171-182 jan./jun. 2011.

BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F.: Saúde da população negra -. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. **Revista e Ampliada**- 2ed. - Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

CARVALHO, S.C. et al. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. Saúde e Sociedade. v.23, n. 2, abr./jun., 2014.

CUNHA, E.M.G.P.: Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Saúde da população negra -. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F. **Revista e Ampliada**- 2ed. - Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**. v.29 n.7 p. 1272-1275, jul, 2013.

CARVALHO, S.C. et al. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.2, p.711-718, 2014.

SOARES FILHO, A.M. S: recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F. – Saúde da população negra -. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. **Revista e Ampliada**- 2ed. - Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FRAGA, F.A; SANINO, G.E.C. Saúde da mulher negra passos e descompassos: ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel? **Revista da ABPN**. v. 7, n. 15, p.192-211, 2015.

FALKENBERG, M. B et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GODOY, A.S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. Universidade Presbiteriana Mackenzie **Gestão.Org**. v. 3, n. 2, mai./ago. 2005.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. - Métodos de pesquisa; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – **Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS**. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, A. M.T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 4, p.555-562, 2007.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 4, p. 620-626, 2006.

GOMES, A. M. T. **Silêncio, Silenciamento e Ocultamento na Terapia Anti-retroviral: desvelando o discurso de cuidadores de crianças**. 2005. 200f. Tese (Doutorado) -

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, PNAD -2008 - In: BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F. – Saúde da população negra -. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. **Revista e Ampliada**- 2ed. - Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

GOES, E.F; NASCIMENTO, E.R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**. v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013.

GOES, E. F; SANTOS, E.M. racismo, gênero e saúde no Brasil-. Tema: Perspectivas feministas de gênero: Desafio no campo das militâncias e das práticas. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife – PE. **18º-REDOR**, 2014.

GUEDES, C.R. **A imagem social de mulheres negras universitárias: a silhueta esculpida durante o processo de formação**- Dissertação de mestrado- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. p.137, 2012.

INOCÊNCIO, J.F.; SOUZA, M.M.T. A percepção do enfermeiro quanto à saúde do negro. **Revista Pró-UniversUS**. v.05, n.2, p. 11-17, Jul./Dez., 2014.

LEMOS, A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**. v. 1, n 2; p 220-227, 2011.

LIMA, A.S.G; VOLPATO, L.M.B. Saúde da mulher Negra e os determinantes: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica. Encontro de iniciação científica- ETIC,. 2014

LIRA, A.S. Análise da assistência ofertada às gestantes com Doença Falciforme, em Salvador-BA: o racismo nas tramas e enredos das redes do SUS / **Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva**. Universidade Federal da Bahia. Salvador: A.S.Lira, p. 84, 2015.

LINS, S.L.B; NUNES, A.L; CAMINO, L. O papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n.1, 2014.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros – in: Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos. **Pesquisa qualitativa em debate**. Bauru, 2004.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. v.3, n.3, p. 119-122, 2012.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12 n.4 p. 631-5. 2004

MONTEIRO, M. C. S. Direito à saúde e participação social: enfrentando o racismo e a desigualdade social. In: KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E; CASTRO, C. M.; LAGO, T. G.; SOUZA, S. R. (Org.). **Nascer com equidade**. São Paulo: Instituto de Saúde,. (Temas em saúde coletiva 11). 2010.

MONTEIRO, M.C.S. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. IN: Coleção “Negras e Negros: Pesquisas e Debates” Coord.: Tânia Mara Pedroso Müller Saúde da população negra / Werneck, J; Batista, L.E; Lopes, F.; **Revista e Ampliada-2ed** Brasília, DF : ABPN, p.328. 2012

MONTEIRO, S.S.; VIEIRA, W.; SILVA, P. É inerente ao ser humano! A naturalização das hierarquias sociais frente às expressões de preconceito e discriminação na perspectiva juvenil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.24 n. 2 p. 421-440, 2014.

MOREIRA, L.R; VIANA, D. A; JUNIOR, F.L. Racismo em um processo seletivo: sofrimento ético-político, exclusão e ideologia. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, Bahia, 2015.

CHEHUEN NETO, J.A.C; FONSECA, G.M; BRUM, I.V; SANTOS, J.L.C.T; RODRIGUES, T.C.G.F.; PAULINO, K.R; FERREIRA, R.E. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1909-1916, 2015.

OBA, M.V. et al. O ser mulher mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. **J Health Sci Inst.**; V.30,N 4, P.343-8, 2012.

ORLANDI, E. P. A análise de discurso e seus entre-meios: notas a sua história no Brasil. **Cad.Est.Ling.**, Campinas, v. 42 p.21-40, Jan./Jun. 2002

ROSA, P.L. F. S. **Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda em São Paulo**: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Cuidados em Saúde. 2013.

SERPA E.R. a intersecção de raça e gênero em duas políticas públicas em saúde no Brasil **Trabalho de Conclusão de Curso**. Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. 2015

SENNA, D.M.; LIMA, T.F. Saúde da população negra na atenção primária à saúde: a questão da violência. **Saúde da população negra** - Negras e negros: pesquisa em debates-. In: Jurema Werneck, Luís Eduardo Batista e Fernanda Lopes (orgs.). - Petrópolis, RJ: DP et Alii ; Brasília, DF : ABPN., 328p. 2012.

SILVA, E.F. III seminário Nacional de educação, diversidade sexual e direitos humanos - **Anais eletrônicos**. Vitoria, INSS: 2316-4948, 2014.

SILVA, E.G.; FONSECA, A.B.C. A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. In: BATISTA, L.E; WERNECK, J; LOPES, F. – Saúde da população negra -. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. **Revista e Ampliada**- 2ed. - Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

SILVA, R.S; SILVA, G.V.; BRESSANIN, J.A. Entre paráfrase e polissemia: a movência dos sentidos e dos sujeitos em “*saímos do Facebook*”. **Entrepalavras** – Fortaleza – 2017.

] SILVA, F.C.O. Etnia, Cor e Raça: Aspectos discursivos do uso institucional. Universidade de Brasília. (2007).

SILVA, T.D. Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda *in*: Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana

Mazzini Marcondes [et al.].- Brasília : **Ipea**, 2013.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez, 2013.

TAQUETTE, S.R. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/aids. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, supl.2, p.51-62, 2010.

VARGA, I.V.D; CARDOSO, R.L.C. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p.664-671, 2016.

VIEIRA, V.A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing, **Revista da FAE**. v.5, n.1, p.61-70. 2002.

XAVIER, A.S.G. **Experiências reprodutivas de mulheres com Anemia Falciforme**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.– Salvador, p. 109, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Questões norteadas:

1. Descreva sobre o seu conhecimento sobre a política integral de saúde a população negra.
2. Descreva a sua compreensão, enquanto enfermeiro da Atenção Básica, sobre as características da saúde da mulher negra:
3. Quais práticas cuidativas são realizadas, ou deveriam ser realizadas, em seu cotidiano assistencial na Atenção Básica direcionadas a saúde da mulher negra?
4. Quais os fatores que facilitam e dificultam a realização das práticas cuidativas a mulher negra neste nível de atenção?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Trabalhador (a) de Saúde,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “Saúde da mulher negra na Atenção Básica: discurso dos enfermeiros da estratégia saúde da família” que tem como objetivo analisar a assistência à saúde da mulher negra a partir dos discursos dos profissionais enfermeiros atuantes na Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer desconforto do entrevistado em decorrência de abordar um tema que requer conhecimento específico e ainda considerado delicado, principalmente por remeter a discriminação racial e falhas assistenciais. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: quebra do tabu que possa existir entre o meio profissional e a incitação à utilização de uma assistência igualitária e equitativa, a possibilidade de visibilidade ao tema e chamada de atenção dos profissionais a constante atualização referente a políticas públicas específicas a grupos minoritários e a importância de um debate sobre assuntos não tão discutidos explicitamente no meio social e profissional.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmica **Maisa Galdino Pereira (83) 99664-9925**; e Orientador da pesquisa **Profº. Dr. Marcelo Costa Fernandes: (85) 99922-1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A-TERMO DE ANUÊNCIA

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Cajazeiras, 24 de Fevereiro de 2017

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **“SAÚDE DA MULHER NEGRA NA ATENÇÃO BÁSICA: DISCURSO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** à ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) Maísa Galdino Pereira, sob a orientação do professor Dr. Marcelo Costa Fernandes está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,



Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenação Rede escola

ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ETICA