



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS MORAES

**ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO E
RAÇA/COR NA SAÚDE**

Santos
2016

MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS MORAES

**ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO E
RAÇA/COR NA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, nível Mestrado Profissional, da Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade – Campus Baixada Santista como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. CRISTIANE GONÇALVES DA SILVA

Santos
2016

M8275a

Moraes, Maria da Conceição Santos, 1966-
Atendimento às mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na Saúde. /
Maria da Conceição Santos Moraes; Orientadora: Profa .
Dra. Cristiane Gonçalves da Silva. – Santos, 2016.
163 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade
Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista,
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da
Saúde, 2016.

1. Violência. 2. Gênero. 3. Raça/cor. 4. Desigualdade
em saúde. 5. Atenção básica. I. Silva, Cristiane
Gonçalves da, Orientadora. II. Título.

CDD 610.7

MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS MORAES

ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO E RAÇA/COR NA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, nível Mestrado Profissional, da Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade – Campus Baixada Santista como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. CRISTIANE GONÇALVES DA SILVA

Em: 17 de Outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Patrícia Leme de Oliveira Borba
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Prof. Dr. Luís Eduardo Batista
Instituto de Saúde – São Paulo

Profa. Dra. Renata Gonçalves
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi (suplente)
Universidade Católica de Santos

*"Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem aprender a amar."
(Nelson Mandela)*

DEDICATÓRIA

À todas as mulheres negras em situação de violência ou não,
na esperança de que este estudo, possa de algum modo
contribuir para que elas se tornem menos invisíveis.

AGRADECIMENTOS

*Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza;
e temos o direito a ser diferentes quando nossa igualdade nos descaracteriza.*

*Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças
e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.*

(Boaventura de Souza Santos)

Agradeço a Deus, autor da vida, princípio e fim, pela força física e mental necessárias para chegar até aqui.

E agradeço a todas as pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para que eu pudesse realizar e concluir este Mestrado.

RESUMO

Mulheres em situação de violência têm marcas deixadas pela agressão, assim como profissionais da saúde revelam marcas invisíveis deixadas pelo atendimento prestado e que causam “desassossego”, o que demonstra os desdobramentos da experiência de violência na vida das pessoas e, portanto, da sua relevância. O **objetivo** principal desta pesquisa é compreender como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado às mulheres em situação de violência por profissionais de saúde da atenção básica do município de Santos. Especificamente, procura analisar os fatores que levam ao não preenchimento adequado do campo raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e, mapear a violência a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O universo estudado foi constituído por entrevistas com profissionais das unidades de saúde da região Central Histórica. A pesquisa teve caráter exploratório, utilizou como **estratégia** a triangulação com abordagem quanti-quali, entrevista aberta semiestruturada, análise estatística de série histórica da violência (2009 a 2013) e análise do diário de campo. Os **resultados** indicam que a violência contra a mulher é percebida a partir deste marcador, mas o mesmo não ocorre em relação a raça/cor, e portanto, indica não haver desdobramentos em cuidados específicos. Quanto ao preenchimento do quesito raça/cor observamos o desconhecimento do(a) profissional em relação ao motivo da autoclassificação, o que indica uma das razões do não preenchimento adequado do mesmo. O mapeamento da violência revela que: a incidência da violência se concentra na Região Central Histórica; ocorre contra a mulher, que sofre mais violência doméstica; há maior prevalência na raça/cor preta+parda; a faixa etária adulta mais atingida é entre 20 e 29 anos e o nível de escolaridade que predomina é o Ensino Fundamental. Como produto do Mestrado Profissional foi elaborada uma proposta de formação, na perspectiva da educação permanente a ser implementada na rede de atenção básica, para trabalhar com as temáticas centrais do estudo – violência, gênero e raça-cor.

Palavras-Chave: Violência. Gênero. Raça/cor. Desigualdade em Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

Women in violence situation have signals left by aggression as well as health professionals reveal invisible signals left by service made and cause “nuisance”, what demonstrate the unfolding of the violence experience in people’s lives and consequently of its importance. The main **purpose** of this work is to understand how the conceptions of genre and race/color appear in the service made by health professionals of the basic attention for women in violence situation in Santos. It is specifically analyzed the factors that lead for the incorrect filling of the question race/color in the violence notification card and to verify the violence from the database of the Information System of Aggravate Notification. The studied universe study was composed of interviews with professionals of health units by Historical Central region. The work has exploratory character and used as **strategy** the triangulation with the qualitative and quantitative approach, open structured interviews, statistical analysis of historical series of violence (2009 to 2013) and analysis of the information of field. The **results** indicate that violence against women is perceived from this marker but the same doesn’t occur in relation to race/color, and consequently, indicate that there isn’t unfolding in specific care. About the filling of the item race/color is observed the lack of professional regarding the reason for the self-classification, which may be one of the reasons for the inadequate filling of the same. The violence mapping reveal that: the incidence of violence concentrates in the Historical Central regions; being the woman who suffers more domestic violence; there is more prevalence in race/color, black and brown; the adult age group more affected is between 20 and 29 and the school level that predominates is the elementary level. As a product of professional master was prepared a proposal for training with the purpose of the continuing education to be implemented in the basic attention network to work the central theme of the study: violence, genre and race/color.

Keywords: Violence. Genre. Race/color. Difference in health. Basic Attention.

RESUMEN

Mujeres en situación de violencia tienen marcas dejadas por la agresión, así como profesionales de salud revelan marcas invisibles dejadas por el atendimento ofrecido y que causan “desasosiego”, lo que demuestra las consecuencias de la experiencia de la violencia en la vida de las personas y, por lo tanto, su relevancia. El principal **objetivo** de esta investigación es comprender como los conceptos de género y raza/color aparecen en el atendimento ofrecido a las mujeres en situación de violencia proporcionada por profesionales de salud desde el atendimento primario. Específicamente, trata de analizar los factores que llevan a no completar adecuadamente el campo raza/color en la Ficha de Notificación del acuse de la Violencia y mapear los datos de violencia a partir de la base de datos del Sistema de Información de la Notificación de Agravios. El universo de estudio estuvo constituido por entrevistas con profesionales de las unidades de salud de la Región Central Histórica. La investigación tuvo carácter exploratorio, utilizó como **estrategia** la triangulación con enfoque cuantitativo y cualitativo, entrevista semiestructurada abierta, análisis estadístico de la serie histórica de la violencia (2009-2013) y análisis del diario de campo. Los **resultados** indican que la violencia contra la mujer es percibida a partir de este marcador, pero lo mismo no se produce en relación a la raza/color y, por lo tanto, indica que no hay atención específica. Sobre completar el campo raza/color observamos el desconocimiento del(a) profesional en relación al motivo de la auto-clasificación, lo que indica una de las razones de no completarlo adecuadamente. El mapeo de los datos de violencia revela que: la incidencia de la violencia se concentra en la región Central Histórica; se produce contra la mujer, que es la principal damnificada en la violencia doméstica; hay una mayor prevalencia de la raza/color preta+parda; el grupo de edad adulto más afectado es entre 20 y 29 años, y el nivel de enseñanza que prevalece es la Enseñanza Fundamental. Como producto de la Maestría Profesional se ha desarrollado una propuesta de formación, en vista de la formación permanente, para ser implementada en la red del atendimento primario, para trabajar con los temas centrales del estudio - violencia, género y la raza/color.

Palabras clave: Violencia. Género. Raza/color. Desigualdades en salud. Atención primaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fragmento ilustrativo do Quadro do Processo de Análise.....	48
Quadro 2 - Categorias e Subcategorias de análise	51
Quadro 3 - Perfil dos(as) profissionais entrevistado(as).....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de Notificações de Violência e taxa de incidência, segundo sexo, ocorridas em Santos, 2013.....	25
Tabela 2 - Total de Notificações de Violência e taxa de incidência, segundo raça/cor, ocorridas em Santos, 2013.....	25
Tabela 3 - Óbitos por Causas Externas e incidência, segundo sexo e raça/cor, ocorridos em Santos - 2013.....	26
Tabela 4 - Total de Notificações de Violência, segundo mês e ano, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	55
Tabela 5 - Total de Notificações de Violência, segundo região da unidade notificadora e ano, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	56
Tabela 6 - Total de Notificações de Violência, segundo sexo e incidência, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	56
Tabela 7 - Total de Notificações de Violência, segundo faixa etária e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	57
Tabela 8 - Total de Notificações de Violência, segundo escolaridade e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	58
Tabela 9 - Total de Notificações de Violência, segundo tipo de violência e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	58
Tabela 10 - Total de Notificações de Violência, segundo raça/cor ignorado/sem preenchimento, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	59
Tabela 11 - Total de Notificações de Violência, segundo sexo, raça/cor e coeficiente de incidência, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	61
Tabela 12 - Total de Notificações de Violência, segundo região de ocorrência e incidência, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	62
Tabela 13 - Total de Notificações de Violência, segundo local de ocorrência e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.....	62
Tabela 14 - Total de Notificações de Violência, segundo autor da agressão e ano, ocorridas em Santos, 2009 a 201.....	63

SUMÁRIO

	Apresentação.....	14
1	Introdução.....	17
	1.1 Violência e Saúde Pública: gênero e raça.....	17
	1.2 Violência e Saúde Pública: sobre alguns dados epidemiológicos.....	24
	1.3 Violência e Saúde Pública: este estudo.....	28
	1.4 Resgate Histórico.....	29
	1.5 Um retrato do racismo à brasileira.....	33
2	Objetivos e Método.....	40
	2.1 Objetivo geral.....	40
	2.2 Objetivos específicos.....	40
	2.3 Método.....	40
	2.3.1 Tipo de estudo.....	40
	2.3.2 Procedimentos, técnicas e universo estudado.....	41
	2.3.3 Notas sobre o trabalho de campo.....	43
	2.3.4 Análise quantitativa do banco de dados da violência.....	46
	2.3.5 Análise qualitativa das entrevistas.....	47
	2.3.6 Aspectos éticos.....	49
3	Resultados e Discussão.....	51
	3.1 Mapeamento da violência em Santos/SP – série histórica de 2009 a 2013..	53
	3.2 Análise das entrevistas.....	64
	3.2.1 Categoria: Atendimento à mulher em situação de violência.....	65
	3.2.2 Categoria: Quesito Raça/Cor.....	76
	3.2.3 Categoria: Mulher Negra.....	87
	3.2.4 Categoria: Racismo.....	98
	3.3 Diálogo entre mapeamento da violência, conteúdo das entrevistas e o campo.....	113
4	Considerações Finais.....	123
5	Referências.....	129
	Apêndice A - Roteiro da Entrevista Semiestruturada.....	139
	Apêndice B – Produto Técnico,.....	142
	Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	155
	Anexo II - Termo de Consentimento de Coleta de Dados (TCCD).....	158
	Anexo III - Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD)....	159
	Anexo IV - Carta de Consentimento Institucional.....	160
	Anexo V - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	161

APRESENTAÇÃO

Violência, gênero e etnia/raça/cor são temas que me acompanham há pelo menos 20 anos, quando iniciei um trabalho voluntário como psicóloga e coordenadora do Curso “Pré-vestibular Comunitário para Afrodescendentes e Carentes” nos projetos Educafro e Afrosan e, concomitantemente, realizava um curso cujo trabalho de conclusão foi uma pesquisa sobre a *Projeção de Sombra¹ na etnia negra*. Entendo que, ali, me despertava a vontade de conhecer, investigar e aprofundar esta temática. Desde então, trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP), que é o órgão responsável pelas doenças e agravos de notificação compulsória e, dentre eles a violência.

Atuo desde 2007 na Vigilância das Violências, uma das atividades da Saúde de Atenção às Violências, como Interlocutora entre município e Estado, tendo como instrumento de trabalho a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

O trabalho na Vigilância Epidemiológica associada a essa vontade levou-me em 2006 a participar do Curso de Educação a Distância da Fiocruz/Ministério da Saúde sobre os Impactos da Violência na Saúde. O mesmo forneceu subsídios, possibilitando-me assim escrever o primeiro Projeto “Santos e a Cultura da Não-Violência” no ano de 2007, foi selecionado pelo Ministério da Saúde, para repasse de verba ao município, sendo implantado para trabalhar no enfrentamento da violência, promoção da saúde e Cultura de Paz a partir da Ficha de Notificação da Violência. Surgiram então outros projetos², ainda em andamento, que visam ações de prevenção e promoção de saúde, além da implementação de políticas públicas.

Em 2006, estrutura-se a Vigilância das Violências do município de Santos com início do processo de educação permanente, voltada aos(as) profissionais de saúde da rede pública e privada, por uma formação que tinha como objetivos a divulgação e preenchimento da Ficha de Notificação de Violência, a pactuação coletiva de fluxos de encaminhamentos e atendimento às pessoas em situação de violência. Naquele momento, investiu-se no “treino do olhar” para subsidiar o(a) profissional para reconhecimento de sinais e comportamentos de pessoas em situação de violência e na importância do trabalho em rede para efetivar encaminhamento e atendimento mais adequados visando evitar que a pessoa seja

¹ Sombra, conceito da psicologia de Carl Gustav Jung, que segundo Silveira (1994) faz parte da personalidade do indivíduo e engloba tudo aquilo que se tenta manter escondido, se quer negar, que nos desagrada em nós, ou simplesmente é totalmente desconhecido de si mesmo, cuja tendência é projetar no outro. Ela não é só pessoal, mas também é denominada sombra coletiva.

² “Santos e a Cultura da Paz” (2008); “Cultivando a Paz” (2009); “Santos e a Paz nas Escolas” (2011) e “Paz no Trânsito” (2012).

encaminhada a serviços de saúde que não são referências em violência, tendo que relatar e rememorar a agressão repetidas vezes, sem obter uma solução e/ou resposta para sua situação, podendo levar a uma situação de revitimização.

O trabalho que desenvolvo pode ser descrito da seguinte forma: ao receber as Fichas de Notificação de Violência das unidades públicas (Unidade Básica de Saúde, Programa de Saúde da Família, Pronto Socorro, Escola, Serviços da rede de Assistência Social, dentre outras) e privadas (Hospital) realizo a análise das mesmas quanto ao seu preenchimento, digito-as no banco de dados SINANNET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (DATASUS/MS), produzo relatórios para divulgar os dados e também realizo capacitações aos(as) profissionais de saúde da rede pública e privada visando possibilitar a implantação de políticas públicas de atenção e prevenção à violência no município.

Ao longo de minha vida profissional, meu envolvimento foi só aumentando, bem como o quantitativo das Fichas de Notificação de Violência recebidas pela Vigilância. Apesar de reconhecer que ainda há subnotificação da violência no município de Santos bem como no Brasil. Quando fui nomeada Membro do Grupo de Trabalho sobre Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde, conforme Portaria no 062/2012-SMS, surge a possibilidade de atuar mais efetivamente na busca pela equidade no SUS que me levou em 2011 a participar de uma Oficina para Capacitação do Quesito Raça/Cor promovida pelo Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra da Região da Mata Atlântica da Baixada Santista, sendo as oficinas realizadas pelo Instituto AMMA Psique e Negritude de São Paulo. A mesma me abriu os olhos para a profundidade da realidade e das consequências do racismo no Brasil.

Assim, racismo como uma manifestação da violência e, violências cometidas com base na diferença de gênero entre mulheres e homens, estão, portanto presentes no trabalho que realizo, na função ocupada na Secretaria de Saúde.

O contato cotidiano com as Fichas de Notificação de Violência, bem como a compilação dos dados das mesmas para elaboração de relatórios, mobilizaram-me para definição do tema desta pesquisa: o atendimento na rede pública de saúde às mulheres em situação de violência, compreendendo que estão envolvidas questões de gênero e raça que, posteriormente, levou-me ao Mestrado Profissional, justamente por ser uma modalidade de mestrado que implica em produção do conhecimento a partir da problematização das próprias práticas, oferecendo elementos para pensar educação e saúde, com o planejamento, implementação e avaliação das ações educativas no espaço profissional previsto como produto deste tipo de mestrado.

Portanto, encontrei no Mestrado Profissional a possibilidade de estudar as

temáticas de violência de gênero e racismo às pessoas em situação de violência, buscando compreender como os(as) profissionais de saúde prestam atendimento às mulheres em situação de violência e, como o atendimento se define a partir de determinadas concepções de gênero e de raça/cor presentes no repertório de vida destes profissionais. Ou seja, aproximar-se do que o(a) profissional de saúde pensa sobre estas questões e como lida com a mulher em situação de violência, e a mulher negra, considerando também como é realizada a coleta do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência.

Estudar esta temática está relacionada ao fato de ser uma mulher negra, misto de prazer e dor. Prazer pela oportunidade de aprofundar e produzir conhecimento e ter a possibilidade de dialogar com autores(as) e divulgar os resultados do trabalho. Dor ao lembrar o sofrimento que a população negra sofreu no passado com a escravidão, e ainda sofre no presente de forma muitas vezes velada, camuflada e interseccionada com a exclusão social. Se considerarmos que temos apenas um século (127 anos) de “liberdade” contra quatro séculos (388 anos) de escravidão e que os(as) negros(as) foram arrancados de suas terras e trazidos(as) em condições sub-humanas para um lugar distante, evidenciamos uma violência muito grande que deixa consequências profundas. Como diz um Provérbio africano: “Quebre suas correntes, e você será livre. Corte suas raízes, e você morre”.

Esta temática está, portanto implicada na minha vida que, diante dos dados de violência que tomo conhecimento trabalhando, pesquisando ou pela mídia, acredito que seja uma temática premente de ser estudada, e que a divulgação de seus resultados possibilite criar espaços de reflexão visando fomentar a promoção da equidade, particularmente para a mulher negra.

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Violência e Saúde Pública: gênero e raça

A violência é considerada um grave problema de saúde pública, de acordo com documento da Organização Pan-Americana da Saúde (1994, p. 5) “[...] a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países [...]”. Assim como afirma Minayo e Souza (1998, p. 520):

[...] a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo.

Segundo Gomes, Minayo e Silva (2005, p. 118) “[...] a violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos”. Este dado não deve ser ignorado num país onde há uma lei específica que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, Lei Federal Nº 11.340 (BRASIL, 2006) de 07 de agosto de 2006, que leva o nome de Maria da Penha, mulher, brasileira, vítima de violência doméstica que, a partir da sua própria experiência, inicia movimento para implementação de uma legislação específica. A violência contra a mulher parece evidenciar que ela ainda não é considerada sujeito, e nem sujeito de direito, como afirma Souza (2005, p. 94), “[...] o ‘sujeito do direito’, no mundo moderno, não incluía inúmeros segmentos da população, entre eles negros, mulheres e homossexuais”.

Entende-se gênero como uma construção social, mas que é também uma categoria analítica que permite conhecer a sociedade a partir do modo como se organiza, definindo papéis em termos do que é classificado como masculino e feminino, ou seja, sobre as condições para ser um homem ou uma mulher. De acordo com Mead (1969) e Clastres (1978) a sociedade “treina” mulheres e homens para exercerem seus papéis. Existem diferenças físicas, mas seu significado é dado pela cultura, que transcende as diferenças corporais, determinando o lugar da mulher e do homem.

Scott (1989, p. 21) define gênero como “[...] um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos [além de] uma forma primeira de significar as relações de poder”. A violência de gênero -contra a mulher- é pautada, portanto,

nas desigualdades destas relações, nas quais culturalmente o masculino é legitimado e identificado à força e, o feminino à fragilidade e submissão.

Gênero é conceito, mas também uma palavra e tem dinâmica própria, dada pela história, que não é linear. Dependendo de quem conta a história tem-se uma perspectiva, ou seja, pode-se olhar para a história considerando ou não o protagonismo das mulheres. Gênero rejeita o binômio que se baseia no determinismo biológico, rompe com essa ideia, pois não considera só o corpo, mas a construção social. Esse rompimento com o determinismo biológico significa que o sentido de gênero ultrapassa o que é determinado por meio dos genes e define-se no significado atribuído pela cultura às diferenças.

Quando pensamos em gênero e raça no campo da saúde, estamos pensando necessariamente nas consequências do preconceito e da discriminação, como previsto no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. De acordo com este documento “[...] a discriminação de gênero, raça e de etnia acentua desigualdades e contribui para a configuração de padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.” (BRASIL, 2004, p. 22).

De acordo com Castro (2005, apud ZANETTI e SACRAMENTO, 2013, p. 26):

O racismo, o sexismo, o adultismo que temos em nós se manifesta de forma sutil, não é necessariamente intencional e percebido, mas dói, é sofrido por quem os recebe, então são violências. E marca de forma indelével as vítimas, que de alguma forma somos todos nós, mas sempre alguns, mais que os outros, como as mulheres, os negros, os mais jovens e os mais pobres.

Conceituando o racismo de acordo com Pereira (2001, p. 173-174) observamos que:

O racismo deve ser entendido como um complexo de ideias, atitudes e ações sociais centradas em alegadas diferenças biológicas dos indivíduos em interação social. Esse complexo abrange desde predisposição psicológica para a ação social, que são atitudes e opiniões desfavoráveis em relação ao “outro” racial (preconceito), que poderão ou não ser verbalizadas, passa pela ação ou comportamento social real que cerceia ou mesmo impede o “outro” de ampliar seus espaços sociais (discriminação), chegando até a confiná-lo a espaços físicos, com limites bem definidos (segregação).

Nogueira, I. B. (2008, p. 42) nos explica de uma forma interessante o significado e diferenciação dos termos preconceito, discriminação e racismo ao dizer que:

[...] o preconceito nos faz preservar nossa identidade, nosso caráter identitário. Por exemplo, se eu sou corintiana obviamente acharei que os são-paulinos são um horror. Direi: ‘o São Paulo é péssimo, ele não joga. Já o Corinthians por mais que perca, é o melhor time do mundo.’ Nesse caso, o preconceito ajuda a me perceber parte de um grupo. Em outros casos, ele ajuda a me perceber parte de um lugar, de uma etnia, de um conjunto de valores. A discriminação é mais perigosa, porque segrega. Voltando ao exemplo das torcidas: quando eu impeço os são-paulinos de ir para o estádio, estou discriminando. Agora, o dia em que eu disser: ‘todos os são-paulinos devem morrer’, eu estou obviamente sendo racista. O racismo busca se justificar em ‘supostas inferioridades’ de ordem biológica, se liberando para o descarte.

Para pensar violência e saúde relacionadas a gênero e raça, é preciso ter em conta que a população negra ainda sofre com as desigualdades sociais decorrentes da escravidão. Mesmo com os avanços registrados, Soares, S. (2008, p. 132) afirma que “[...] a situação da população negra no país continua bastante vulnerável [...]”. O que reforça a necessidade de implementação de políticas dirigidas para a população negra. Segundo Jaccoud (2008, p. 62):

[...] a discriminação racial e o racismo, atuando de forma a restringir a igualdade de oportunidades e alimentando o processo de manutenção da população negra nas piores posições da sociedade brasileira passaram a ser objeto cada vez mais presente em debates e foco de proposições.

A “Saúde é uma questão ‘humana vital’ e o reconhecimento do impacto das desigualdades raciais na saúde da população negra e, em especial, das mulheres negras é uma problemática [...]” (SOUZAS, 2008, p. 6). O que exigiu reconhecimento do Ministério da Saúde com atenção à saúde das mulheres negras, revelando dentre outros que:

[...] por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras [em sua maioria] têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério, além de maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças. (BRASIL, 2005, p. 7).

O Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de um dos seus princípios, tenta garantir a universalização do acesso à saúde. Entretanto de acordo com o Suplemento Saúde - da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, ainda persistem diferenças de acesso entre brancos e negros, o que demanda a adoção de políticas específicas (JACCOUD, 2008, p. 164-165).

Negros e negras do Brasil estão nas camadas sociais mais pobres, o que gera uma crônica situação de desigualdade, agravada pelo racismo, este responsável pelas diversas formas de discriminação presentes em seu cotidiano, dentro e fora das instituições, razão porque esta população é mais vulnerável ao sofrimento por violências. (BRASIL, 2008, p. 20).

A coleta do quesito raça/cor é uma das estratégias para que se cumpra o princípio do acesso universal a saúde. Afirma-se isto porque, de acordo com orientações da política de saúde, coletar o quesito cor ou raça/etnia “[...] torna os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais.” (SÃO PAULO, 2009, p. 16). O conhecimento destes dados possibilita melhorar a qualidade dos serviços de saúde e do sistema de informação do SUS. O município de Santos, com o apoio da gestão da Secretaria de Saúde, foi pioneiro no Brasil contribuindo para a criação do 1º Comitê Técnico

Regional da Saúde da População Negra em 2006. No mesmo ano foi implantada a coleta do quesito cor³, e posteriormente foram realizados Seminários sobre Saúde da População Negra. Entretanto, apesar da sua implantação, a coleta do quesito cor não é realizada adequadamente nas unidades, pois muitas vezes as Fichas de Notificação de Violência vêm com este quesito/campo sem preenchimento ou ignorado. Não seria errado pensar que a ausência do monitoramento após sua implantação contribui para esta situação.

A inclusão da variável raça/cor nas informações estatísticas é relativamente nova na saúde. Em 1996 a coleta do quesito cor foi feita no preenchimento de alguns documentos, tais como declaração de nascidos vivos e de óbitos. A ampliação de sua coleta foi uma reivindicação das lutas dos movimentos sociais que representavam a população negra, tendo resultado vitorioso a entrada do campo raça/cor no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A demarcação de um campo na saúde que tenha como foco as especificidades de saúde da população negra também é reivindicação dos movimentos sociais, com grande impulso na década de 1980, feita pelos(as) ativistas dos Movimentos Negros e de pesquisadores(as) que argumentavam sobre a relevância desta informação para a saúde, visando à elaboração de políticas (BRASIL, 2013, p. 10). Como resultado temos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2009, fruto das lutas e reivindicações supracitadas, cujo “[...] propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde [...]” (BRASIL, 2013, p. 7).

Para as políticas de saúde e para atuação profissional é essencial que se conheça a realidade da população negra, uma vez que “[...] conhecendo a situação de saúde da população, pode-se estabelecer metas e estratégias para melhoria dos problemas de saúde” (SÃO PAULO, 2009, p. 17).

Para promoção da equidade em saúde também é fundamental que se tenha conhecimento sobre as relações entre os marcadores sociais da diferença e as condições de acesso e tratamento em saúde, considerando que os marcadores sociais da diferença são centrais para compreender como se constituem socialmente as desigualdades e hierarquias entre as pessoas. São diferenças construídas pela sociedade, mas tidas como se fossem ‘naturais’, conforme afirma Almeida (2010) do Núcleo de Estudos dos Marcadores Sociais da Diferença – NUMAS. Portanto, quando pensamos na intersecção do gênero com a raça, isso nos remete aos marcadores sociais da diferença, que segundo Mello e Gonçalves (2010,

³ A implantação da coleta do quesito raça/cor se deu no Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRT/AIDS) e em todas as Unidades Básicas de Saúde com a capacitação de profissionais da saúde.

p.163) “são socialmente definidos para delimitar, classificar, hierarquizar e padronizar”. E, ao discutir gênero e raça, significa trabalhar numa perspectiva interseccional. A interseccionalidade é um conceito analítico, ou seja, permite ler e interpretar a realidade para melhor atuar sobre ela visando a sua transformação (Mello e Gonçalves, 2010), e compreende a existência simultânea de diferentes fatores, como vulnerabilidades, violências, discriminações.

Raça/cor e gênero são, portanto, marcadores sociais da diferença, considerados como eixos de poder distintos e mutuamente excludentes. Na verdade, eles frequentemente se sobrepõem e se entrecruzam, criando intersecções complexas, conforme Crenshaw (2002). Logo, os marcadores precisam ser articulados com outros eixos como violência, sexismo, racismo e devem ser analisados à luz do conceito de interseccionalidade. “Trata-se de um conceito que afirma a coexistência de diferentes fatores (vulnerabilidades, violências, discriminações), também chamados eixos de subordinação, que acontecem de modo simultâneo na vida das pessoas” conforme a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (2010, p. 3-4). De acordo com Mello e Gonçalves (2010, p. 163), que utilizaram a interseccionalidade para pensar as desigualdades e a forma que afetam a saúde, este conceito tem grande utilidade, o que é ratificado por Crenshaw (2002, p. 178), pois “[...] uma gama de violações de direitos humanos fica obscurecida quando não se consideraram as vulnerabilidades interseccionais [...]”.

São muitas as políticas públicas que consideram a mulher e suas vulnerabilidades, como por exemplo: o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra Mulheres, ou ainda a própria Lei Maria da Penha, Lei Federal Nº 11.340 (BRASIL, 2006) de 07 de agosto de 2006, que é uma das formas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra as mulheres, e em seu artigo 2º estabelece que:

Toda mulher, independente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhes asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. (FERNANDES, 2012, p.199).

Considerando que:

De fato, as lutas das mulheres negras por equidade se desenvolvem ao longo dos séculos e devemos reconhecer que têm sido parte fundamental dos amplos segmentos que constroem cotidianamente o Brasil como nação. Ainda que violentamente invisibilizadas – pois atuam num contexto de racismo e sexismo – colocam a disposição da sociedade séculos de lutas, de pensamento a serviço da ação transformadora. (WERNECK, 2013, p. 3).

Gênero e raça são, portanto, discussões necessárias para a busca da equidade, levando a elucubrações sobre temas relevantes e muitas vezes ocultos e por vezes relegados à sombra. É como se a sociedade criasse lugares de sombra para não lidar com as coisas que lá estão, fazendo com que se perpetue o modo como as coisas acontecem, ou seja, perpetuando a violência contra a mulher, as situações de injúria racial e racismo, como vemos na mídia, e em diversos estudos, além de ser algo vivenciado no cotidiano de muitas pessoas no país e no mundo. A sombra, entendida a partir do conceito da psicologia de Jung, abriga elementos da nossa personalidade, que nos desagradam e os quais, negamos e/ou desconhecemos. De acordo com Silveira (1994, p. 96), a sombra “ultrapassa os limites do pessoal e alonga-se na sombra coletiva [...], veremos então homens civilizados, quando reunidos em massa [...] caírem presas de preconceitos coletivos de discriminações raciais”.

O conceito de sombra, parte do inconsciente coletivo e assemelha-se ao conceito de Imaginário Social de Spink (1993, p. 305) definido como “[...] um conjunto cumulativo das produções culturais que circulam numa determinada sociedade sob a forma as mais variadas: iconografia, literatura, canções, provérbios, mitos”. Arriscamos então, um questionamento: estaria o imaginário social ou o inconsciente coletivo dos(as) profissionais atuando, através da sombra, na produção do racismo no setor Saúde?

O ser humano na sua natureza é preconceituoso. Para criar o caráter identitário, temos como base o preconceito. O preconceito ajuda a diferenciar um grupo de outro. Agora, quando esse viés da natureza humana se exacerba, caímos na discriminação e quando ela se fecha absolutamente caímos no racismo. A partir daí é o horror. Hitler não nos deixa mentir acerca das consequências do racismo. (NOGUEIRA, I. B., 2008, p. 42).

Acreditamos que este estudo se pautou no reconhecimento de que a saúde da população negra demanda atenção e cuidados específicos nos quais, segundo Souza (2008, p. 9), “[...] o Quesito Cor [apesar de não ser garantia] antes de tudo possibilita a percepção, monitoramento e a compreensão das desigualdades desde o ponto de vista das relações raciais no Brasil”, possibilitando também condição para um atendimento mais adequado, ou seja, tratando diferentemente os desiguais sem reverter em privilégios ou discriminação, conforme Goulart e Tannús (2007, p. 61).

O preenchimento do quesito cor, como dito, não é garantia de equidade na saúde, mas segundo Kalckmann (2003, p. 32) “[...] autores que tratam da temática ‘saúde e etnia/raça’ são unânimes em explicitar a necessidade do registro de informações sobre o quesito cor nos prontuários dos Serviços de Saúde”. Para citar alguns, Souza, V. C. (2003, p. 28) refere que:

O quesito cor é um item de fundamental importância na área de saúde e sua presença nos formulários de identificação médica consiste em uma antiga reivindicação do movimento social negro, uma vez que permite ampliar substancialmente o conhecimento sobre doenças e mortalidade desse grupo racial.

Ainda sobre o preenchimento do campo raça/cor nos formulários de saúde, Araújo *et. al.* (2010, p. 242) coloca que “o não preenchimento ou o preenchimento inadequado do campo raça/cor nos formulários de saúde dificulta os trabalhos de pesquisa e o resultado de estatísticas relacionadas a este quesito nos sistemas de informações do SUS”. Desta forma, o preenchimento do quesito cor qualifica a informação em saúde, pois é uma variável possível de monitoramento, possibilita conhecer do que adoecer e do que morre a população negra, além de possibilitar sua utilização como um instrumento de gestão na identificação das necessidades e demandas da saúde da população em geral. Inclusive, de acordo com Oliveira (1999, p. 419) “[...] cresce a compreensão nos meios científicos de que as imagens epidemiológicas necessitam incorporar a interpenetração das variáveis sexo/gênero, raça/etnia e [até] classe social para retratar a realidade com maior fidelidade”.

Segundo Oliveira (2002, p. 44-45) muitas pesquisas sobre práticas racistas e saúde, relacionadas à população negra, foram realizadas no mundo, dentre elas a pesquisa publicada em 2000 pelo *Annals of Emergency Medicine*, da Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, EUA, revelando que “[...] negros receberam menos remédios para dor”. Assim como outras, envolvendo questões raciais como na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, na qual o pesquisador Dr. Knox Todd afirma que:

[...] a diferenciação racial na prescrição de analgésicos não se deve às diferenças na dor avaliadas pelos médicos como relatado pelos pacientes: estereótipos raciais podem de maneira inconsciente e insidiosa atuarem neste momento, afetando o modo como os médicos atendem os pacientes [...].

No Brasil, um estudo da cientista política Diva Moreira (2000) sobre as desigualdades e as discriminações raciais no “campo médico” referido por Oliveira (2002, p. 46):

[...] mostrou-se adequado para se entender o fenômeno das desigualdades raciais no campo da saúde. Apesar de lacunares, as falas das mulheres negras sinalizaram que o universo médico-hospitalar é constitutivo de uma lógica discriminatória e fundada em concepções e mitos hegemônicos na sociedade brasileira, como os da democracia racial e do racismo cordial.

Domingues *et. al.* (2013, p. 291) relatam que “[...] a existência da discriminação racial e de gênero e dos seus impactos sobre a saúde reprodutiva das mulheres negras precisa ser reconhecida por profissionais e instituições de saúde”.

Observamos que a classe social está relacionada ao trabalho precário, exercido

pela população negra, sendo possível se ter uma melhor compreensão do adoecimento.

De acordo com Moura (1988) o negro após a Abolição foi socialmente logrado como incapaz de trabalhar como assalariado, já que era considerado como mão de obra não aproveitável e marginalizado. E então, couberam-lhe somente trabalhos precários, ou seja, “todo subtrabalho, o trabalho não-qualificado, braçal, sujo e mal remunerado [...] “. (2008, p. 72).

Portanto é com preenchimento adequado do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência que se torna possível realizar a tabulação e o cruzamento dos dados, para obter um panorama da violência desagregado por raça/cor possibilitando compreender a dinâmica do processo saúde e doença a partir deste marcador social e elaborar políticas de saúde para a população negra de forma integral, visando assim contribuir para a equidade em saúde.

1.2 – Violência e Saúde Pública: sobre alguns dados epidemiológicos

Quando discutimos gênero enquanto categoria analítica que nos ajuda a compreender a sociedade, estamos nos referindo a construção do feminino e do masculino. Aqui, estamos focando mulheres negras pela condição de desigualdade que ser mulher e negra impõem. Ser mulher e negra implica ser desconsiderada duplamente, pois “[...] são as mulheres negras que sofrem a mais pesada carga de discriminação, vivendo uma situação de dupla diferenciação: de gênero e raça/etnia” (BRASIL, 2008, p. 31). Ou ainda segundo Arraes (2014):

[...] a negligência sofrida pelas mulheres negras, seja no Brasil ou no continente africano, denuncia a potencialização do racismo com os valores machistas dominantes em tantos lugares do mundo; sobretudo porque esses fatos expõem as bases da discriminação vivida atualmente, construída sobre os alicerces escravistas e etnocêntricos de uma cultura que inferioriza a negritude e o feminino.

De acordo com os dados de violência apresentados a seguir, é possível evidenciar e, ao mesmo tempo, justificar a relevância deste estudo. É possível observarmos, por exemplo, o comportamento da violência no ano de 2013 com relação a gênero e raça/cor no município de Santos. Destacamos que a incidência da violência recaiu sobre o sexo feminino, com 213 casos, que apresentou maior incidência que no sexo masculino, ou seja, ocorreram 9,36 casos no sexo feminino para cada 10 mil habitantes (Tabela 1). Com relação a raça/cor

prevalece a parda com 9,50 casos para cada 10 mil habitantes seguida da raça/cor preta com 7,59/10 mil habitantes (Tabela 2).

Tabela 1. Total de Notificações de Violência e taxa de incidência, segundo sexo, ocorridas em Santos, 2013

Sexo	População*	Frequência	Taxa**
Feminino	227.488	213	9,36
Masculino	191.913	152	7,92
Total	419.401	365	8,70

Fonte: SINANNET/SEVIEP/Fichas de Notificação, dados provisórios sujeitos a alterações.

* População segundo censo do IBGE/2010

** Incidência por 10 mil habitantes

Tabela 2. Total de Notificações de Violência e taxa de incidência, segundo raça/cor, ocorridas em Santos, 2013

Raça/Cor	População*	Notificação	Taxa**
Branca	300.582	216	7,18
Preta	19.755	15	7,59
Parda	93.654	89	9,50
Amarelo	4.610	1	2,16
Indígena	579	-	-
Indeclarada	-	44	-
TOTAL	419.401	365	8,70

Fonte: SINANNET/SEVIEP/Fichas de Notificação, dados provisórios sujeitos a alterações.

* População segundo censo do IBGE/2010

** Incidência por 10 mil habitantes

Segundo BRAH, (2006, p. 355) “a desigualdade social passa a ser personificada nos corpos dos grupos sociais dominantes – os brancos, homens ou heterossexuais em relação ao racismo, sexismo ou heterossexismo [...]”. Que de acordo com Gonzalez e Hasembalg (1982) há uma ordem incontestável que é: homem branco, mulher branca, homem negro [e por fim], mulher negra.

Tabela 3. Óbitos por Causas Externas e incidência, segundo sexo e raça/cor, ocorridos em Santos, 2013

Sexo	Raça/Cor	População residente	Óbitos por Causas Externas	Incidência**
Feminino	Branca	176.078	69	3,92
	Preta + Parda	44.473	9	0,51
	Amarela	2.150	–	–
	Indígena	383	–	–
	Sem declaração	611	–	–
	Ignorado/Sem Preench.		4	0,23
	Total	223.695	82	4,66
Masculino	Branca	146.425	125	8,54
	Preta + Parda	42.815	86	20,09
	Amarela	1.764	1	5,67
	Indígena	328	–	–
	Sem declaração	720	–	–
	Ignorado/Sem Preench.	0	3	–
	Total	192.052	215	11,19
Total	Branca	322.503	194	6,02
	Preta + Parda	87.288	95	10,88
	Amarela	3.914	1	2,55
	Indígena	711	–	–
	Sem declaração	1331	–	–
	Ignorado/Sem Preench.		7	–
	Total	415.747	297	7,14

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

** Incidência por 10 mil habitantes

Observamos com relação à mortalidade que ocorre uma inversão entre os sexos, aqui é o masculino que se evidencia, diferentemente da violência doméstica ocorrida entre as mulheres, conforme observado nos dados de mortalidade de Santos de 2013 referentes às Causas Externas⁴ tabulados no DATASUS, que é o Departamento de Informática do SUS, (Ministério da Saúde). Pelas informações desagregadas por sexo e raça/cor, observamos que dos 297 óbitos ocorridos no município a incidência é maior no sexo masculino e na raça/cor preta+parda com 20,09 óbitos por 10 mil habitantes (Tabela 3).

Ao complementarmos os dados das notificações de violência, citando os dados de mortalidade de 2013, de acordo com o DATASUS/MS, observamos que a agressão, por causas externas é sofrida em sua maioria pelos homens e em via pública⁵ com 43 óbitos do sexo masculinos contra 7 do feminino. Enquanto as mulheres sofrem mais violência doméstica e dentro do espaço residência, como se verá mais adiante, os homens, sofrem mais agressão fora da residência, nos espaços públicos.

Uma das respostas do SUS à violência são as políticas públicas implantadas no Brasil com relação a gênero e raça/cor, como por exemplo, a Política Nacional de Saúde

⁴ Causas Externas correspondem aos eventos relacionados aos acidentes e violências. Dados obtidos no site DATASUS/MS/SVS/CGIAE (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>).

⁵ DATASUS/MS – tabulação realizada referente óbitos sexo e local de ocorrência (via pública).

Integral da População Negra, publicada em 13 de maio de 2009 através da portaria nº 992 marco político que visa “[...] promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2013, p. 19). Além de orientar para que sejam criadas condições para promoção de igualdade étnica/racial, ressaltando a necessidade de se conhecer as doenças específicas de cada grupo étnico para uma saúde com mais equidade. Podemos entender também como resposta à violência de gênero do SUS o Plano Nacional de Política para as Mulheres (2012-2015) que trata da igualdade e do respeito à diversidade, da equidade e autonomia das mulheres.

A própria Ficha de Notificação de Violência é também uma resposta do SUS, já que possibilita conhecer a realidade da violência nos municípios, estados e país. Como no Brasil a violência contra a mulher é considerada agravo de notificação compulsória desde 2003, foi a partir da Ficha de Notificação da Violência, um instrumento nacional que ela passou a ser notificada. No ano de 2006, o instrumento é ampliado para permitir, notificação de violência contra criança, adolescente e pessoa idosa. E em 2015 passou a considerar o nome social, identidade de gênero e orientação sexual da pessoa em situação de violência. O termo racismo também consta como um campo da Ficha, ou seja, como um quesito indicativo pelo qual a violência também pode ser motivada, gerada ou determinada.

Também, por meio desta Ficha e do preenchimento adequado do quesito raça/cor, é possível o acesso à informação de dados desagregados por raça/cor visando à promoção da saúde da população, ainda que haja a subnotificação da violência e/ou mesmo o preenchimento do quesito raça/cor de modo inadequado, considerando que muitas vezes esta variável da Ficha de Violência esteja sem preenchimento ou conste ignorado.

No campo da atenção às violências no SUS, escolhemos entender o atendimento na atenção básica, reconhecidamente a porta de entrada na rede de Saúde e implicada diretamente na promoção da saúde e a prevenção de agravos, dentre eles a violência. Considerando que os profissionais de saúde deste espaço, têm como desafio este panorama da violência para lidar/trabalhar a partir do atendimento que realiza à mulher em situação de violência, consideramos relevante compreender como se dá este atendimento.

Na realidade, todas as unidades de saúde do município deveriam ser fontes notificadoras de violência. Entretanto, apesar de um número subnotificado, dentre as unidades de saúde e programa de saúde da família que mais notificaram a violência, com apenas 6 notificações, encontra-se a Unidade de Saúde da Família (USF) Centro Histórico que pertence à região central histórica do município. No município, a rede de saúde se organiza por região,

distribuindo os bairros nas regiões, são elas: central histórica, orla, morros, zona noroeste e área continental.

Considerando que a violência de gênero e a étnico-racial estão na sombra, a sensibilidade e o caráter de atendimento prestado na atenção básica parecem ser relevantes e, portanto essenciais para compreender de que forma a Saúde lida (ou não lida) com estas questões, através da atuação dos(as) profissionais. Pretende-se também apresentar uma análise a partir do sexo, raça/cor e violência como marcadores de diferenças, descrevendo o panorama da violência de 2009 a 2013 e colaborando para identificar iniquidades étnico-raciais que impactam sobre a saúde da população negra e com alguns indicadores possibilitando melhores condições para intervir na busca da equidade em saúde.

1.3 – Violência e Saúde Pública: este estudo

Diante do panorama apresentado procurou-se mostrar a relevância de estudar o atendimento a mulher em situação de violência e particularmente o atendimento a mulher negra. Procurou-se também provocar um movimento para impulsionar a rede de saúde à “[...] agir de modo específico para a necessidade de cada indivíduo ou grupo. Ou seja, recorrer a ações que permitam compreender as diferentes necessidades e que disponibilizem soluções específicas ou dirigidas” (WERNECK, 2010, p. 8). Nesse sentido, este estudo pretendeu também somar-se a outros estudos no campo da saúde da população negra.

A pergunta principal deste estudo é desenhada a partir dos fatores que envolvem o atendimento à mulher em situação de violência realizado pelo(a) profissional de saúde e possíveis relações com concepções resultantes dos enfeixamentos entre os marcadores da diferença de raça/cor e gênero. Especificamente, esta pesquisa procurou analisar razões para o não preenchimento adequado do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e realizou mapeamento da dinâmica da violência em Santos de 2009 a 2013, a partir das notificações de violências registradas no banco de dados SINANNET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (DATASUS/MS). O presente estudo partiu da hipótese de que o atendimento que o/a profissional de saúde presta à mulher em situação de violência, é permeado por concepções de gênero, raça/cor, que hierarquizam as pessoas a partir destes marcadores sociais da diferença.

O estudo também propiciou um espaço de reflexão sobre as temáticas tratadas aos(as) profissionais envolvidos(as) no processo de pesquisa, incluindo a própria

pesquisadora, o que já pode ser considerada uma pequena contribuição rumo a qualificação do preenchimento do quesito raça/cor, particularmente na Ficha de Notificação de Violência por parte dos(as) entrevistados(as) e na elaboração de propostas de formação para o produto, que vem sendo elaborado a partir dos resultados deste estudo. Considerando que, “[...] a educação em saúde, pela sua magnitude, deve ser entendida como uma importante vertente à prevenção, e que na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações” (OLIVEIRA, H. e GONÇALVES, 2004, p. 761).

1.4 – Resgate Histórico

Aqui, procura-se resgatar a história para contextualizar a Saúde, principalmente na Atenção Básica, ademais refletir a relação racial e o racismo a partir da escravidão que também ocorreu no município de Santos que é um dos 9 municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, além de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande e São Vicente.

De acordo com os dados do censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, Santos tinha uma população de 419.401 habitantes. Cidade portuária com densidade demográfica de 1.494 habitantes por km². As principais atividades econômicas são o comércio, serviços e transporte devido à presença do Porto de Santos.

Santos é uma das cidades mais antigas do Brasil, portanto histórica, mas também cosmopolita, portuária e ecológica. Seu povoamento começou por volta de 1540 e o passado deixou legados preciosos em casarões, museus e igrejas, destacando-se a Bolsa Oficial do Café, marco da riqueza da cidade. Santos abriga o maior complexo portuário da América Latina, construído no início do século XX, fase de grande progresso como escoradouro de café [...].

Elevada a Vila em 1545, Santos tem sua origem relacionada com a chegada dos primeiros colonizadores portugueses ao Brasil, [...] dentre eles estava Brás Cubas oficialmente fundador de Santos.

[...] Em nosso porto também desembarcaram, no início deste século, novos colonizadores: os imigrantes, oriundos de diversas partes do mundo.

Terra da Caridade e da Liberdade, Santos teve a primeira Santa Casa de Misericórdia da América. É berço de figuras de renome, como os irmãos Bartolomeu e Alexandre de Gusmão e os irmãos Andradas, dentre os quais se projetou José Bonifácio de Andrada e Silva, personagem maior da Proclamação da Independência. Graças a seus filhos ilustres e ao espírito comunitário, Santos sempre se destacou na história nacional, ora envolvida na libertação dos escravos, ora lutando pela independência do País [...].

[...]. Com o crescimento do porto e a instalação da Ferrovia Santos-Jundiaí, houve necessidade de sanear o restante da ilha, o que levou ao deslocamento da população para a praia. (GRUPO SANTOSCIDADE⁶).

⁶ GRUPO SANTOSCIDADE. Portal da cidade de Santos.

E quais as consequências deste deslocamento da população para a praia, hoje considerada Região da Orla? Observamos através da pesquisa de Santos (2008, p. 128) que atualmente há uma nova configuração da região do Centro em termos de população, renda e valorização imobiliária:

O centro de Santos ao longo de sua história passou por um processo de substituição das camadas de alta renda na virada do século XIX e primeira metade do século XX para um outro período de ocupação pelas camadas de menor renda na segunda metade do mesmo século. No primeiro período foram erguidos os equipamentos urbanos, os edifícios públicos e a valorização imobiliária de toda aquela área. Contudo, com o deslocamento dessas camadas em direção às praias e a consequente ocupação pelas camadas de menor renda, inclusive dando início ao processo de encortiçamento, essa área perdeu em valorização, além de sofrer por muitos anos com o abandono do poder público e com a degradação física de suas edificações. Nesse sentido, [...] assim como em outras cidades do Brasil e do mundo, Santos está inserido no contexto histórico de declínio dos centros das cidades, marcado pela concorrência com outras centralidades, sua perda de função, a ruína de várias de suas estruturas físicas e o predomínio de diversos usos precários pelas classes populares, além da fuga de atividades geradores de maior fluxo e renda. A partir dos anos de 1980 e 1990, teve início uma ampla mobilização dos governos locais com o intuito de reverter tal situação por meio de incentivos à “revitalização” da área [que perdura até os dias atuais]. (SANTOS, A. R., 2008, p. 128).

Com o deslocamento da população do Centro para a região da Orla, observamos que a região do Centro, hoje denominada região Central Histórica, possui 17.912 habitantes (4,28%), o menor número de habitantes no município de Santos, com exceção da área Continental com 2.236 habitantes (0,53%), comparado com a região da Orla com 250.435 habitantes (59,91%), conforme censo do IBGE de 2010.

Logo, ainda de acordo com Santos, A. R. (2008) apesar de ainda hoje, haver uma busca do Poder Público pela “revitalização” da região Central Histórica, evidencia-se a exclusão social nesta região, a “fragilidade de cidadania”, ou seja, as inúmeras formas de vulnerabilidade, por exemplo, em relação à violência criminal.

A escravidão e o movimento abolicionista

Santos também foi palco do processo da escravidão ocorrida no Brasil, além de uma cidade marcante no que diz respeito aos movimentos abolicionistas presentes à época:

Em 1810, dos 5.128 habitantes de Santos, 2.135 eram escravos. A importação de escravos negros para o Brasil teve início no século XVII. Negros de todas as origens e classes, [...], mulçumanos ou judaizados, se misturavam nos porões dos navios negreiros, sofrendo toda sorte de privações, humilhações e doenças, para aqui desembarcar [...]. Desde então, e até a abolição da escravatura, muitos fugiam e formavam quilombos, alguns grupos mantinham associações secretas e se mobilizavam em movimentos de insurreição, de pequena ou grande monta [...]. A história da Abolição e de como os fatos se desenrolaram até o seu desfecho é muito

complexa, envolvendo aspectos raciais, sociológicos, políticos, econômicos e religiosos [...]. (VIVA SANTOS)⁷

Assim, retrataremos aqui apenas um pequeno esboço das manifestações abolicionistas ocorridas e de como o município de Santos contribuiu para por fim ao processo da escravização. Conforme observamos em Machado (2013, p. 433-434):

Ao longo do século XIX, Santos se transformou de modorrenta cidade litorânea paulista a maior porto da América Latina e sede de um dos mais combativos movimentos portuários do Brasil. Ainda na segunda metade do XIX, antes de se tornar a "Barcelona Brasileira", Santos foi palco de um dos mais organizados movimentos abolicionista e republicano brasileiros. Meca de escravos fugidos das fazendas cafeeiras desde pelo menos a década de 1860, se não antes, Santos era também uma cidade cercada de quilombos, sobretudo na área do Cubatão, ao pé da Serra do Mar. O mais notável deles foi o Quilombo do Pai Felipe, transferido pelos abolicionistas, na década de 1880, para dentro da cidade. Tais agrupamentos de escravos fugidos estavam, por sua vez, cercados de bairros de africanos livres, que haviam reformado a antiga estrada que ligava São Paulo à cidade santista e permanecido no seu entorno. Ali se localizava o famoso quilombo de Santos, o Jabaquara, organizado e administrado por abolicionistas santistas e paulistanos, que abrigou alguns milhares de fugidos. A própria fundação do quilombo santista foi fruto de uma tradição. Desde a década de 1870, os santistas militavam pela alforria de escravos que vagavam aos montes pelas ruas da cidade, carregando e descarregando café nos trapiches [...]. Assim, Santos sempre esteve marcada por um intenso trânsito de escravos, libertos e fugidos, os quais se misturavam ao crescente número de trabalhadores do porto, nacionais e imigrantes. [...] A cidade possuía apenas um sistema escravista de pouca monta, caracterizado pelo serviço doméstico, prestação de serviços escravos e escravas ganhadores e produção de alimentos. Ainda mais, a escravidão em Santos pode ser descrita como uma escravidão de pequena posse, discutida por numerosos autores, que já bem a caracterizaram.

Apesar da declaração da abolição da escravatura no Brasil ter se dado apenas no ano de 1888, foi em 1886 que independente do que acontecia no restante do país, o município de Santos fizera sua abolição, contribuindo na luta pela emancipação do trabalho escravo. Isso se deu devido à presença de grupos abolicionistas na cidade e a participação de grandes nomes como Quintino de Lacerda, um ex-escravo, líder do quilombo Jabaquara, segundo maior quilombo, depois do de Palmares, ele foi o primeiro vereador negro do Brasil, bem como a participação de Luiz Gama, o negro advogado, defensor da causa abolicionista.

O breve resgate histórico aqui apresentado pretende tomar elementos do contexto da população negra para problematizar aspectos em relação a Saúde, no que diz respeito ao atendimento das mulheres em situação de violência.

⁷ VIVA SANTOS. Portal da cidade de Santos.

Sobre a Rede de Atenção Básica em Saúde de Santos

Da história da escravidão e, conseqüentemente da raça/cor em Santos, passamos aos aspectos que descrevem como a população se caracteriza em termos de gênero, que também é tema de estudo desta pesquisa, e aos aspectos que envolvem a rede de atenção básica da Saúde da região Central Histórica.

De acordo com o IBGE (2010), a população feminina em Santos, era de 227.488 mulheres (54,24%) e de 191.913 homens (45,76%) conforme Tabela 1.

Observamos a partir da história que a região Central Histórica, eleita como local de estudo desta pesquisa, foi no passado um cenário de grandes monumentos bem cuidados e preservados, ao que a região da Orla é no presente, com seus edifícios, belas praias e jardins arborizados. Atualmente e, de acordo com Santos, A. R. (2008), esta região parece carecer de uma revitalização, e acrescentamos aqui, revitalização para além dos seus edifícios públicos (e privados), revitalização para uma população que necessita atenção básica em saúde.

A forma como se constituiu historicamente a região do Centro Histórico aponta para necessidade de refletir sobre as conseqüências da violência para a saúde da população que ocupa esta região também no atendimento à violência - também objeto deste estudo – prestado pelos serviços de Saúde, especialmente pensando se conseguem garantir acesso e qualidade de atenção às pessoas, essencialmente a atenção básica, principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2014) a Rede de Atenção Básica, porta de entrada do sistema de Saúde, visa reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde, organizando suas respostas adequada e oportunamente para que possa impactar positivamente nas condições de saúde.

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012, p. 19) observamos que a atenção básica caracteriza-se por um:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu

território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Esta Política também se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, além de buscar a produção de uma atenção integral considerando o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural.

Estruturalmente, a Saúde em Santos divide o município em 5 regiões, são elas: Centro Histórico, Orla, Morros, Zona Noroeste e Área Continental. Cada região é composta por seus serviços de saúde para atender a população, sendo que no município há 12 unidades básicas de saúde e 19 programas de saúde da família perfazendo um total de 31 policlínicas.

Mas, e no cotidiano dos serviços de saúde, como funciona a rede de atenção básica? E no município de Santos, como se dá a acessibilidade da população? E quando se trata do acesso à saúde da população negra ou da mulher? E quando esta mulher é negra? Como se dá este acesso e este atendimento, principalmente quando nos referimos à mulher em situação de violência?

Bem, não temos a pretensão de responder a todas estas questões, a ideia é refletirmos sobre elas de modo a dar conta dos objetivos deste estudo que buscou compreender como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de saúde da atenção básica da região central do município de Santos.

A partir deste panorama do município de Santos, e da rede de atenção básica, contextualizaremos sobre como se dá a relação racial e o racismo no Brasil, como em um retrato do racismo da cultura nacional em relação à justiça, mídia, educação, mercado de trabalho e saúde.

1.5 – Um retrato do racismo à brasileira

Tomando como base e parafraseando o título do livro do sociólogo Edward Telles (2003) “Racismo à Brasileira”⁸ percebe-se que existe no país um tipo específico e singular de racismo, que se apresenta, por vezes, de forma sutil por meio do humor e ditados comuns

⁸ Telles, E. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Ford, 2003.

por parte de quem o pratica, considerando que o senso de humor é tido como importante na cultura brasileira. Assim como observado na pesquisa realizada pelo Instituto DataFolha em 1995, na qual o jornalista Fernando Rodrigues entrevista brasileiros que alegam que ao mesmo tempo em que admitiram a existência do racismo se identificaram como não racistas:

[...] apesar de 89% dos brasileiros dizerem haver preconceito de cor contra negros no Brasil, só 10% admitem ter um pouco ou muito preconceito, mas, de forma indireta, 87% revelam algum preconceito, ao pronunciar ou concordar com enunciados preconceituosos, ou ao admitir comportamentos de conteúdo racista em relação a negros (TURRA & VENTURI, 1995, p. 11).

Podemos visualizar o panorama deste racismo à brasileira, tomando algumas situações que exploram o racismo na Justiça, na Mídia, na Educação, no Mercado de Trabalho e também na Saúde, foco deste estudo, a partir de Werneck (2005) e outros(as) teóricos(as) apresentados(as) a seguir:

A Justiça

De acordo com Telles (2003), no Brasil, o racismo está tão enraizado na cultura brasileira que pode ser muitas vezes interpretado pela Justiça como brincadeira. É o que se pôde constatar através do caso do até então artista Tiririca, que atualmente (2016) é um deputado federal no Brasil que, em 1996, escreveu e gravou uma canção de cunho racista. Com o título “Olha o cabelo dela”, que apesar de posteriormente ao lançamento ser censurada pela Justiça, conforme relata Telles (2003), a mesma a considerou uma brincadeira inocente e não um caso de racismo, considerando também que, o então artista, na época, somente teve a cessação da produção e venda dos discos, após a venda de 320 mil cópias. Segue a letra:

“Alô gente, aqui quem tá falando é o Tiririca
 Eu também estou na onda da axé music
 Quero ver meus colegas dançando
 Veja, veja, veja os cabelos dela
 Parece bombril de ariar panela (refrão)
 Quando ela passa, me chama atenção
 Mas seus cabelos, não tem jeito não
 A sua catinga quase me desmaiou
 Olha eu não aguento seu grande fedor
 Veja, veja, veja os cabelos dela
 Parece bombril de ariar panela (três vezes)
 Eu já mandei ela se lavar
 Mas ela teimou e não quis me escutar
 Essa nega fede! Fede de lascar
 Bicha fedorenta, fede mais que gambá”.

Esta letra certamente fere a autoestima da população negra e evidentemente das crianças e mulheres negras.

O retrato deste racismo à brasileira na Justiça também pode ser observado no que alcunhamos de “Caso S.” de 1997, citado no Roteiro desta pesquisa (APÊNDICE A) e em Telles (2003, p. 268):

Não há razão para encarcerar o comerciante. [...] a questão racial e do racismo deve ser ignorada [...]. Num país tolerante, como o nosso, é importante apagar certas coisas para a sociedade seguir harmoniosamente. Ninguém quer racismo. Nosso guia é a lei.

Observamos que se trata de um caso que reforça que juízes brasileiros negam a existência do racismo, e que neste caso especificamente, a Justiça em seu julgamento se utilizou, na defesa, da “democracia racial”.

Entendemos aqui o conceito de democracia racial de acordo com Guimarães (2009, p. 102) que revela que este termo carrega e sintetiza alguns significados:

Nela [democracia racial], as raças não existem e a cor é um acidente, algo totalmente natural, mas não importante, pois o que prevalece é o Brasil como Estado e como nação; um Brasil em que praticamente não existem etnias, salvo alguns quistos de imigrantes estrangeiros. Inventa-se, portanto, um povo para o Brasil, que passa a ter samba, passa a ter um pouco da cultura negra, que até aqui não existia, pois se no Império, predominou a mística do índio, e na República a mística do imigrante europeu, somente na Segunda Republica o negro vai dar coloração à nação, à idéia de uma nação mestiça.

A Mídia

Das telenovelas produzidas nos anos 60, Isaura Bruno foi a primeira mulher negra a atuar na história das telenovelas e considerada uma das protagonistas principais do primeiro sucesso de audiência da telenovela brasileira. Mas, o que deveria a partir daí ser a abertura para a participação de negros e negras em telenovelas, não ocorreu e não se constituiu, portanto, como indica Araujo (2000), como um futuro promissor para a raça negra brasileira.

Em um período de 50 anos, de acordo com Araujo (2000), o Brasil foi retratado na mídia como sendo europeu, pois só havia representatividade de pessoas brancas. A população negra não se reconhecia, portanto, nesse espaço reconhecidamente valorizado no Brasil. Na televisão, portanto, ainda hoje, nota-se a ausência da cultura e das pessoas negras, ainda que o censo de 2010 tenha evidenciado que, no Brasil, 51% da população é negra - preta e parda. Araujo, além disso, nos revela ainda haver superabundância de pessoas brancas, particularmente loiras, apresentadas como símbolos de beleza e consideradas como ideais nos sonhos da classe média. E que somente nos anos 90 papéis relevantes são representados por negros(as) nas telenovelas brasileiras e que parece estar associada as manifestações e lutas do

Movimento Negro pela igualdade racial, apesar de ainda haver sub-representatividade da população negra também na televisão.

Um estudo de Acevedo e Nohara (2008, p. 140), que visa analisar as interpretações de [negros] sobre os retratos deste grupo na mídia de massa, e examinar seus sentimentos a partir destas interpretações identificou que:

[...] os entrevistados compreendem que os retratos dos [negros] na mídia refletem o racismo que permeia a sociedade brasileira. Para eles as imagens estão impregnadas por estigmas sociais que são operacionalizados tanto pela omissão quanto por meio de papéis socialmente desvalorizados. Verificou-se também que os participantes da pesquisa reportam sentir-se “feridos” pelos estigmas que percebem na mídia. Tais percepções culminam por fazer com que eles desconstruam esses conteúdos, não se identifiquem ou ainda não se inspirem neles.

A Educação

O Instituto Amma Psique e Negritude (2008) revela que 9 entre 10 brasileiros(as) apontam a educação como necessária para o crescimento do Brasil e melhor distribuição de renda, oportunidades e riquezas. Mas questionamos: como está o investimento nas escolas públicas? E o racismo, também se faz presente na Educação?

Ainda de acordo com o Instituto Amma Psique e Negritude (2008, p. 29) observamos que: “[...] muitas vezes se levantam para dizer que a escola não pratica o racismo, que trata todos com igualdade. Tal afirmação faz parte do racismo à brasileira - na maioria das vezes, dissimulado e escorregadio. Praticado nas entrelinhas”, como mostram alguns dos estudos utilizados para realização desta pesquisa.

Ao observarmos a Educação na configuração deste retrato do racismo a brasileira, tomamos Cavalleiro (2014) ao apontar que muitos professores que presenciaram, nas escolas, situações de discriminação racial com as crianças, não interferiam por não perceberem ou, até, por compactuar com as ideias preconceituosas, ou ainda por não saberem como lidar com o conflito, preferindo o silêncio, reforçando assim novas situações de preconceito e discriminação no âmbito escolar com as crianças. O que novamente ratifica o não investimento na estima de crianças, futuros adultos e também mulheres negras, levando-as a muitas vezes ter que conviver com a fragilidade em relação à autoestima, pois de acordo com Nogueira, I. B. (2008, p. 44) “a autoestima é o que nos dá confiança de que somos queridos, amados, capazes”.

Considerando evidências estatísticas na educação, Telles (2003, p. 217) revela que: “a crescente desigualdade racial na classe média brasileira, é, na maior parte, devido à crescente diferença racial no acesso ao ensino superior”, o que parece indicar que as cotas

deveriam ser consideradas relevantes na educação e no nível universitário, visando contribuir para minimizar esta desigualdade. Entretanto, ainda que muito desta desigualdade esteja presente na educação, ou seja, nas diferenças existentes nos níveis de escolaridade, Telles, ainda acrescenta que, a discriminação se faz presente também no mercado de trabalho, ainda que o indivíduo da raça/cor negra tenha completado a educação, ou seja, possua nível superior completo.

O Mercado de Trabalho

Estudos revelam haver forte indício de discriminação também no mercado de trabalho a partir de aspectos como profissão, remuneração e moradia, contribuindo assim na visão do racismo no Brasil.

De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (Brasil, 2013) observamos a partir da análise do mercado de trabalho, que em relação a taxa de atividade das pessoas, não existem diferenças significativas no que diz respeito a raça/cor. Entretanto, na interseção gênero e cor, principalmente entre as mulheres, prevalecem as brancas em relação às negras ocupando postos informais de trabalho. Além da proporção de pessoas pretas ou pardas ser considerada menor que a da população branca, em relação aos trabalhos formais, a prevalência de um trabalho precarizado fica com as mulheres negras.

Observamos com relação ao mercado de trabalho, que o gueto da subalternização e da realização de atividades manuais é o lugar demarcado no imaginário de chefias e profissionais de recursos humanos para a mulher negra, conforme Bento, M.A.S. (1995), que pode ser observado de modo efetivo, por meio do relato de uma ex-dirigente sindical negra participante do seu estudo:

[...] aí ele (o encarregado) falou – ‘Olha Sueli eu vou te falar a verdade você jamais vai chegara ser encarregada aqui dentro’ Eu falei Porque’ ? Ele olhou bem na minha cara cínico como ele só, e falou – ‘Olha o seu problema e ser duas coisas ser mulher e a cor’. Aquilo ali me matou por dentro, mas eu não queria dar o braço a torcer sair de cabeça baixa chorando. Eu dei risada na cara dele, mas por dentro só eu e Deus sabíamos o quanto foi duro ouvir aquilo tudo. Então eu descobri que ele era racista. (BENTO, M.A.S., 1995, p. 483).

Assim, com esses estudos, podemos obter o retrato do racismo à brasileira tal como postula Telles (2003), ou seja, de que o racismo está presente no Brasil, pois é um país multirracial, cujas consequências da discriminação racial têm grandes influências na vida da população negra e nos seus vários segmentos como justiça, mídia, educação e mercado de trabalho dentre outros. Revelando assim um panorama deste racismo à brasileira, que como veremos a seguir, também se faz presente na Saúde.

A Saúde

Com relação à Saúde, foco deste estudo, e que complementa este panorama do retrato do racismo à brasileira, concordamos com Santos, A. O. (2012, p. 145) que revela que “[...] o racismo ameaça a proteção da Saúde dos indivíduos e das coletividades ao permitir e favorecer a violação e/ou desrespeito de direitos”. Ou seja, para entender o racismo na Saúde faz-se necessário explicitar o racismo institucional, considerando que ele perpassa a constituição do Estado e das instituições.

Observamos o racismo institucional em 4 abordagens mencionadas a seguir: nos Estados Unidos (1967); Grã-Bretanha (1983); Reino Unido (1999) e Brasil (2005 e 2013.).

De acordo com Werneck (2005), o conceito de racismo institucional surge em 1967 nos Estados Unidos, criado pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, para explicitar sua manifestação na sociedade e instituições. Este grupo explica que o racismo institucional pode ser compreendido como “[...] falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”. Em consonância com o conceito da Grã-Bretanha, Werneck (2005) revela que Ntombenhle Torkington (1983) define como “[...] a raiz de todos os problemas enfrentados pelos negros na sociedade britânica”, e que, em 1999, em documentos do Reino Unido, o racismo institucional é considerado como: “[...] a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica. [...] [detectado] através de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam minorias étnicas”.

Já no Brasil, de acordo com o Instituto Amma Psique e Negritude (2006, p. 15), observamos o conceito de racismo institucional bem semelhante ao supracitado, pois significa “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica”. Este conceito foi criado em 2005, por um grupo de trabalho do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) juntamente com o Departamento Britânico. Para a realidade brasileira compartilhamos do conceito ampliado de Werneck (2013, p. 9), que define o racismo institucional como: “[...] um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último”.

A partir destes conceitos, ainda de acordo com Werneck (2005, p. 39), é possível compreender que o Racismo Institucional limita o acesso da população negra a direitos e

produz efeitos objetivos e subjetivos na vida das pessoas.

Logo, passar da ideia do fracasso da instituição para a ideia de uma performance que produz racismo é fundamental, considerando que este conceito explicita e amplifica a perspectiva multidimensional do problema, tendo em vista que ele produz “ [...] não só a falta de acesso e o acesso de menor qualidade aos serviços e direitos, mas é também a perpetuação de uma condição estruturante de desigualdade em nossa sociedade”, conforme o Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional (Geledés, s/d, p. 13).

Na Saúde, de acordo com Souza, E. R. (2005, p. 99), a população negra tem prejuízos na condição de saúde, fortemente causada pelo racismo institucional e cotidiano. O que também pode ser percebido mais detalhadamente no estudo de Santos, A. O. (2012, p. 150) que revela ainda que:

[...] o racismo praticado nos serviços de saúde, que se manifesta por meio de discriminação racial, tem produzido sofrimento e humilhação social, influenciando na saúde mental de homens e mulheres negras e interferindo no seu acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e outros.

Apesar de este panorama existir e insistir, do racismo ser considerado crime no Brasil desde 1989 com a Lei Nº 7.716 (BRASIL, 1989), de 05 de janeiro de 1989, e da sua primeira legislação datada de 1951, lei Afonso Arinos, Lei Nº 1.390 (BRASIL, 1951), de 03 de julho de 1951, na qual o preconceito de raça ou de cor era considerado uma contravenção penal, ou seja, uma infração penal de menor teor ofensivo, além da lei, existem alguns instrumentos que podem contribuir no seu enfrentamento e sua eliminação.

Assim como a Lei Nº 10.639 (BRASIL, 2003), de 09 de janeiro de 2003, que no que diz respeito à Educação, visa à inclusão do ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, oficiais e particulares.

Outro instrumento importante nesta discussão, que é o Sistema de Cotas racial, um tipo de ação afirmativa, que de acordo com o Guia de enfrentamento do Racismo Institucional, as políticas afirmativas:

[...] são políticas focalizadas por se basearem em condições de gênero, raça, orientação sexual, participação política e religiosa. Atingem um número específico de pessoas, tornando-se as ações mais visíveis. A partir do momento que o público, alvo das políticas é (re)conhecido, estas terão maior efetividade na diminuição das desigualdades. (GELEDÉS, s/d, p. 29).

Portanto, as Políticas de Cotas podem ser utilizadas visando equidade, ou seja, o acesso da população negra à educação e ao mercado de trabalho, por exemplo. Enquanto, na Saúde, temos como instrumento de combate ao racismo e racismo institucional a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), ambas consideradas instrumentos que visam equidade e que serão problematizados no Capítulo 3 Resultados e Discussão.

2 – OBJETIVOS E MÉTODO

2.1 - Objetivo geral

Compreender como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de saúde da atenção básica da região central do município de Santos.

2.2 - Objetivos específicos

- Analisar os fatores que levam ao não preenchimento adequado do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência.

- Mapear, através do registro no banco SINANNET, a violência do município de Santos no período de 2009 a 2013.

2.3 – Método

2.3.1 – Tipo de estudo

A pesquisa teve caráter exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa que se efetivou através de coleta e tabulação de dados. De acordo com Minayo e Sanches (1993, p. 240):

[...] ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade.

A estratégia de investigação escolhida para realização deste estudo foi a triangulação que é “[...] uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas”. (MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R., 2006, p. 15). Foram combinados métodos qualitativo e quantitativo e suas respectivas técnicas, entrevistas em profundidade, análise estatística de série histórica da violência do banco SINANNET e análise do campo, através do diário de campo.

O peso dado a cada método e/ou técnica, no caso desta Triangulação, foi o mesmo, pois todos têm a mesma relevância, e é na articulação desta estratégia que o valor de

cada um se torna evidente, se combina e se complementa, possibilitando assim um melhor aprofundamento e uma visão mais abrangente das questões levantadas neste estudo.

As abordagens quali-quanti, apesar da natureza diferentes, não são antagônicas, mas se complementam, pois “o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa”. (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 247).

2.3.2 – Procedimentos, técnicas e universo estudado

Nesta pesquisa o trabalho de campo, contou com utilização da técnica de entrevistas abertas semiestruturadas realizadas junto aos(as) profissionais das Unidades de Saúde da Região Central Histórica do município de Santos que assistiram pelo menos uma mulher em situação de violência e/ou realizaram a notificação da violência, seja através da Ficha de Notificação de Violência ou outro documento. As entrevistas foram individuais e gravadas para posterior transcrição.

Para realização das entrevistas com os(as) profissionais de saúde foi utilizado um roteiro (Apêndice A) que permitiu que o(a) entrevistado(a) tivesse a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. (MINAYO, 1998). Para fazer ajustes e adaptações do roteiro de entrevista foi realizada 1 entrevista piloto com profissional de saúde da Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP), etapa considerada primordial para adequar o instrumento, deixando-o com melhor estrutura e nitidez.

O mapeamento dos registros de violência foi realizado através de um levantamento quantitativo dos dados da violência registrados no sistema através da notificação. Ou seja, tabulação do banco de dados SINANNET com recorte racial/étnico e de gênero dos dados registrados a partir de 2009, ano em que se iniciou a digitação da Ficha de Notificação da Violência no banco SINANNET, até os dados registrados no ano de 2013. Foi feita análise de uma série histórica de 5 anos para entender o comportamento e a dinâmica da violência neste período apostando que, como resultado, chegaríamos a dados relevantes que permitiriam analisar melhor a notificação e os dados coletados qualitativamente, de modo a efetivar a triangulação que o estudo se propôs a fazer. Dessa forma, pretendeu-se que os resultados possibilitassem uma visão mais abrangente da violência, além da possibilidade de subsidiar o produto deste mestrado.

A região Central Histórica tem 5 unidades de saúde, a saber: unidade de saúde da família Centro Histórico, Centro de Saúde Martins Fontes, unidade do Valongo, unidade da Vila Mathias e unidade e pronto atendimento do Porto. Entretanto, a unidade e pronto atendimento do Porto não fez parte desta pesquisa porque, dada sua localização próxima à zona portuária, a unidade acaba prestando atendimento prioritariamente a homens, maioria dos trabalhadores do Porto. Além disso, a chefia administrativa informou que as mulheres costumam ir à unidade apenas para a retirada de preservativos e que para atendimento utilizam outras unidades.

Estas unidades foram selecionadas por serem unidades de acolhimento que visam oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada e por serem portas de entrada do sistema de saúde. Ademais, o registro da violência ocorrida no município de Santos concentra-se na região Central onde se localizam as unidades supracitas que, dentre as unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde, também conhecidas pela comunidade como policlínicas, encontra-se a Unidade de Saúde da Família Centro Histórico que mais notificou a violência no período de 2009 a 2013.

Inicialmente, o programado era realizar a investigação somente na Unidade de Saúde da Família Centro Histórico, escolhida pelo número de notificações de violência apresentados por ela. Entretanto, quando iniciada a pesquisa com convite aos(as) profissionais da unidade apenas 4 demonstraram interesse em participar do estudo o que era pouco para conseguir responder aos questionamentos levantados e cumprir com o cronograma de pesquisa. Diante desta situação, avaliou-se como necessário investir em estratégias de ampliação de possíveis entrevistados(as) para garantir a participação de um número maior de interlocutores(as). Dessa forma, estendeu-se o convite para participação no estudo aos(as) profissionais das unidades da Região Central Histórica a fim de melhor cumprir os objetivos propostos nesta pesquisa, sem abrir mão de maior notificação de violência do município.

Foram realizadas 16 entrevistas com profissionais de saúde das referidas unidades tendo em conta os critérios de inclusão: terem prestado qualquer atendimento à mulher em situação de violência, ou seja, da recepção da usuária ao exame clínico e/ou terem realizado alguma notificação de violência à mulher, como o registro na Ficha de Notificação de Violência ou outro documento da saúde. Foram realizadas 4 entrevistas na USF Centro Histórico, 4 no Centro de Saúde Martins Fontes, sendo que destas 2 profissionais solicitaram que as entrevistas não fossem gravadas, 4 entrevistas na unidade de saúde Vila Mathias, 3 na unidade do Valongo e 1 na SEVIEP (piloto). Estes(as) 16 profissionais entrevistados(as) que aceitaram participar deste estudo fazem parte de um universo de 139 profissionais de saúde,

assim distribuídos: 34 da USF Centro Histórico; 35 da Policlínica Vila Mathias; 37 da Policlínica do Valongo e 32 do Centro de Saúde Martins Fontes.

Os(as) entrevistados(as) foram profissionais diversos: médico(a), enfermeiros(as), psicólogos(as), assistente social, administrativos e agentes comunitário de saúde.

2.3.3 – Notas sobre o trabalho de campo

Os registros feitos no diário de campo permitiram refletir sobre a experiência, sendo relevantes no processo de pesquisa e serviram de base para a descrição que aqui é compartilhada.

A dificuldade inicial do campo se deu pela baixa adesão dos(as) funcionários(as) ao estudo. Nesta recusa em particular foi possível perceber a presença de certo receio das pessoas em participar da pesquisa. Algumas vezes, foi possível sentir tal receio na forma como alguns(mas) profissionais reagiram diante da pesquisadora e da pesquisa.

Em uma das unidades, após contato com a chefia foi combinado que o estudo fosse apresentado na reunião de equipe. Na reunião de apresentação do projeto, que contava com 19 profissionais, somente 2 pessoas fizeram perguntas após a apresentação da pesquisa e ambas sobre a questão do sigilo das entrevistas, o que foi imediatamente respondido, além de reforçada a disposição da pesquisadora para dirimir dúvidas posteriores. Na reunião, após o relato dos objetivos do estudo e de como seriam as entrevistas, foi possível sentir certo constrangimento no ar que, talvez, tenha se materializado na falta de adesão e no silêncio que imperava no ambiente. Para tentar contornar esta situação, foi entregue um cronograma com opções de datas e horários para que as pessoas escolhessem a melhor data para realização da entrevista. Os termos de consentimentos livre e esclarecidos (TCLE) foram deixados com a chefia da unidade de forma que as pessoas pudessem entender melhor a pesquisa lendo o TCLE, tirar dúvidas pelos contatos da pesquisadora que constavam nele. Foi combinado com equipe e com gestora sobre o retorno da pesquisadora para pegar o cronograma com agendamentos.

Ao retornar à unidade e ver o cronograma, verifica-se haver apenas 5 nomes de interessados(as) em participar do estudo, mas apenas 4 foram entrevistados(as), pois 1 profissional desistiu alegando falta de tempo para participar da pesquisa. Em uma unidade com mais de 20 funcionários(as) apenas 4 aderiram. A sensação é que isto explicitava algum receio e que este seria um tema difícil de lidar.

Diante de uma nova constatação foi preciso redefinir o universo de estudo e submeter às devidas instâncias para aprovação. Com a ampliação dos locais de coleta de dados seria feito em todas as unidades da região Central Histórica que foram contatadas a partir de telefonemas e visitas, num processo de aproximação que variou muito, cuja descrição pode ser resumida a seguir:

- Unidade e Pronto Atendimento do Porto: recepcionada pelos(as) profissionais da saúde e chefia administrativa, esta unidade foi excluída do estudo porque, segundo profissionais que receberam a pesquisadora, a maioria dos usuários da unidade são homens, ausência devida a sua localização próxima ao porto;
- Centro de Saúde Martins Fontes: a chefia da unidade ficou de conversar e convidar ela mesma os(as) profissionais para participarem do estudo; foi combinado envio de um email ou telefonema no dia seguinte, para que se pudesse explicar a pesquisa aos(as) interessados(as). Posteriormente esta pesquisadora contactou novamente a unidade e agendou as entrevistas;
- Unidade Vila Mathias: a chefia da unidade ficou de conversar e convidar os(as) profissionais e, ela mesma enviar email à pesquisadora com nomes e telefones das pessoas interessadas no estudo;
- Unidade do Valongo: o contato se deu com a chefia da unidade que foi bem receptiva e apresentou a pesquisadora aos(as) profissionais e alguns, prontamente se dispuseram a participar da entrevista.

Após agendamento, foram realizadas as entrevistas de acordo com as datas, horários e locais combinados. Todo o processo implicado na experiência de agendamento, encontro e realização da entrevista, também pode revelar algumas tensões que ajudam a refletir sobre a temática que o estudo se deteu. Durante o trabalho de campo, foi possível vivenciar uma gama de sentimentos e sensações, como frustração, desânimo, desrespeito, atrasos, muitas interrupções por outros(as) profissionais durante a entrevista. Para exemplificar, uma das entrevistas chegou a ser interrompida por 3 vezes, por profissionais que queriam usar a sala para descansar no horário de almoço, com as seguintes abordagens: “- *Vocês vão usar a sala?*” ao que respondemos que sim, inclusive porque já nos encontrávamos dentro da mesma. Na segunda vez: “- *Vocês vão ficar muito tempo aí?*”, finalizando: “- *Menina, que hora que vai terminar esse cabelo aí hein, que eu preciso descansar, dez*

minutos”. A pesquisadora, inclusive sentiu-se um tanto desrespeitada e, inevitavelmente se questionou internamente “- *E se fossemos brancas, elas agiriam assim?*”. Depois refletiu melhor e concluiu que a pesquisa estava sendo feita no espaço que elas estão acostumadas a utilizar e que, portanto, a pesquisadora era a “invasora”, apesar de o espaço ter sido oferecido pela gestão, que parece desconhecer, portanto, a forma como é ocupado o espaço. A última interrupção destas mesmas pessoas finalizou se dirigindo à entrevistada, em tom de brincadeira: “- *Você vai ver, viu!*”. A última interrupção da entrevista foi por uma profissional que entrou pedindo o telefone de uma pessoa para fazer uma visita domiciliar. Depois se desculpou quando viu que havia gravação. A entrevistada apresentou a profissional à pesquisadora, convidando-a para participar da pesquisa. Esta, porém, esquivou-se dizendo estar sem tempo, sem horário com viagens e relatórios para fazer. Enfim, após sua saída, foi dada continuidade a entrevista que finalmente foi concluída.

Foi muito interessante e rico o contato com os(as) profissionais de saúde, de certa forma, adentrar as suas vidas, conhecer um pouco mais o cotidiano do seu trabalho e experiências relativas à temática deste estudo. Em várias entrevistas as pessoas relatam suas vivências com as famílias, fases da vida e situações relacionadas a preconceitos e discriminação, incluindo experiências pessoais de racismo.

Houve muitos momentos de emoção durante algumas entrevistas, como quando uma profissional se conscientizou ali, no momento da entrevista, que sofrera discriminação ao ser preterida em relação a uma colega branca que não tinha a mesma qualificação profissional que ela para exercer um cargo na empresa. Ela disse “- *É! acho que isso foi racismo. É, foi sim*”. Ou quando outro profissional, ao ser questionado se conhecia a rede de serviços da violência confidenciou que estivera com sua irmã na Delegacia da Mulher e que ela tinha sido mal atendida pelos profissionais. Ou ainda, ao ouvir o relato de outra profissional que recordou que há mais de 30 anos, havia sido madrinha do seu melhor amigo e ao se aproximar da mesa na qual estava a família dele escutou: “- *Ah, mas ela é preta?*”. Disse que eles se gostavam muito e provavelmente namorariam, mas a família dele certamente não aceitaria o namoro e contou isto com lágrimas nos olhos, dizendo que já se passara mais de 30 anos, mas que ela não esqueceu, pois isto lhe marcou muito. E também quando outra profissional relatou que a tia na faculdade de Direito sofrera discriminação quando estava no banheiro da faculdade e entraram colegas da sua sala comentando sobre um rapaz que estava interessado nela (tia) dizendo: “- *Como pode ele ter interesse nessa neguinha*”. Contou também que a tia, havia saído do banheiro retrucando: “- *É nessa neguinha que ele está interessado!*”. Ou ainda,

outra profissional jovem, que se autodeclara como parda e que relata não tomar banho de sol para não ficar com a pele mais escura.

A forma como a pesquisadora foi recebida em uma das unidades por uma pessoa da recepção também marcou o processo de pesquisa. A pesquisadora acabara de chegar à unidade quando o funcionário da recepção chamou uma munícipe para atendimento que carregava uma criança no colo. A pesquisadora aproximou-se da recepção para pedir uma informação, adentrando a sala cumprimentando e desejando boa tarde, quando concomitantemente à sua fala, o funcionário grita: “- *A senhora, por favor, espera lá fora!*”. O grito se ouvia do corredor, tamanha a força na sua voz. Neste momento, passou pela cabeça da pesquisadora: “- *Nossa, por que ele está gritando comigo? E se fosse uma usuária da unidade, uma mulher em situação de violência? Como se sentiria? Mas aqui não é uma recepção, lugar onde se recepcionam as pessoas? Será que este funcionário é um candidato à minha pesquisa?*”. Então, a pesquisadora respira fundo, apresenta-se e pede a informação que precisava. Diante da apresentação da pesquisadora, o funcionário parece ter demonstrado desconforto, mas não se desculpou, limitando-se a atender a solicitação da pesquisadora acerca, das chaves para abrir a sala e realizar a entrevista, conforme combinado com chefia da unidade.

As vivências de campo instigaram e instigam mais ainda a vontade de pesquisar, ler, estudar e entender como as mulheres em situação de violência são atendidas. Parece que o campo faz com que a temática passe a ser ainda mais relevante e pertinente. O campo foi sendo produzido em meio a momentos de silêncio, questionamento, indignação, incertezas, reflexões e recordações de experiências vividas por todas as partes envolvidas no processo.

2.3.4 Análise quantitativa do banco de dados da violência

Os dados coletados no banco SINANNET sobre o agravo violência foram submetidos à tabulação das variáveis como sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade, tipologia da violência, meio de agressão, autor da agressão, local de ocorrência, unidade notificadora, região de ocorrência e mês/ano da ocorrência da violência, com apresentação do mapeamento da notificação da violência do município de Santos no período de 2009 a 2013. Este mapeamento foi realizado com o programa TabWin, do DATASUS/MS, que facilita e permite o trabalho de tabulação dos dados, ou seja, selecionar e organizar os dados de acordo com o

que se pretende, realizando estatísticas nos dados da tabela gerada, a partir do banco SINANNET onde está inserido além de outros agravos, os dados de violência do município.

Acreditamos que com esta tabulação foi possível obter um perfil das mulheres em situação de violência de Santos. Ou seja, cruzar informações sobre raça/cor, escolaridade, faixa etária, tipo de violência sofrida, o local de ocorrência desta violência, por quem esta violência foi perpetrada e a unidade que realizou a notificação. Com os resultados do mapeamento será possível divulgar e discuti-lo com profissionais de saúde, possibilitando conhecer os dados de violência da região em que trabalham e com isto ter mais instrumentos/evidências para realizarem ações de prevenção e promoção da saúde que ademais de ser objetivo da rede de atenção básica, será produto deste estudo.

2.3.5 Análise qualitativa das entrevistas

Análise de conteúdo, de acordo com Bardin (1977, p. 42) é “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]”. Neste estudo, a análise de conteúdo foi realizada do seguinte modo: após a transcrição das 16 entrevistas observamos que alguns temas prevaleciam, eles foram divididos em 4 grandes temas, recorrentes e que são foco deste estudo. Os referidos temas foram então considerados como categorias de análise e selecionados a partir do que foi produzido no campo, que de acordo com Minayo (2007) a categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Estas categorias foram desmembradas em outros temas ou subtemas, chamados de subcategorias e a partir daí foi realizada a análise propriamente dita. Ou seja, cada categoria e subcategoria que chamamos de unidade de registro, conforme Bardin (1977) e que seria a compreensão deste campo, como uma unidade de significação a ser codificada e que corresponde ao segmento da mensagem.

Para ratificar estes passos retomamos as categorias, subcategorias, unidade de registro e trouxemos a unidade de contexto que pode ser entendida como uma “citação direta” dos dados da entrevista, ou seja, a descrição dos resultados, que foi produzido no campo.

A análise de conteúdo pode ser entendida também, segundo Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) como um método de organização, análise e aprofundamento dos dados. A análise deste estudo foi organizada dividindo o conteúdo das entrevistas em diversos temas,

que foram agrupados em grandes temas e chamados de categorias. Os temas menores, ou que foram englobados pelos grandes temas denominou-se subcategorias. Após o entendimento e análise dos mesmos chegou-se a unidade de registro que seria como uma interpretação realizada até então deste material, com a unidade de contexto que se refere ao resultado da entrevista, que podemos chamar de “citação direta” do(a) entrevistado(a).

A análise apresentada foi feita a partir da transcrição literal das 16 entrevistas, resultando na definição de 4 categorias de análise, e a partir das mesmas análise foram constituídas 17 subcategorias. Apresentaremos no próximo capítulo as 4 Categorias e suas 17 subcategorias.

Como etapa da análise de conteúdo, foi elaborado um Quadro Analítico de apoio, composto de categoria, subcategoria, unidade de registro e unidade de contexto visando descrever e melhor visualizar o conteúdo do material coletado, de forma a orientar a leitura analítica, ilustrada por trechos das entrevistas.

A seguir, será reproduzido um fragmento do Quadro como ilustrativo do processo de análise para demonstrar o processo implicado na realização da análise que será apresentada:

Quadro 1 – Fragmento do Quadro ilustrativo do processo de análise:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
1. Atendimento à mulher em situação de violência	1.1. Atendimento considerado marcante pelo(a) profissional de saúde em relação à mulher em situação de violência	O profissional sempre se lembra de um atendimento que o emocionou	<p><i>“-Foi assim, eu fui fazer uma visita né, para uma munícipe que eu atendo, ela já é idosa e o companheiro dela é mais jovem que ela. Ela tem bastante dificuldade de caminhar, ela tem dificuldade de entendimento [...]. E eu fui fazer esse atendimento e quando eu fui sair, ela me chamou num canto e falou no meu ouvido que ela tinha sofrido a violência. [...] E ela falou que ele bebeu, foi violento com ela e deu um chute na boca do estômago dela muito forte. E ela tava sentindo muita dor.” (S3)</i></p> <p><i>“Então [...], foi um caso que assim ainda dói sabe, eu sinto assim, um aperto quando eu lembro desse caso.” (B2)</i></p>

Para análise deste estudo, alguns referenciais teóricos serviram de pauta, na busca em compreender aspectos sobre o modo como se produz o racismo e como ele pode se propagar. Buscamos na psicologia junguiana, tratada por Silveira (1994) e também alguns

debates encontrados em Spink (1993), que contribuem para problematizar a questão do conceito de inconsciente, através dos conceitos de imaginário social e inconsciente coletivo, os quais assemelham-se e trazem como parte deste, o conceito de sombra. A sombra faz parte da nossa personalidade, englobando tudo o que desconhecemos e que, queremos negar ou que nos desagrade. A ideia de sombra é também coletiva e pode contribuir na produção do racismo, inclusive no setor Saúde.

Através deste conceito, podemos problematizar para melhor entender se se faz presente na Saúde o racismo institucional, que segundo Werneck (s/d, p. 18):

é um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último.

Para melhor entender violência e Saúde Pública, Minayo (2005) nos oferece uma discussão sobre o impacto da violência na Saúde e violência contra a mulher, além dos subsídios para com questões metodológicas deste estudo, como a estratégia da triangulação que envolve a combinação de métodos e técnicas.

Scott (1989) contribui na reflexão sobre gênero com conceitos e/ou definições e que complementado com a leitura de Souza (2008) possibilitando pensar a mulher negra enquanto sujeito de direito.

Outros(as) teóricos(as) ao tratarem da questão da interseccionalidade, permitiram analisar a partir de um conceito que possibilita a leitura e a interpretação da realidade na busca de transformá-la considerando as vulnerabilidades interseccionais a partir dos marcadores sociais da diferença, que se articula com este estudo principalmente no que diz respeito à gênero, raça/cor e violência.

2.3.6 – Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida à apreciação da Comissão de Pesquisa e Intervenção (COMPESIN) da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada (COFORM) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santos, Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP-UNIFESP).

Com relação à coleta de dados foi solicitado o Termo de Consentimento de Coleta de Dados – TCCD (Anexo II) junto às instâncias da Secretaria de Saúde, COFORM e Seção

de Vigilância Epidemiológica e para a utilização do banco SINANNET foi utilizado Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados – TCUD (Anexo III).

Para realização das entrevistas foi lido, discutido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo I) e, foi comunicado que a participação na entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento, além das questões pertinentes a garantia do sigilo.

É tomado aqui, como compromisso ético a apresentação dos resultados desta pesquisa como uma devolutiva para as Unidades participantes do estudo.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas. Em um primeiro momento foi feita a análise quantitativa no banco de dados da violência do SINANNET (DATASUS/MS) referente ao período de 2009 a 2013 da Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP) para realização de um mapeamento que permitiu obter o perfil das mulheres em situação de violência no município de Santos a partir do cruzamento das informações dos seguintes campos: mês/ano da ocorrência da violência, unidade de saúde notificadora, sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade, tipo de violência, região de ocorrência, local de ocorrência e autor da agressão. A segunda etapa foi realizada com a análise das 16 entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas, realizadas com os(as) profissionais de saúde da região Central Histórica, inclusive a entrevista piloto feita com uma profissional da Vigilância Epidemiológica. A análise qualitativa foi realizada de acordo com Bardin (1977), que visa obter procedimentos sistemáticos e objetivos dos conteúdos das entrevistas.

O quadro analítico de apoio, cujo fragmento foi apresentado em capítulo anterior, foi central para a elaboração das 4 Categorias de análise e das 17 subcategorias que as compõe, desenhando o percurso da reflexão apresentada neste capítulo, conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 – Categorias e Subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p>Atendimento à mulher em situação de violência</p>	1- Atendimento considerado marcante pelo(a) profissional de saúde em relação à mulher em situação de violência;
	2- Preenchimento da Ficha de Notificação de violência;
	3- Encaminhamento para rede de serviços;
	4- Atendimento à mulher negra;
	5- Preconceito e discriminação de gênero e racial por parte do(a) profissional de saúde.
<p>Quesito Raça/cor</p>	1- Autoclassificação da raça/cor;
	2- Importância do preenchimento do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e/ou nos documentos da Saúde;
	3- Participação em formações para coleta do Quesito Raça/cor nos documentos da Saúde;
	4- Sugestões para melhorar o preenchimento do Quesito Raça/cor na Ficha de Notificação de Violência.

Continuação do Quadro 2 – Categorias e Subcategorias de Análise	
Mulher	1- Mulher negra e mulher branca: conceitos e preconceitos;
	2- Violência Doméstica;
	3- Demanda da mulher ao serviço de saúde.
Racismo	1- Desigualdade em Saúde;
	2- Privilégios da raça/cor;
	3- Autoestima;
	4- Instrumentos que visam equidade: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Campanha SUS sem racismo e as Cotas;
	5- O Caso S.

Este estudo é pautado em alguns referenciais teóricos que visam compreender aspectos do modo de produção do racismo e sua propagação no setor Saúde, denominado Racismo Institucional (Werneck, 2013).

Para tal buscou-se entender a violência na Saúde Pública e seu impacto na saúde (Minayo, 2005) a partir dos conceitos de inconsciente coletivo e sombra (Silveira, 1994) e do imaginário social (Spink, 1993) para dialogar e explicitar o modo como se dá a produção do racismo. Considerando a sombra como parte de nossa personalidade abrange tudo o que desconhecemos em nós, que tendemos a negar ou mesmo aquilo que nos desagradam, assim como a ideia de sombra coletiva que pode contribuir na produção do racismo e racismo institucional. Ademais as reflexões sobre as questões de gênero (Scott, 1989) e a mulher negra como sujeito de direito (Souzas, 2008) que contribuem para o entendimento da violência contra a mulher, preconceitos e desigualdades nas relações entre os sexos. Discutimos também os marcadores sociais da diferença (Almeida, 2010) à luz do conceito de interseccionalidade (Mello e Goncalves, 2010), ou seja, as intersecções entre gênero, raça/cor e violência (Crenshaw, 2002), que refletem na Saúde e podem contribuir para realização de um atendimento que não hierarquize as pessoas a partir destes marcadores sociais da diferença. O que nos levou também a discussões sobre o quesito raça/cor e sua importância na Saúde (Souza, V. C., 2003), as desigualdades e discriminações raciais e conseqüentemente sobre o Racismo Institucional (Geledés, s/d) que produz além da falta de acesso, e acesso de menor qualidade aos serviços e direitos, também perpetua uma condição estruturante de desigualdade na sociedade. Bem como a contribuição de Munanga (2007) possibilitando reflexões sobre segmentos populacionais e a necessidade de tratamentos diferenciados em

políticas de saúde e atendimento pelo(a) profissional o que implica e contribui para com o conceito de equidade em saúde na prática do cotidiano do(a) profissional.

A ideia de equidade está presente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e é discutida também no estudo de Batista, Monteiro e Medeiros (2013) que contribui para problematizar o racismo, as desigualdades e o racismo institucional como determinantes da saúde da população. Assim como em Werneck (2013) que para atingir os objetivos do *Projeto mais direitos e mais poder para as mulheres brasileiras*, enfatiza a criação de subsídios para enfrentar o racismo institucional, a questão de gênero e das mulheres negras a partir da construção de indicadores, monitoramento e avaliação fundamentais para o enfrentamento e eliminação do racismo institucional.

A estratégia utilizada para a realização do processo de análise foi a Triangulação, na qual para a investigação há combinação de métodos e técnicas (MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. 2006), como aconteceu neste estudo composto da análise quantitativa das informações coletadas no banco de dados da violência e da análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas. Além disso, a pesquisa contou com notas, observações, vivências que compuseram o diário de campo que também foi submetido à análise.

O capítulo apresentará, em primeiro lugar, resultados referentes ao mapeamento da violência realizado a partir da tabulação do banco de dados da violência entre 2009 e 2013, permitindo apresentar um panorama da violência do município de Santos que se expressa na concentração no sexo e raça/cor. A posteriori serão apresentados e discutidos os conteúdos das 16 entrevistas realizadas, tendo em vista o processo metodológico já apresentado, permitindo descrever o modo como as pessoas entrevistadas, atribuíram significado às temáticas propostas. Por fim, o capítulo é concluído, ao apresentar uma discussão dos resultados quanti-quali obtidos neste estudo, permitindo um diálogo e trazendo elementos para apresentar uma interpretação dos dados produzidos em campo.

3.1. – Mapeamento da violência em Santos/SP: série histórica de 2009 a 2013

A Vigilância das violências iniciou-se em junho de 2006 com a digitação dos dados da Ficha de Notificação de Violência em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel (SEVIEP/SMS), totalizando 670 notificações. No ano de 2007 as notificações passaram a ser digitadas em um novo sistema, o Epi Info (GVE 25/SES/SP), que permitiu análise estatística para uso em epidemiologia, perfazendo 453 fichas. Em 2008 houve alteração no banco de

dados, que passou a ser numa nova versão do Epi Info Novo (GVE 25/SES/SP), computando 530 fichas.

A partir de 2009 até a presente data, o banco de dados das notificações da violência passou a ser o SINANNET (DATASUS/MS), possibilitando a tabulação dos dados em série conforme se verá a seguir. Dessa forma esta pesquisa tratou de realizar a tabulação de uma série histórica com dados de 2009 a 2013, mapeando a violência no município de Santos, registrada a partir da Ficha de Notificação de Violência com ênfase no sexo feminino e na raça/cor.

A escolha das variáveis se deu a partir dos campos que constam na Ficha de Notificação da Violência e que possibilitam traçar um perfil da mulher em situação de violência e realizar também alguns cruzamentos para melhor evidenciar este perfil. Para tal foram eleitas as seguintes variáveis:

- mês e ano de ocorrência da violência, o que permite acompanhar a dinâmica da violência e sua frequência;
- unidade notificadora por região de ocorrência da violência, na qual evidenciamos as unidades de atenção básica que mais notificaram a violência;
- sexo, revelando quem mais sofre com a violência;
- faixa etária e sexo, possibilitando conhecer a idade mais acometida relacionando-a com o sexo;
- escolaridade e sexo, revelando o nível educacional da pessoa em situação de violência;
- tipo de violência e sexo, destacando qual a natureza da agressão que as mulheres e homens sofrem;
- quesito raça/cor, destacando a raça/cor e o sexo da população que mais sofre violência;
- região de ocorrência, com a taxa de incidência desvelando a região da cidade de maior ocorrência da violência;
- local da ocorrência da violência e
- a variável autor da agressão.

Os dados serão apresentados no formato de tabelas porque parecem ser a melhor forma de organizar as informações e divulgar os dados de modo simples e objetivo, facilitando a leitura dos mesmos.

Podemos destacar, no período de 2009 a 2013, certa constância no número de notificações de violência, inclusive no ano de 2012 ocorreram 634 notificações, com queda significativa no ano de 2013 com 365 notificações (Tabela 4), que pode estar associada ao elevado número de notificações de dengue, doença transmissível de notificação compulsória e manifestação aguda, e que muito provavelmente leva o profissional de saúde a ter um olhar direcionado, preterindo a notificação das doenças e agravos crônicos e não transmissíveis, como a violência. Ou seja, a subnotificação se faz presente, e em 2013 o número de casos de dengue triplicou⁹ e percebe-se visivelmente uma queda abrupta no número de notificações de violência neste ano e provavelmente em outros agravos que foram preteridos em relação à notificação de dengue, agravo agudo e infeccioso. Acrescente-se a isto a subnotificação que de acordo com Kind *et. al.* (2013, p. 1813) “[...] verifica-se a dimensão plural dos motivos para que a subnotificação seja o dado possível quando se trata de violência contra mulheres [...]”.

Tabela 4. Total de Notificações de Violência, segundo mês e ano, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Mês da Ocorrência	2009		2010		2011		2012		2013		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Jan	50	9,73	62	10,03	64	8,59	64	10,09	38	10,41	278
Fev	50	9,73	32	5,18	91	12,21	45	7,10	33	9,04	251
Mar	53	10,31	46	7,44	68	9,13	57	8,99	35	9,59	259
Abr	55	10,70	46	7,44	38	5,10	65	10,25	22	6,03	226
Mai	54	10,51	35	5,66	49	6,58	44	6,94	37	10,14	219
Jun	91	17,70	81	13,11	56	7,52	55	8,68	27	7,40	310
Jul	38	7,39	48	7,77	60	8,05	57	8,99	38	10,41	241
Ago	25	4,86	52	8,41	81	10,87	42	6,62	21	5,75	221
Set	18	3,50	48	7,77	44	5,91	34	5,36	32	8,77	176
Out	22	4,28	72	11,65	66	8,86	81	12,78	36	9,86	277
Nov	24	4,67	40	6,47	56	7,52	57	8,99	30	8,22	207
Dez	34	6,61	56	9,06	72	9,66	33	5,21	16	4,38	211
TOTAL	514	100,00	618	100,00	745	100,00	634	100,00	365	100,00	2876

Fonte: SINANET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

Quanto a proporção de notificações de violência por região tendo como referência à unidade de atenção básica (Tabela 5), observamos que a USF Centro Histórico apresentou 6 notificações, tendo sido a que mais notificou a violência no período de 2009 a 2013, o que corresponde a 17,65%, situação que motivou a realização deste estudo e a escolha, a priori, da unidade para realização da pesquisa. Ainda que observemos que a região dos Morros tenha o maior número de notificações com 38,24%, não é a região onde ocorre a maior incidência da

⁹ De acordo com o portal saúde verificou-se que em 2013 ocorreu no Brasil a maior epidemia com mais de 2 milhões de casos notificados, sobrecarregando os municípios.

violência, conforme se verá mais adiante a partir da tabulação por região de ocorrência (Tabela 12).

Tabela 5. Total de Notificações de Violência, segundo região da unidade notificadora e ano, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Unidade Notificadora de Saúde por Região	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
CENTRO DE SAUDE MARTINS FONTES	0	0	0	1	1	2	5,88
POLICLINICA VALONGO	0	0	0	0	1	1	2,94
USF CENTRO HISTORICO	1	4	0	1	0	6	17,65
TOTAL REGIAO CENTRAL HISTORICA	1	4	0	2	2	9	26,47
POLICLINICA BOM RETIRO	3	0	0	0	0	3	8,82
POLICLINICA JD SAO MANOEL E JD PIRATININGA	0	0	0	1	0	1	2,94
POLICLINICA ALEMOA E CHICO DE PAULA	0	2	1	0	1	4	11,76
TOTAL REGIAO ZONA NOROESTE	3	2	1	1	1	8	23,53
POLICLINICA PONTA DA PRAIA	0	0	0	1	1	2	5,88
TOTAL REGIAO ORLA	0	0	0	1	1	2	5,88
POLICLINICA JOSE MENINO POMPEIA	0	0	0	1	0	1	2,94
POLICLINICA MARAPE	0	0	1	0	0	1	2,94
PRONTO ATENDIMENTO E POLICLINICA NOVA CINTRA	1	1	0	0	0	2	5,88
USF JABAQUARA	0	1	0	0	0	1	2,94
USF MORRO SAO BENTO	0	0	0	1	0	1	2,94
USF MORRO J. MENINO SANTOS	0	1	0	0	1	2	5,88
USF MONTE SERRAT	0	0	1	0	0	1	2,94
U. SANTA MARIA E V. PROGRESSO	0	0	2	0	0	2	5,88
USF VILA PROGRESSO	0	0	1	0	1	2	5,88
TOTAL REGIAO MORROS	1	3	5	2	2	13	38,24
USF CARUARA	0	2	0	0	0	2	5,88
TOTAL REGIAO AREA CONTINENTAL	0	2	0	0	0	2	5,88
TOTAL	5	11	6	6	6	34	100,00

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

Tabela 6. Total de Notificações de Violência, segundo sexo e incidência, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Sexo	População*	Frequência	Incidência**
Feminino	223.695	1617	72,28
Masculino	192.052	1259	65,55
Total	415.747	2876	69,17

Fonte: SINANNET/SEVIEP/Fichas de Notificação, dados provisórios sujeitos a alterações.

* População segundo IBGE/2000

** Incidência por 10.000 habitantes

Com relação a frequência dos casos de violência, foram registradas 2.876 notificações no período de 2009 a 2013, das quais observamos maior incidência entre mulheres com 72,28 por 10 mil habitantes, o que corresponde a 1.617 do total das notificações (Tabela 6), dialogando com dados de outros estudos e estatísticas, conforme se verá a seguir (Tabelas 7 e 9).

Considerando que a violência prevalece no sexo feminino, observamos então que a violência contra a mulher ocorre prevalentemente na faixa etária de 20 a 29 anos com 223 notificações (13,79%), ou seja, as vítimas são mulheres jovens (Tabela 7). O que corrobora com Romio (2013) que ressalta que a população vítima de agressão no Brasil encontra-se nas faixas etárias mais jovens. Ou ainda, de acordo com o Mapa da Violência (Waiselfisz, 2015) cujas vítimas de homicídios são meninas e mulheres negras com prevalência entre 18 e 30 anos de idade.

Entretanto faz-se necessário mencionar as crianças, ainda que não seja o foco deste estudo, por ser a faixa etária que mais sofreu violência no período de 2009 a 2013, ou seja, a faixa etária de 01 a 04 anos com 14,47% das notificações e a faixa de 10 a 14 anos com 14,53% das notificações, em crianças do sexo feminino, mas ressaltamos a faixa de 20 a 29 anos, a terceira colocada com 13,79% por ser a faixa que mais atinge as mulheres adultas.

Tabela 7. Total de Notificações de Violência, segundo faixa etária e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Faixa Etária	2009		2010		2011		2012		2013		Total			
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	%	Masc.	%
	Menor de 1	4	5	16	12	12	17	14	16	12	10	58	3,59	60
1 a 4	25	18	45	37	76	67	59	51	29	33	234	14,47	206	16,36
5 a 9	40	49	32	36	36	43	31	23	21	17	160	9,89	168	13,34
10 a 14	43	32	66	54	54	29	36	27	36	15	235	14,53	157	12,47
15 a 19	24	12	35	25	44	17	40	31	25	16	168	10,39	101	8,02
20 a 29	44	16	34	23	68	53	46	51	31	16	223	13,79	159	12,63
30 a 39	24	5	33	21	49	49	41	49	21	20	168	10,39	144	11,44
40 a 49	23	7	15	6	23	28	18	35	9	9	88	5,44	85	6,75
50 a 59	9	2	12	9	17	16	11	11	12	4	61	3,77	42	3,34
60 a 69	15	18	17	17	15	7	7	6	6	5	60	3,71	53	4,21
70 a 79	35	14	18	16	4	6	6	9	9	4	72	4,45	49	3,89
80 e mais	36	14	31	8	12	3	9	7	2	3	90	5,57	35	2,78
Total	322	192	354	264	410	335	318	316	213	152	1617	100,00	1259	100,00
Total de Notificação	514		618		745		634		365		2876			

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

Quanto à escolaridade e sexo (Tabela 8) observamos que neste campo é recorrente o preenchimento com a informação “ignorado” ou “sem preenchimento”. Em 629 notificações (38,90%) do sexo feminino, o campo escolaridade veio nessa situação, o que dificulta a análise. Entretanto, observa-se que quando o campo é preenchido, a maioria das mulheres tem como grau de instrução prevalente o Ensino Fundamental, com 23,31%.

Tabela 8. Total de Notificações de Violência, segundo escolaridade e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Escolaridade	2009		2010		2011		2012		2013		Total			
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	%	Masc.	%
Analfabeto	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,06	-	-
Ensino Fundamental	88	52	89	64	89	76	67	58	44	37	377	23,31	287	22,80
Ensino Médio	30	11	39	9	59	31	44	31	24	9	196	12,12	91	7,23
Ensino Superior	7	-	5	3	15	12	13	17	11	6	51	3,15	38	3,02
Ignorado/Sem preenchimento	153	96	146	126	142	109	106	132	82	53	629	38,90	516	40,98
Não se Aplica	44	33	75	62	105	107	87	78	52	47	363	22,45	327	25,97
Total	322	192	354	264	410	335	318	316	213	152	1617	100,00	1259	100,00

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

No que diz respeito ao tipo¹⁰ da violência (Tabela 9) podemos dizer que no geral a violência física ocorre em 32,19% das notificações, seguida da negligência com 30,38%. Porém ao desagregar este dado por sexo destacamos que há prevalência da negligência, praticada contra crianças, para o sexo feminino (29,56%) em relação ao masculino, e da violência física praticada contra as mulheres (28,14%). Entre as mulheres, as notificações de violência sexual aparecem em 3º lugar.

Tabela 9. Total de Notificações de Violência, segundo tipo de violência e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Tipo de Violência	2009		2010		2011		2012		2013		Total			
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	%	Masc.	%
Financeiro/Econôm.	2	1	-	1	1	-	-	-	1	-	4	0,25	2	0,16
Física	90	39	94	83	116	146	87	162	68	41	455	28,14	471	37,41
Negligência	91	68	108	68	137	123	92	79	50	58	478	29,56	396	31,45
Psicologia/moral	13	4	13	15	9	4	9	10	11	7	55	3,40	40	3,18
Sexual	70	17	65	21	68	13	73	12	53	8	329	20,35	71	5,64
Trabalho Infantil	24	40	17	31	-	-	-	1	-	1	41	2,54	73	5,80
Tentativa de Suicídio	24	19	40	30	71	27	46	25	27	17	208	12,86	118	9,37
Suicídio	-	-	-	-	3	11	5	10	1	12	9	0,56	33	2,62
Tortura	1	-	-	1	2	-	-	1	-	-	3	0,19	2	0,16
Outros*	7	4	17	14	3	11	6	16	2	8	35	2,16	53	4,21
Total	322	192	354	264	410	335	318	316	213	152	1617	100,00	1259	100,00

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

*Outros: ignorado/em branco, evasão domiciliar/escolar, abuso de drogas.

Observamos que a frequência do preenchimento do quesito raça/cor com a informação “Ignorado” ou “Sem preenchimento” é significativa, somando 11,92% do total, ou seja, 343 notificações de violência estão sem informação sobre o quesito raça/cor no período de 2009 a 2013, apesar de considerável queda ou redução no ano de 2012 (15,45%) e 2013 (7,3%), conforme se verifica na Tabela 10. De acordo com Almeida *et. al.* (2006) que classificam como bom o percentual do campo ignorado e sem preenchimento menor que 10% e regular entre 10 e 29,9%, podemos considerar que no município de Santos o campo quesito

¹⁰ Tipo de violência refere-se à natureza da violência, ou seja, aos tipos de atos violentos que podem ser: física, sexual, psicológica, negligência e/ou abandono/privação. Já a tipologia abrange violência autodirigida (suicídio/tentativas e autoabuso), interpessoal (família/parceiros), e coletiva (social, política e econômica), conforme Cartilha da Secretaria de Saúde (Vigilância Epidemiológica - SEVIEP, 2012).

raça/cor no agravo violência está regular, carecendo, portanto, de melhoria no preenchimento, apesar de em 2013 ter sido considerado um ano de bom percentual de preenchimento com 7,3%, conforme supracitado. Dessa forma ressaltamos que o quesito raça/cor Ignorado e/ou sem preenchimento vem decrescendo lentamente desde 2009.

A falta do preenchimento adequado deste campo dificulta a problematização sobre a interseccionalidade raça, gênero e violência. Ademais, para Souza (2008, p. 2) “[...] o Campo da Saúde Pública tem como importante preocupação os motivos pelos quais as pessoas [adoecem e] morrem. Nesse sentido, inclusão do ‘Quesito Cor’ no Sistema de Informação em Saúde faz todo sentido [...]”, favorecendo assim, conhecer a morbidade e a letalidade por raça/cor.

Tabela 10. Total de Notificações de Violência, segundo raça/cor ignorado/sem preenchimento, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Ano	Total de Notificação por ano	Frequência	Percentual
		Notificação Raça/cor Ignorado/ Sem Preenchimento	Notificação Raça/cor Ignorado/ Sem Preenchimento
2009	514	94	27,4
2010	618	85	24,78
2011	745	86	25,07
2012	634	53	15,45
2013	365	25	7,3
Total	2876	343	100,00

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

O censo do IBGE em relação à raça/cor é feito de forma autodeclaratória, ou seja, o recenseador pergunta qual é a raça ou cor do(a) entrevistado(a) que tem como opções “Branca”, “Preta”, “Pardo”, “Amarela”, “Indígena”. Se o(a) entrevistado(a) não souber ou não quiser responder é registrada a opção “Ignorado”.

O IBGE entende que a soma das categorias preta e parda corresponde à raça negra, apesar de que neste mapeamento e na apresentação dos dados nas tabelas realizadas terem sido desagregados a raça negra, esta somatória é observada somente na Tabela 3, referente aos óbitos por Causas Externas.

De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2013) referente ao ano de 2011, no Brasil, os dados de violência registrados no SINANNET “excluindo-se os casos com sexo ignorado, do total de notificações registradas, 32.431 (30,2%) referiam-se a vítimas do sexo masculino e 75.033 (69,8%) a vítimas do sexo

feminino [...]”. No Brasil, em todas as regiões e unidades federativas, inclusive no Estado de São Paulo, de acordo com o Mapa da Violência (2015), observamos que, é a mulher quem mais sofre violência, com 27.629 notificações no SINANNET, contra 13.325 do sexo masculino, o que corresponde respectivamente a 12,2 casos por 10 mil habitantes contra 6,3/10 mil habitantes do sexo masculino. O que corrobora com as informações da violência no município de Santos, conforme observamos nos dados supracitados.

Em se tratando de coeficiente de incidência, observamos que a violência no sexo feminino e na raça parda se destaca principalmente no ano de 2010 com 23,73 casos para cada 10 mil habitantes. Entretanto, faz-se necessário mencionar a população indígena, ainda que não seja foco deste estudo, por ser a raça que, em incidência e no sexo feminino, mais sofreu violência neste período destacando o ano de 2010 com 52,22 casos para cada 10 mil habitantes se comparada com a raça parda e a raça preta, desagregadas, o que se inverte ao observarmos a população negra, ou seja, preta+parda que se evidencia como sendo a raça que mais sofreu violência neste período. E, ao compararmos sexo e recorte étnico-racial, observamos que tanto a mulher parda quanto o homem preto são os que mais sofreram violência no período de 2009 a 2013. Mesmo não sendo objeto deste estudo, é importante lembrar-se da considerável relação entre violência e padrões de masculinidade, como aponta Souza, E. R. (2005, p. 67):

[...] parece existir uma relação entre masculinidade e violência [...] que ultrapassa as fronteiras do subjetivismo, como constituição de identidades individuais ainda que hegemonicamente calcadas na força, na competição, no machismo e porque não dizer na própria violência, e é fortemente influenciada por determinantes socioeconômicos e culturais que de alguma forma potencializam a associação entre o ser masculino e a violência.

Tabela 11. Total de Notificações de Violência, segundo sexo, raça/cor e coeficiente de incidência, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Sexo	Raça/Cor	População residente*	Notificação		Notificação		Notificação		Notificação		Notificação	
			Coef. de Incidência**	2009	Coef. de Incidência**	2010	Coef. de Incidência**	2011	Coef. de Incidência**	2012	Coef. de Incidência**	2013
Mulheres	Branca	176.078	142	8,06	168	9,54	217	12,32	165	9,37	125	7,1
	Preta	9.084	21	23,11	15	16,51	20	22,01	14	15,41	11	12,1
	Parda	35.389	63	17,8	84	23,73	83	23,45	82	23,17	51	14,41
	Amarela	2.150	2	9,3	-	-	3	13,95	3	13,95	2	9,3
	Indígena	383	-	-	2	52,22	1	26,11	1	26,11	-	-
	Sem declaração	611	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorado/Sem Preench.	-	94	-	85	-	86	-	53	-	25	-
Total	Total	223.695										
Homens	Branca	146.425	48	3,28	109	7,44	161	11	159	10,86	91	6,21
	Preta	8.026	19	23,67	28	34,88	25	31,14	26	32,39	4	4,98
	Parda	34.789	46	13,22	78	22,42	92	26,44	79	22,7	38	10,92
	Amarela	1.764	1	5,67	1	5,67	1	5,67	2	11,34	-	-
	Indígena	328	1	30,49	-	-	2	60,98	-	-	-	-
	Sem declaração	720	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorado/Em Branco	-	77	-	48	-	54	-	50	-	19	-
Total	Total	192.052										
Total	Total	415.747	514		618		745		634		365	

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

*Fonte: Censo IBGE 2000

**Coeficiente de Incidência por 10 mil habitantes.

Com relação a Região de ocorrência da violência, em número absoluto, destaca-se a região da Orla com 782 notificações. Entretanto, se comparado com a região Centro Histórico, a partir da taxa de incidência, observamos que nesta ocorre quase 10 vezes mais violência do que na região da Orla, respectivamente 307,05 casos para cada 10 mil habitantes contra 31,22 casos para cada 10 mil habitantes (Tabela 12), o que justifica as unidades eleitas para este estudo assim como a pertinência de buscar compreender melhor a dinâmica da violência na região para qualificação da atenção.

Tabela 12. Total de Notificações de Violência, segundo região de ocorrência e incidência, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Região de Ocorrência	População*	Frequência	Incidência**
Orla	250.435	782	31,22
Zona Noroeste	81.589	652	79,91
Morros	65.811	521	79,16
Centro Histórico	17.912	550	307,05
Em Branco/Ignorado	-	347	-
Área Continental	-	24	-
TOTAL	417.983	2876	-

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

* População IBGE 2010

** Incidência por 10.000 habitantes

Quando observamos o local onde ocorre a violência, evidenciamos que a residência tem o maior percentual, principalmente em relação ao sexo feminino, com 73,59% dos casos (Tabela 13).

De acordo com Moura, Netto e Souza (2012, p.441), enquanto “[...] o homem [na sua maioria] sofre violência nas ruas, nos espaços públicos, em geral, praticada por outro homem, a mulher sofre a violência masculina dentro de casa, no espaço privado [...]”.

Tabela 13. Total de Notificações de Violência, segundo local de ocorrência e sexo, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Local de Ocorrência	2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL			
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	%	Masc	%
Residência	250	115	253	156	300	175	239	166	148	97	1190	73,59	709	56,31
Habitação Coletiva	2	1	2	2	3	-	1	-	-	1	8	0,49	4	0,32
Via Pública	10	9	22	51	31	80	38	84	33	18	134	8,29	242	19,22
Escola	2	2	6	12	9	5	4	10	3	4	24	1,48	33	2,62
Local de prática esportiva	-	2	-	1	1	-	-	1	-	-	1	0,06	4	0,32
Bar ou similar	2	1	6	3	6	10	1	13	5	-	20	1,24	27	2,14
Comércio/Serviços	-	2	3	4	3	7	3	8	1	3	10	0,62	24	1,91
Outros*	13	11	19	11	27	8	16	11	9	8	84	5,19	49	3,89
Sem preenchimento / Ignorado	43	49	43	24	30	50	16	23	14	21	146	9,03	167	13,26
Total											1617	100,00	1259	100,00

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

*Outros: hospital, creche, terreno vazio, praia,

A última tabela deste mapeamento, apresentada a seguir, faz referência às notificações de violência segundo o autor da agressão e ano, completando as tabulações realizadas para este estudo.

No que se refere ao autor da agressão observamos que em apenas 8,65% do total das notificações o autor é desconhecido. Logo, a maioria dos autores da agressão é conhecida

das pessoas que estão em situação de violência, destacando-se em primeiro lugar a família como principal autor (17,77%), e em segundo lugar o autor é a própria pessoa com 15,26% dos casos e que está relacionado às tentativas de suicídio e/ou suicídio.

Observamos que parceiros e ex-parceiros totalizam 8,38% dos autores da agressão que mantém ou mantiveram uma relação de intimidade com a mulher em situação de violência. Logo, a condição do agressor revela muito sobre as relações de gênero desiguais e deixa explicitada a relação de poder nas relações entre mulheres e homens que se dá a partir deste marcador social da diferença.

Waiselfisz (2015, p. 75) observou que “foram atendidas pelo SUS, em 2014, um total de 85,9 mil meninas e mulheres vítimas de violência exercida por pais, parceiros e ex-parceiros, filhos e irmãos [...] e que demandaram atendimento médico”.

Tabela 14. Total de Notificações de Violência, segundo autor da agressão e ano, ocorridas em Santos, 2009 a 2013.

Autor da Agressão	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Família**	39	136	144	117	96	532	17,77
Mãe	43	75	104	81	32	335	11,19
Pai	45	45	51	45	31	217	7,25
Irmão(a)	12	4	13	7	9	45	1,50
Padrasto	14	21	28	7	10	80	2,67
Cônjuge	59	19	45	33	11	167	5,58
Filho(a)	65	16	7	4	13	105	3,51
Namorado(a)	5	-	2	6	6	19	0,63
Ex-Cônjuge	11	4	13	11	2	41	1,37
Ex-Namorado(a)	1	1	8	7	7	24	0,80
Amigos/Conhecidos	29	34	48	54	33	198	6,61
Própria Pessoa	57	97	121	112	70	457	15,26
Pessoa c/ Rel. Institucional	7	4	10	4	6	31	1,04
Policia Agent da Lei	1	2	12	14	6	35	1,17
Desconhecido(a)	23	34	82	92	28	259	8,65
Outros vínculos*	-	14	10	19	3	46	1,54
Ignorado	25	105	53	31	19	233	7,78
Em Branco	84	43	23	16	4	170	5,68
Total	520	654	774	660	386	2994	100,00

Fonte: SINANNET/Fichas de Notificação/SEVIEP – dados provisórios, sujeitos a alteração.

*cliente, paciente, vendedor de picolé, vizinho, síndico, cuidador, dentre outros.

** Família: item pactuado na SEVIEP para contabilizar as notificações de violência em crianças quando estas estão com o campo de *autor da agressão* sem preenchimento ou quando se tratam de outros parentes como tio(a), avô/avó, madrinha, padrinho, sobrinho(a), neto(a), etc.

Diante desta análise quantitativa observamos que a violência contra a mulher revela historicamente a perpetuação da desigualdade de gênero entre homens e mulheres, marcada pela tradição da família patriarcal, pela delimitação dos papéis e espaços destinados as mulheres, pela valorização das qualidades atribuídas aos homens tal como a força física, da

desvalorização das mulheres pela fragilidade e sensibilidade associadas à ideia de submissão. A questão étnico-racial acentua a desigualdade e demanda a necessidade de atenção e cuidados específicos à mulher negra.

Portanto, a partir dos dados quantitativos, é possível descrever o perfil da violência no período de 2009 a 2013 tomando algumas características que se sobressaem na análise dos dados tabulados. Ou seja, as notificações de violência mantiveram praticamente a mesma constância nos registros, sendo que no ano de 2013 percebe-se uma significativa diminuição, indicativa da relevância que é dada aos agravos agudos, como a dengue neste ano. Em relação aos meses de maior ocorrência não foi observado nenhuma prevalência significativa além de certa constância nos meses de junho e outubro, não sendo possível a priori realizar alguma avaliação.

A violência, no município de Santos, ocorre prevalentemente na região Central Histórica, que compõe os bairros Centro Histórico, Encruzilhada, Macuco, Paquetá, Valongo, Vila Mathias e Vila Nova.

A prevalência da violência é entre mulheres, representando quase 60% do total das notificações. Os dados nos permitem dizer que a violência doméstica é prevalente no sexo feminino, entre mulheres na faixa dos 20 a 29 anos com o Ensino Fundamental. Elas sofrem prevalentemente a violência física ocorrida na residência, perpetrada por parentes, parceiros e ex-parceiros. E a violência de gênero também tem cor, dado que mulheres negras sofrem mais violência quando comparadas às mulheres brancas.

3.2. – Análise das entrevistas

As 16 entrevistas realizadas seguiram um percurso planejado no estudo e determinado pelo campo. O universo do estudo é composto por homens e mulheres, que trabalham em unidades do SUS da região Central Histórica do município de Santos. Desta forma, apresentamos um quadro com o perfil dos(as) entrevistados(as) no qual utilizamos códigos formados por letras e números que não se relacionam às iniciais dos nomes das pessoas, para preservar a identificação dos(as) mesmos(as):

Quadro 3 – Perfil dos(as) profissionais entrevistados(as)

Identificação cunhada	B2; B22; B23; B4; D1; E1; H4; M1; N2; N22; N4; P3; S3, S32; T1; U4.
Sexo	Feminino (14); masculino (2).
Idade	Entre 23 e 64 anos.
Raça/cor	Branca (7); parda (5); preta (1); negra (2) e morena (1)
Escolaridade	Superior completo (8); superior completo com pós (1); superior incompleto (3); segundo grau completo (4).
Profissão	Administrativo; agente comunitário de saúde; assistente social; enfermeira; médica; psicóloga; técnica de enfermagem.
Tempo de trabalho na unidade	Entre 8 meses e 21 anos.

3.2.1 – Categoria: Atendimento à mulher em situação de violência

A primeira Categoria denominada “Atendimento à mulher em situação de violência” foi produzida pela análise de “Atendimento considerado marcante pelo(a) profissional de saúde em relação à mulher em situação de violência” considerada como uma subcategoria analítica. Foram também eleitas outras subcategorias: “Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência”; “Encaminhamento para rede de serviços”; “Atendimento à mulher negra”; “Preconceito e a discriminação de gênero e racial por parte do(a) profissional de saúde”, subcategorias estas, apresentadas e discutidas a seguir:

Atendimento considerado marcante pelo(a) profissional de saúde em relação à mulher em situação de violência

O(as) profissionais de saúde trazem na memória ao menos um atendimento que ficou registrado como marcante e que, muitas vezes, evoca sentimentos que os(as) deixaram sensibilizados(as). Mesmo quem não tenha realizado o atendimento, recorda-se de alguma mulher em situação de violência que tenha sido atendida na unidade de saúde em que trabalha ou trabalhou anteriormente:

Foi um caso que assim ainda dói sabe, eu sinto assim, um aperto quando eu lembro desse caso (B2).

Olha, a vontade da gente realmente é resolver né, ainda mais sendo mulher né, e imaginando que ela tá sendo ferida. Eu saí daqui com o coração partido (E1).

Entre os(as) profissionais podemos observar a presença de uma marca que é apreendida pela lembrança de sua própria reação diante da violência na prática profissional, como se vê no relato de um dos(as) profissionais de saúde:

Então, uma vez... pra mim foi marcante, eu não estava aqui na unidade, mas eu estava trabalhando... Eu tinha feito uma visita domiciliar e quando eu cheguei lá, uma moça de 33 anos, ela tava cheia de hematomas e aí ela falou pra mim que ela tinha acordado assim. Eu sabia que não era, porque já tinha relatos de outros vizinhos que falavam que ela bebia, que ela era usuária de drogas e que o marido batia nela. Demorou pra mim conquistar a confiança dela, na época. Tanto que ela tava grávida e ela não fez o pré-natal, e eu fiquei indo quase todos os dias lá nesse endereço. Quando ela teve o bebê, [...] gêmeos, era o sétimo filho [...] Depois de um mês e pouco [um] faleceu e o outro ficou né. Só que depois que passou 1 ano e pouco, dizem que foi uma dívida de droga ou o ex-marido, meio que abafaram o caso, ela faleceu também, foi vítima de agressão, teve traumatismo craniano. Pra mim foi muito marcante, [...] mesmo que não foi aconselhado, [...] eu fui no enterro. Porque eu criei um vínculo com ela, então marcou bastante (P3).

Por meio destes relatos percebemos como o atendimento de um caso de violência fica registrado na memória do(a) profissional. Como no relato acima, além da memória da violência, registra-se a negação da violência sofrida pela própria mulher e registra-se também a importância do vínculo de confiança nesses casos. A situação narrada também indica que essa relação certamente demandou tempo, algumas visitas domiciliares e envolvimento do(a) profissional de saúde.

Este registro permanece como uma marca, conforme Rolnik (1993, p. 242):

[...] que enquanto estamos vivos, continuam se fazendo marcas em nosso corpo. Mas também por uma razão menos óbvia: é que uma vez posta em circuito, uma marca continua viva, quer dizer, ela continua a existir como exigência de criação que pode eventualmente ser reativada a qualquer momento. Como é isso? Cada marca tem a potencialidade de voltar a reverberar quando atrai e é atraída por ambientes onde encontra ressonância [...]. Quando isto acontece a marca se reatualiza no contexto de uma nova conexão, produzindo-se então uma nova diferença. E mais uma vez somos tomados por uma espécie de "desassossego" [...].

E a este desassossego podemos chamar da consequência da marca, desta memória que fica no(a) profissional de saúde após o atendimento à mulher em situação de violência ou mesmo ao tomar conhecimento de algum caso. E, ainda conforme Rolnik (1993, p. 244), através do:

[...] pensamento o que vem primeiro é a capacidade de se deixar violentar pelas marcas, o que nada tem a ver com subjetivo ou individual, pois ao contrário, as marcas são os estados vividos em nosso corpo no encontro com outros corpos, a diferença que nos arranca de nós mesmos e nos torna outro.

Como observamos, o caso fica registrado - na memória - como uma marca, no entanto nem sempre o mesmo acontece com o registro da notificação da violência, que muitas

vezes deixa de ser feito, notificado, registrado o que colabora para que ocorra a subnotificação da violência.

Preenchimento da Ficha de Notificação de violência

A Ficha de Notificação de Violência é um instrumento conhecido dos(as) profissionais de saúde, mesmo daqueles(as) que não tenham realizado algum atendimento à mulheres em situação de violência. Sobre os motivos pelos quais não realizam a notificação, referiram falta de orientação para o preenchimento, a complexidade da Ficha, a falta de tempo e interesse para preenchê-la, o constrangimento em ter que retomar alguma questão como ter que perguntar ao(a) usuário(a) detalhes sobre a violência ocorrida, a defesa e o temor do profissional pela crença de que a notificação denuncie o profissional por ter desvelado a ocorrência da violência, ou seja, o temor de envolvimento com o caso e de sofrer represália pelo autor da agressão da violência, além do tempo que o(a) profissional precisa dispor para obter as informações necessárias ao preenchimento da Ficha, conforme relatado a seguir:

Talvez uma questão de defesa da gente não olhar tanto, né? Talvez até pra não se angustiar tanto. Mas eu acho que principalmente [...] que no trabalho que a gente tem em saúde, assim a gente se vê diante de muitos papéis, papel, papel físico mesmo, pra preencher. Aquilo que não tem uma exigência, a gente dá uma relaxada (B2).

O(a) profissional relata a dificuldade em ter que lidar com a violência e a angústia que ela traz. De acordo com Azambuja (2005, p. 12), entrar em contato com a violência torna-se árduo porque envolve emocionalmente quem atende, além dos aspectos estruturais, como encaminhamento, respaldo legal e o próprio preparo para o manejo da situação.

Nas entrevistas, há muitas justificativas para o não preenchimento da Ficha de Notificação, incluindo o medo de represália, medo da própria violência:

Mas a gente quando sabe que tem um ato de violência sempre fica com medo. Quando começou com tudo isso, que eu comecei a participar das reuniões de rede, no início eu comecei a ir, mas depois eu fiquei com medo de represálias também. E depois eu pedi pra não participar mais nas 2 últimas, porque a pessoa associa, você vai na casa dela, ele sabe que tu sabe. Eu moro no bairro, então eu fiquei meio com o pé atrás de ir, assim, dar continuidade e ter represálias, isso acontece com todo mundo (P3).

Acho que em primeiro lugar o medo, eu acho que as pessoas, os profissionais têm muito medo. E o medo é derivado do desconhecimento, da falta de conhecimento do que se faz com isso. Porque tudo o que você escreve, parece que fica né. E como é uma situação de violência eu acho que o medo é gerado pelo desconhecimento de que aquela ficha possa gerar algum dissabor para o profissional. Eu acho que primeiro ele pensa na proteção dele, e depois ele pensa no que aquela ficha vai ajudar o indivíduo que está ali na frente dele (T1).

A Ficha de Notificação denuncia uma violência, mas não se configura como uma denúncia oficialmente, o que parece estar confuso para os(as) profissionais de saúde, pois “o receio de represálias remetem à crença de que notificação é o mesmo que denúncia” (CONCEIÇÃO, J. C. *et. al.*, 2012, p.475).

O objetivo da Ficha de Notificação de Violência é o registro da violência, ou seja, a Vigilância Epidemiológica dos municípios trabalham com os dados das notificações. Os mesmos servem de indicadores para planejamento de ações específicas que visam monitoramento, promoção da saúde e prevenção da violência. No entanto, os(as) profissionais tendem a confundir este objeto com uma denúncia, quando na realidade, mesmo que a Ficha denuncie uma violência, não envolve autoridades seja policial ou judicial. A ideia implicada na notificação é obter dados, que serão trabalhados e divulgados para promover ações a partir da realidade revelada pelas notificações, pelo registro, considerando que somente através dos dados é possível implantar ou implementar alguma ação com mais fidedignidade, pois os dados revelam e desvelam a violência em sua magnitude, ou seja, quem sofre, onde sofre e como sofre com a violência, o que possibilita uma intervenção precisa e eficaz.

Outro aspecto revelado nesta subcategoria é com relação à falta de interesse do(a) profissional quando ao preenchimento da Ficha de Notificação, conforme relato:

[...] falta de leitura mesmo, de interesse das pessoas, da pessoa responsável de querer saber o porquê daquilo ali, por que tudo tem uma ligação entre uma resposta, uma pergunta, um item e o item seguinte né. Então é isso, falta de interesse em buscar o conhecimento, do porquê daquilo ali né, se aquilo existe tem que ser preenchido (H4).

O que nos leva a questionar sobre como fazer para que a Ficha de Notificação e, portanto, seu preenchimento, tenha sentido para o(a) profissional. De acordo com o relato acima observamos que a Ficha de Notificação é um instrumento que carece de melhor divulgação em seu sentido mais amplo, ou seja, porque e para que ela existe, enfatizando que não significa a mesma coisa que uma denúncia. Observamos ainda de acordo com Conceição *et. al.* (2012, p. 475) “a necessidade de que os profissionais melhor compreendam a diferença entre denúncia e notificação de violência”.

Notamos ainda, com relação ao preenchimento da Ficha de Notificação que ocorre o desestímulo do(a) profissional para o preenchimento da Ficha devido a banalização da violência que parece contribuir para que a mesma não seja realizada, é como se somente casos considerados gritantes devessem ser notificados, já que a violência parece ocorrer cotidianamente. O que de acordo com CANDAU (2000, p. 146) sugere que “[...] é a

afirmação do desenvolvimento de uma cultura da violência, que se alastra e favorece todo um processo de banalização e naturalização de diferentes formas de violência”.

Às vezes algumas coisas ficam tão banalizadas né, tem tanta violência que acaba ficando banalizado né. Aquela mãe que grita o tempo todo com o filho ou aquele marido que esculhamba com a mulher [...] fica tão banalizado que assim, a gente acaba não olhando como uma violência, entendeu, parece que só aquela pessoa que vai chegar espancada referindo que foi vítima de violência sexual, tal, que a gente vai lembrar [de notificar] (B2).

Além disso, o tempo que o(a) profissional tem que investir para conseguir obter as informações das usuárias, conforme pode ser visto no relato a seguir, e a própria complexidade das relações de gênero que a violência expõe, além da própria dificuldade das mulheres em reconhecer a violência sofrida, muitas vezes negando-a. O que parece significar que além da sociedade, a própria mulher não se reconhece como sujeito, e “sujeito de direito”, conforme Souza, E. R. (2005) e relato a seguir:

Eu te contei esse caso, mas assim o atendimento foi quase 2 horas, e a gente conversando e blá, blá, blá, até eu chegar... , se realmente nesse atendimento eu focasse só a violência eu não ia colher dado algum, informação nenhuma, entendeu... Ela me disse né, quando eu perguntei a primeira vez: ah, eu bati. Ah, tudo bem, bateu tá. Então, se eu considerar isso, foi uma agressão, mas e aí? Quem que fez, em que momento, o por quê, o que mais tem de lesão? Então [...] se o meu olhar fosse só pra essa lesão, realmente a gente não tiraria informação nenhuma. Porque elas se negam né, neste atendimento mesmo ela saiu falando: “eu não quero denunciar, e a gente tá bem, entendeu?”. Então ela não abre muitas das vezes pra você tudo que tá envolvido, e isso dificulta muitas das vezes a notificação. Você vai notificar uma coisa que você tem pouca informação, você tá muito superficial no assunto ainda (E1).

O(a) profissional alega ainda a falta de orientação para o preenchimento da Ficha de Notificação sugerindo que deveria haver um acompanhamento deste trabalho de forma mais frequente:

Eu acho que sempre nós precisamos de treinamento, de atualização, de esclarecimento. Porque às vezes você faz um treinamento [...] que nem eu, [...] foi uma participação numa orientação sobre notificação, mas isso foi 8, 9, 10 anos atrás, então quando você vai praticar aquilo que já ficou, que não teve uma prática constante, com certeza você vai encontrar dificuldade. Então eu acho fundamental a reciclagem constante dos profissionais da área da saúde em todos os aspectos, todos os aspectos (B4).

Tal resultado reforça a relevância com o produto deste mestrado profissional e aponta para a necessidade de promover Educação Permanente em Saúde que possa contribuir para que o(a) profissional de saúde tenha mais elementos para lidar com estas temáticas tão relevantes e que parecem extrapolar os muros da instituição, pois levam o(a) profissional a ter que lidar com seus sentimentos, muitas vezes de angústia, medo e receio, como foi revelado.

O conteúdo das entrevistas e a análise feita parecem sugerir que o não preenchimento da Ficha de Notificação de Violência pode estar relacionado com modos e estratégias que os(as) profissionais de saúde utilizam para que não tenham que lidar com a violência, ao menos no cotidiano do trabalho:

Eu conheço a ficha [...] tem coisas que a gente ainda não introjetou na rotina entendeu. Eu [...] confesso, com vergonha, mas eu confesso que eu já atendi caso que era de violência e que eu não lembrei, de notificar, entendeu. [...] sei que é um instrumento que pode assim ajudar muito, inclusive assim dar visibilidade [...], interferir nas questões das políticas públicas pra questão da violência, mas [...] é talvez uma questão de defesa, da gente não olhar tanto né, talvez até pra não se angustiar tanto (B2).

O não preenchimento da Ficha de Notificação da Violência contribui para a subnotificação, conforme Kind (2013) afirma em relação à presença da violência contra mulheres no cotidiano dos serviços de saúde da atenção primária e a existência da subnotificação, ou seja, profissionais de saúde não notificam todas as ocorrências atendidas. O que contribui para com a consequentemente invisibilidade da violência contra a mulher considerando, segundo Grossi (2012, p. 81), que “a invisibilidade das mulheres e de seus direitos humanos, e consequentemente, a invisibilidade da violência contra a mulher, são processos culturais e históricos [...]”.

Outra especificidade do atendimento à mulher em situação de violência que vai além do preenchimento da Ficha de Notificação da Violência é, muitas vezes, a necessidade de realizar o encaminhamento desta mulher para a rede de serviços, conforme observamos na subcategoria abaixo.

Encaminhamento para rede de serviços

Quando referiram sobre o encaminhamento para a rede de serviços, foi possível identificar que algumas entrevistas revelam que os(as) profissionais não sabem para onde encaminhar a mulher em situação de violência. Há, inclusive, quem considere a rede de atenção à mulher em situação de violência inadequada:

Eu sei que até funciona, mas eu acho assim que tinha que ter uma atividade maior. Tinha que ser uma decisão mais rápida, não de ser tão burocrático (S3).

Alguns conteúdos, no que diz respeito à rede de serviços sugerem que há burocracia ao lidar com a violência de gênero. E o que isto significa? Aqui, a indicação parece sugerir a necessidade de uma maior agilidade da rede, o que pode estar relacionado a resolutividade dos casos atendidos e ao trabalho em rede. Que de acordo com Njaine, K. *et.*

al. (2006, p. 1321) “pode-se afirmar que a construção de uma rede de proteção demanda etapas complexas, um novo olhar para o mesmo problema, a utopia para plantar soluções e a superação do modo de trabalho setorizado e verticalizado.”

A partir das entrevistas, pudemos identificar que profissionais, em determinadas situações, além de realizar o encaminhamento, orientaram a usuária quanto ao protocolo do atendimento no caso da violência sexual¹¹ sofrida, como ilustra o trecho abaixo:

A violência ela tem todo um protocolo, não basta só ela tomar a pílula anticoncepcional, do dia seguinte pra evitar uma gravidez indesejada, mas também ela necessitaria [...] de outros atendimentos. Da parte psicológica, ela teria acompanhamento, ela teria que ter provavelmente coleta do material [pois] poderia ter algum resto de material do homem, tipo esperma ou uma secreção que poderia ser levado pra prova criminal de DNA. [E] vários acompanhamentos e exames físicos, [...], além da pílula do dia seguinte, [...] um coquetel de antirretrovirais porque é desconhecido se [...] aquele que a violentou [...] tinha ou não HIV. Então orientei que ia ser colhido o sangue dela, que ia ter vários [...] atendimentos lá [referindo-se ao Hospital e Maternidade Silvério Fontes]. Que ela ia tomar um coquetel, que são vários remédios, uma dose alta, porque se fosse o caso do homem estar infectado, de não passar o HIV pra ela, dando uma carga alta de antirretrovirais. Que ela ia tomar vacina de [...] Tétano e Hepatite não é uma [dose] só, então depois ela teria que dar continuidade lá na unidade X que é mais próxima da casa dela, embora todas as unidades atendam a vacinação (U4).

Para alguns(mas) dos(as) profissionais entrevistados(as), o melhor atendimento possível à mulher em situação de violência, seria aquele que se efetiva por meio de uma rede de apoio que funcionasse com base no acolhimento, escuta, proteção e trabalho em equipe, inclui a ideia de um trabalho realizado por uma equipe multiprofissional:

Acho assim, ela não tem condições de sair da casa dela. Eu acho que tinha que ir uma equipe, já fazer atendimento psicológico, preparar ela pra ela [...] sair dessa situação que ela se encontra [...], depois que eu sair de lá ela vai continuar sofrendo [...] maus-tratos. [Precisa] identificar logo, identificar o que está acontecendo, tomar uma providência, afastar a pessoa, assim, ter mais agilidade (S3).

Eu acho que atendendo toda essa demanda dela né. Não é só... teria que ter um profissional aqui, [...] de imediato pra fazer esta abordagem psicológica né, porque o enfermeiro ele tem que...(risos) tentar cobrir [...] Mas eu acredito que precisaria realmente ter um serviço né, com vários profissionais ali envolvidos, com a psicologia, com a assistente social né (E1).

Rede esta, que necessita também de uma articulação intersetorial, considerando que a resposta para a violência não é só da Saúde. Entendemos que para um melhor enfrentamento da violência contra a mulher o diálogo de diversos profissionais é necessário.

¹¹ Protocolo: Norma Técnica-Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.

De acordo com Menezes *et. al.* (2014, p. 784) “[...] para o enfrentamento da violência há necessidade de articulação intersetorial e de capacitação de seus profissionais inclusive para os encaminhamentos, a fim de que a mulher seja atendida de forma integral”.

Uma das faces da rede de atenção, o atendimento psicológico, foi considerado como relevante inclusive para os(as) próprios(as) profissionais de saúde, como o trecho abaixo aponta:

Uma coisa que eu acho que falta muito na rede [...] é o psicológico né, isso falta muito, até pros profissionais, imagina pra quem não é né, [...] tem o atendimento do NAPS, mas às vezes não é aquilo que ela busca. Talvez um atendimento de um psicólogo sem ser naquele local, do NAPS, poderia ser num outro lugar, até numa unidade básica com um horário marcado (U4).

O conteúdo das entrevistas apontaram críticas para a rede de atenção às mulheres em situação de violência, mas também demonstram que os(as) entrevistados têm noções acerca de um atendimento considerado exemplar, como observamos descrito no trecho abaixo:

O atendimento perfeito ou ideal ele começa no acolhimento da pessoa, no profissional começar a reconhecer algum sinal de que aquela pessoa foi vítima de violência, se ela não fala de cara né, isto é a primeira coisa. Agentes de recepção, de acolhimento, preparados para reconhecer, respeitar, não ficar ali naquele momento indagando, porque ele ali não vai poder resolver a situação dela. Ele vai fazer o melhor encaminhamento que puder enquanto na recepção, qual é o médico, o psicólogo ou o assistente social ou qual é a enfermeira, seja lá a equipe que tiver montada ali naquele serviço, para receber estes casos. [...] Eu penso que seria assim né, registros adequados, encaminhamentos adequados para uma rede de serviços que vai poder dar contenção à necessidade dela (T1).

Observamos, na subcategoria encaminhamento para a rede de serviços que os(as) profissionais revelam a necessidade de um trabalho em equipe, ou seja em rede, mas também com uma atenção para além da pessoa em situação de violência, uma atenção para eles(as) próprios(as) enquanto profissionais e pessoas que também necessitam de cuidados. O que pudemos observar nas subcategorias “Atendimento considerado marcante pelo(a) profissional de saúde em relação à mulher em situação de violência” e também no “Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência”, as quais revelam o quanto a violência e o atendimento às mulheres em situação de violência podem mobilizar o(a) profissional de saúde.

Atendimento à mulher negra

Na subcategoria “Atendimento à mulher negra” os(as) entrevistados(as) relataram que o atendimento se dá da mesma forma tanto para a mulher branca quanto para a negra.

Para eles(as), a alegação é que não veem, ao menos a priori, a raça/cor ao prestar o atendimento:

Acho que da forma que eu atenderia [...] qualquer outra mulher, né [...]. E quanto a ser uma mulher negra não faz assim nenhuma diferença, pode ser japonesa, branca, índia, não faz diferença nenhuma (risos) (B2).

Eu não vejo as pessoas pela cor, eu vejo o ser humano. Então eu procuro atender todos da mesma forma, atenção... não só na questão de violência, nas necessidades do usuário (B4).

Nas entrevistas com profissionais mulheres, foi possível observar a ocorrência de identificação de gênero por um lado, assim como a associação da mulher com ideia de fragilidade:

[...] como mulher [...] eu me ponho no lugar dela. De que sempre a gente é [...] indefesa né. [...] Eu acho que a mulher [...] sofre muito mais por isso, por ser [...] frágil né, o gênero frágil (U4).

Tal ideia é expressa no Relatório Anual Socioeconômico da Mulher:

As exigências sociais que recaem sobre as meninas são aquelas relacionadas à criação de um corpo dócil, frágil e contido. Os brinquedos e brincadeiras também se dividem em “de meninas” e “de meninos” e reforçam os estereótipos de gênero de meninas delicadas e meninos ativos. O extremo do estereótipo feminino [...] a fragilidade [...] (BRASIL, 2013, p. 148).

Apesar de alegarem que o atendimento se dá da mesma forma, há relatos de certa ênfase no acolhimento à mulher negra, em relação ao atendimento, devido ao preconceito que a mulher negra passou no decorrer da história. Nesse caso, o que está sendo enfatizado é a questão racial que parece estar associada a um sentimento de compaixão, que de acordo com Meneghel, S.N. *et. al.* (2000, p. 755) “[...] as mulheres [...] se comoveram, mostrando uma sempre presente capacidade de sentir compaixão e tolerância para com as outras mulheres. O que é corroborado também por Soares, G. S. (2003, p. 405) que afirma que “a experiência e o convívio com as mulheres e suas histórias de dor e sofrimento [podem transformar] resistência, medo e distância em solidariedade e compromisso”.

Ah, me passa muita coisa, porque eu acho que a mulher negra, ela já [...] por si só, sofre muito preconceito, né. Então no meu modo de agir eu sou assim, eu já abraçaria a pessoa, já pegaria na mão dela, vamos conversar? Tá nervosa? Vou pegar um copo de água, senta aqui, vamos na salinha, lá a gente conversa, você vai me explicar melhor, vai se acalmando, eu vou ficar aqui com você (M1).

Num primeiro momento eu acho que a abordagem sempre acaba ficando focada na situação que ela traz, no que ela viveu agora né, no espancamento ou estupro, sei lá e depois é que você vai tentando trazer se houve alguma relação com isso, com o fato de ela ser branca, negra ou de outra cor, as vezes até ela relata isso mesmo sabe, se o autor da violência falou alguma coisa, fez alguma referência, isso vai pontuar muito o relato e o que a gente vai fazer depois disso (T1).

Preconceito e discriminação de gênero e racial por parte do(a) profissional de saúde

Quando a entrevista aborda o preconceito, os conteúdos revelam que os(as) profissionais identificam comentários e atitudes de preconceito em relação à mulher e também acreditam que na atenção em saúde prestada nos serviços os(as) usuários(as) sofrem discriminação racial.

Com relação ao preconceito de gênero evidenciamos a presença do mesmo nos trechos a seguir:

Assim, você escuta até no meio que a gente trabalha [abaixou um pouco o tom da voz], ah apanha, então ela gosta de apanhar, por que tá vivendo nessa situação? (S3).

Então eu acho que a mulher, ela tem culpa nisso sim [violência]. Quando ela levar o primeiro grito ou a primeira levantada de mão ela tem que ter hombridade, a personalidade de se desvencilhar daquilo, ah, é fácil falar... Não, mas ...a mulher tem que ter personalidade, eu acho (N22).

Eu acho que..., quando eu te disse que, é... diante de uma situação de uma mulher em violência... eu fiquei... numa discussão né, mas por que aceita ficar, entendeu? Depois parei pra pensar, que visão mais preconceituosa né, ela não quer ficar nessa situação né, ninguém quer ser agredido. [...] Então, a gente em alguns momentos, a gente cai aí numa situação, numa visão preconceituosa, num achismo preconceituoso [...](E1).

O (a) profissional ao se referir aos(as) colegas de profissão também se inclui, ao assumir que tem preconceito, o que nos revela que o preconceito está naturalizado no senso comum, conforme já relatado neste estudo a partir de Nogueira, I. B. (2008) que afirma que o preconceito está na natureza do ser humano e é útil para criar o que chama de caráter identitário, pois ajuda na diferenciação de um grupo de outro, mas enfatiza que quando esta natureza é exacerbada a consequência é a discriminação. Como ilustra o trecho abaixo:

A gente sempre tem né [preconceito]. Duro é declarar com a gente mesmo. Às vezes a pessoa não se declara, mas faz julgamentos e atendimentos... Destrata [...], não atende bem como atenderia uma pessoa de outra cor. É triste, principalmente na Saúde, o preconceito com a cor. A pessoa deveria ter outro olhar (D1).

Por outro lado, em outras entrevistas, os(as) profissionais negaram ter preconceitos:

Não, com certeza não, não sou preconceituoso de forma alguma (B23).

Não, não. Eu não sou perfeito não gente, pelo amor de Deus, deixa eu pensar... Não, não [tenho preconceitos] (H4)

Não, não tenho nenhum preconceito não (U4).

E mesmo aquele(a) que não se autotransclassifica negro(a) também nega:

Não, minhas melhores amigas são pretas (N2).

Mas de acordo com os relatos supracitados parece que, ao mesmo tempo em que negam, alguns(mas) revelam, provavelmente sem perceber, seus preconceitos ao dizer que:

A gente sempre tem né [preconceito]. Duro é declarar com a gente mesmo (D1).

Nogueira, O. (2006, p. 299) ao tratar do preconceito de marca baseado na cor da pele e, no de origem baseado na ancestralidade revela que:

[...] no Brasil, um indivíduo pode ter preconceito contra as pessoas de cor, em geral, e, ao mesmo tempo, ser amigo particular, cliente ou admirador de determinada pessoa de cor, sem que isso cause espécie ou implique uma mudança de atitude ou de conceito das demais pessoas em relação a ele, pois que não envolve uma redefinição de atitude ou de ponto de vista de sua parte.

Com relação à discriminação nos atendimentos, as entrevistas trazem elementos que revelam haver discriminação no cotidiano do trabalho:

Eu acho que sim. Eu já vi algumas situações, de profissional para usuário, só porque é negro trata mal, entendeu (M1).

Se por um lado, os(as) entrevistados(as) não tenham identificado em si mesmos(as) atitudes racistas, alguns(mas) alegam que já sofreram com o racismo:

Eu acredito que não [...] porque eu sei o quanto é dolorido isso, uma atitude racista. Não! Já sofri, mas não tive uma atitude racista (S3).

A partir da análise, podemos inferir que, no geral os(as) profissionais revelam a existência do preconceito de gênero, pois a discriminação neste caso não ficou evidente. Por outro lado, aparece apenas timidamente a existência da discriminação racial nos atendimentos de saúde, tema que será discutido mais adiante. Pela análise gerada com a categoria “Atendimento a mulher em situação de violência” foi possível observar que a violência deixa marcas também no(a) profissional que atende às mulheres em situação de violência. Podemos verificar que a violência também provoca resistência para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência por haver a percepção de que ela serve para denunciar a violência e que, por isso, pode trazer consequências para o(a) profissional, como represálias por parte do agressor. Quanto ao encaminhamento para a rede de serviços parece haver uma limitação dada pelo desconhecimento sobre para onde encaminhar esta mulher em situação de violência, além da necessidade de um trabalho em rede mais efetivo. Em relação ao preconceito e

discriminação, há negação por parte do(a) profissional ainda que apareçam nas entrelinhas das falas. A discriminação no que diz respeito à raça/cor na Saúde apareceu timidamente na fala de alguns(mas) profissionais.

Logo, o atendimento em saúde, no caso à mulher em situação de violência, diante deste cenário relatado, onde timidamente aparece a existência de preconceitos e discriminações dos(as) profissionais de saúde nos remete a pensar na necessidade da equidade em saúde, que de acordo com Batista e Kalckmann (2003), relatado no editorial do Boletim do Instituto Saúde (SÃO PAULO, 2003, p. 3), nos levam a refletir: “Se o conceito de equidade vertical indica: tratamentos diferenciados para os desiguais, se estamos numa sociedade desigual, o tratamento igualitário hoje oferecido a pretos, indígenas e brancos não estaria, na verdade, promovendo a desigualdade?”, que dialoga com a próxima categoria deste estudo nos permitindo refletir sobre a raça/cor no atendimento desta mulher em situação de violência.

3.2.2 – Categoria Quesito Raça/cor

A Categoria Quesito Raça/cor permitiu realizar análise por meio das subcategorias: “Autoclassificação da raça/cor”; “Importância do preenchimento do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e/ou nos documentos da Saúde”; “Participação em formações para coleta do quesito raça/cor nos documentos da Saúde”, e “Sugestões para melhorar o preenchimento do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência”.

Autoclassificação da raça/cor

Os(as) entrevistados(as), de forma geral, receberam apenas orientação para o preenchimento deste campo por meio de reunião ou em uma conversa informal com outro(a) profissional. Alguns(mas) relatam que não se sentem constrangidos(as) em perguntar ao(a) usuário(a) qual é a sua raça/cor, mas também relatam sentir muitas vezes que o(a) usuário(a) se sente desconfortável com a pergunta. Tais conteúdos revelam que os(as) entrevistados não entendem ao certo o porquê da autoclassificação, o que para alguns(mas) parece não fazer sentido perguntar ao(a) usuário(a), porque acreditam que eles(as) mesmos(as) poderiam preencher baseando-se na cor da pele que ele(a) próprio(a) vê e também por acreditar que o(a) usuário(a) muitas vezes não sabe como se autoclassificar como nos relatos a seguir:

Tem muito negro que não denomina-se negro, eu acho que é por isso que não vem preenchido adequadamente (N22).

A gente houve as coisas mais engraçadas (risos) né, porque assim, às vezes você olha pra uma pessoa, que você está olhando que é negra e ela fala que é branca e vice-versa né, o contrário também existe. [...] eu acho que é quando a pessoa não sabe, porque assim [...] talvez se você olhasse depois de preenchidas as fichas e olhar as pessoas que estão sentadinhas ali [na unidade de saúde], foram elas que disseram, mas se você olhar, você vai falar assim, não confere (B2).

O que mais uma vez parece indicar que o(a) profissional de saúde carece de capacitação que possibilite saber que “perguntar a cor ou raça/etnia dos(as) usuários(as) de saúde é uma forma de conhecer melhor o perfil os(as) pacientes para melhor atendê-los(as) e para prevenir doenças”, conforme Dias, Giovanetti e Santos (2009, p. 17), e que dialoga com o produto deste mestrado profissional.

Ademais na própria Ficha e documentos da Saúde há um campo “Ignorado” como uma opção de resposta, como disse uma das entrevistadas:

Tem essa opção da pessoa não querer informar, ou não sabe, ou não é informado (S3).

O que possibilita deixar o campo sem completude ou registrar ignorado. E, conseqüentemente significa ausência de informação, de dados, sobre a raça/cor de usuários(as). Logo, avaliar a atenção a saúde no que diz respeito aos segmentos populacionais específicos se torna prejudicado. Considerando que a resposta “Ignorada” deveria ser utilizada somente quando não se puder obter a informação, ou seja, a resposta fornecida pelo(a) próprio(a) usuário(a). De acordo com as orientações adequadas, a opção Ignorado para o preenchimento do quesito raça/cor deveria ser utilizado somente após esgotar-se todas as tentativas de explicar ao(a) usuário(a) sobre o propósito da coleta do quesito. O fato de ela tornar-se um atalho, ou seja, ser escolhida para driblar com a dificuldade ou falta de sentido para o profissional, pode indicar necessidade de (re)capacitar o(a) profissional de saúde que, muitas vezes, desconhece sua própria raça/cor, como fica explicitado no momento em que os(as) profissionais de saúde, são questionados(as) nas entrevistas sobre sua própria raça/cor, demonstrando dificuldades ou desconforto em se autotransclassificar:

Ah, eu acho que pelo tom de pele, pela... sei lá... Eu acho que assim, eu não sou branca né, não sou indígena, não sou... é... asiática, então eu acho que eu sou negra (B2).

Por quê? Nossa, pergunta difícil né. Ah, eu assim... Por que, que... eu me...? Porque eu sou da raça, da cor negra, porque eu já passei por muitas coisas, dificuldades, é... preconceito, né”. Então eu sei o que é ser negra, eu acho que é isso. Eu não sei se eu consegui me expressar entendeu, mas eu acho que é isso, eu sei o que é ser negra, entendeu (S3).

Houve também outros(as) profissionais que revelaram que identificam sua raça/cor pelo que consta na certidão de nascimento, abrindo mão de autorreferir sua própria cor sendo a certidão de nascimento a sua referência, indicando heteroclassificação.

Uma porque eu fui registrada (risos) como branca (risos), e eu acho que eu sou branca, pela cor de cabelo claro, olhos claros, né. Mas na verdade é mais pelo registro lá, que eu sou branca, do que qualquer outra coisa (risos). (M1)

É preciso ter em conta, como já observado, que a inclusão do quesito cor, somente em 1996 passou a ser incluído em alguns documentos da Saúde, logo, ainda que tenha havido algumas capacitações, esta prática é recente na Saúde.

Os(as) profissionais definem sua raça/cor a partir da miscigenação existente na própria família, mas principalmente baseiam-se no que consta nos documentos, como a certidão de nascimento:

Branca. É, há uma miscigenação muito grande na minha família. Meu pai veio de uma família negra, meu pai era moreno partindo mais pro negro né, a minha mãe é bem branca né, e devido ao documento, aquela coisa da certidão de nascimento. Então eu me parto desta questão do documento, é documento, na certidão, é isso, somente isso (H4).

Branca. Porque é a cor que eu me enxergo né, branca. Eu tenho, é assim que eu tenho lá na minha certidão de nascimento né, eu nasci da cor branca, é assim que eu me enxergo [...] embora amarela, porque branco mesmo é alemão (N22).

Por outro lado, também houve relatos de profissionais que revelaram detalhadamente o porquê a autoclassificação é importante, alegando que a própria pessoa é a mais indicada, devido a conhecer seus antecedentes familiares:

Não tá, por exemplo, na certidão..., na cédula de identidade, não tá. É uma coisa que é autorreferido né, [...]. Eu uma vez fui numa palestra, não sei se era hipertensão na raça negra ou coisa assim, e uns dos que estavam organizando aquele evento, foi ali até na OAB, ele era um rapaz bem branco e ele disse que o pai dele era negro. Então, ele estava lá e até na mesa, a gente achava estranho, tipo assim, será que o cara é chefe daqui, e ele veio como palestrante? Então assim, visualmente é difícil perceber, o que a pessoa acha, tipo cabelo liso, branquinho, bem branquinho, mais branco do que eu. Aí ele falou, eu sou negro, meu pai era negro, eu sou negro, então assim a pessoa que... ela que tem que se declarar né, não é o que os outros acham (U4).

Apesar de no Brasil, de acordo com Nogueira, O. (2006, p. 292) o preconceito existente ser o preconceito de marca, como já foi dito, o relato abaixo nos remete ao conceito de preconceito de origem, presente nos Estados Unidos que segundo o autor:

Quando o preconceito de raça se exerce em relação à aparência, isto é, quando toma por pretexto para as suas manifestações os traços físicos do indivíduo, a fisionomia, os gestos, o sotaque, diz-se que é de marca; quando basta a suposição de que o indivíduo descende de certo grupo étnico para que sofra as consequências do preconceito, diz-se que é de origem.

Uma das entrevistadas, inclusive se autotranscreveu como morena e complementou a identificação, da seguinte forma:

Da raiz é negra, mas a raça é tão misturada. Tenho irmãos da cor da pele preta, mãe negra e pai índio (D1).

Outra se autotranscreveu como parda, mas ao ser questionada sobre ter presenciado situação de racismo, a mesma alegou que sofrera afirmando:

Até eu que não sou negra [sofri], eu sou mais morena.”(P3).

O que nos possibilita dizer que basta o tom da pele ser distinta da raça/cor branca para que o preconceito possa emergir, ainda que isto não seja o esperado, porque a pele é lida como menos escura “mais morena”. Aqui observamos um diálogo entre origem e marca. Apesar de observarmos que ainda que no Brasil o preconceito seja de marca e “o [...] indivíduo, sendo portador de traços ‘caucasóides¹²’ será considerado branco, ainda que se conheça sua ascendência negra ou o seu parentesco com indivíduos negróide¹³”, conforme Nogueira, O. (2006, p. 294).

Enquanto houve também quem se autotranscreveu por seus antecedentes familiares e/ou ancestrais:

Branca. Pela descendência da minha família [...] meus pais são brancos, a minha avó era índia (B22).

Parda. Eu declaro porque a minha etnia é de origem africana, mas tem a mistura do português, [...] do indígena, então, por isso me declaro parda. Como etnia, negra, porque o negro prevalece sobre outras cores, mas pela... miscigenação aí eu me declaro parda (B4).

Parda, me considero pardo né. Devido aos meus antecedentes né, no caso, como diz o meu pai, que os avós deles eram índios né, e assim vai né. A minha avó, por outra parte era negra né, se declarava, não sei, mas eu me declaro pardo (B23).

O que nos remete a ideia de um país mestiço que constitui nossa identidade nacional conforme Schwarcz (1994, p. 137):

Essa visão mestiça da nação não se resumia, porém, ao olhar que vinha de fora, aos inúmeros naturalistas que aqui estiveram. Internamente o tema se reproduzia a partir de diferentes locais. Nos censos, nos jornais, nas pinturas, na visão de políticos e cientistas, raça aparecia como um argumento partilhado, uma interpretação interna

¹² Caucasoide: Que ou quem pertence a uma divisão da espécie humana, originária da Europa, Norte de África e Próximo Oriente, com características físicas e genéticas comuns, notadamente pele clara ou morena = Caucasoide.

¹³ Negróide: Relativo ou semelhante a negro ou a pessoa de pele muito escura. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

bastante consensual. “*Formamos um paiz mestiço... somos mestiços se não no sangue ao menos na alma*”, definia o crítico literário Silvio Romero (1888), da Escola de Recife, ao comentar “*a composição étnica e anthropologica singular*” da população brasileira.

Observamos também, no relato abaixo, a presença das duas perspectivas origem e marca que segundo Nogueira, O. (2006), o preconceito de marca configura o modo como o preconceito racial atua no Brasil e o preconceito de origem como o mesmo aparece nos Estados Unidos. Isto porque, aqui, no Brasil, o preconceito (de marca) considera os traços físicos, a fisionomia, gestos e sotaque do indivíduo e lá, somente com a suposição da descendência étnica já implica que o indivíduo sofrerá consequências, ou seja, o preconceito racial:

Porque eu tenho uma identificação, minha cor é preta e minha raça é negra. Então, pra mim é tão natural que eu nunca me identifiquei de outro jeito. Desde que eu me entendo por gente, então não sei, me identifico. Pra mim é uma coisa tão natural que eu não consigo conceber outro jeito de me colocar. Me sinto fazendo parte de um grupo entendeu. A minha ancestralidade toda, as estórias que eu ouço da minha família, tudo desde muito pequena, não saberia te explicar assim com detalhes, é uma coisa tão natural, já é da minha natureza vamos dizer assim (T1).

Há profissionais que se sentem constrangidos(as) em perguntar a raça/cor ao(a) usuário(a):

Um pouco de vergonha, mas tem que perguntar (N2).

O constrangimento do(a) profissional em perguntar a raça/cor ao(a) usuário(a) parece comum, pois de acordo com Dias, Giovanetti e Santos (2009, p. 15) “muitos profissionais relatam que sentem medo de ofender ou vergonha de causar embaraço aos usuários(as) de cor preta [ao perguntar sua raça/cor], pois no passado, muitas vezes, este termo foi utilizado de maneira pejorativa”.

Eu não me sinto muito a vontade, [em perguntar] porque eu vejo que eles não gostam [...] e às vezes até respondem mal [dizendo]: ‘você num tá vendo?’. Então eu acho que não é uma coisa muito legal pra eles, pra mim não é muito legal ficar perguntando, mas tem que perguntar (P3).

Sendo também enfatizado o desconforto que os(as) profissionais sentem ao perguntar, conforme ilustram os trechos a seguir: “*De a gente [...] não se importar com o desconforto de perguntar né, pra pessoa, e tentar tratar da forma mais normal possível. Apesar do brasileiro [...] sentir bastante vergonha de se identificar*”. (N4)

Um pouco constrangido, vou falar pra ti, (risos) de perguntar, mas como a gente tem que perguntar, eu pergunto sempre. Não sei..., sinceramente eu não sei te dizer

por quê... mas, como tá na ficha que a gente tem que perguntar ... Porque às vezes a pessoa... ela, não sei se... ela falar que é de uma cor e ela é outra, porque a gente não tem só negro e branco né, temos, acho que negro, branco, pardo, indígena também tá... muitas vezes eu imagino que a pessoa pra quem eu [es]teja perguntando se sinta ofendida [...] (B23).

Alguns(as) dos(as) entrevistados(as) entendem que os dados estatísticos resultantes do preenchimento deste campo na Ficha de Notificação, não servem para medir o que se propõe de modo fidedigno, porque o preenchimento não é adequado, considerando que, muitas vezes, o(a) usuário(a), desconhece sua raça/cor “as pessoas de cor parda, muitas vezes, ficam em dúvida, não sabem se autotransclassificar e devolvem a pergunta ao profissional: ‘o que você acha?’. Outras vezes, respondem o que está no registro de nascimento”. Quando na realidade o(a) profissional de saúde deveria explicar ao(a) usuário(a) sobre as possibilidades da miscigenação, facilitando assim a coleta do quesito raça/cor conforme Dias, Giovanetti e Santos (2009, p.15).

Importância do preenchimento do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e/ou nos documentos da Saúde

Em contrapartida, em se tratando da “Importância do preenchimento do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e/ou nos documentos da Saúde” observamos que alguns(mas) dos(as) entrevistados(as) sabem da relevância de seu preenchimento e sabem que serve para gerar dados estatísticos, assim como para conhecer doenças prevalentes na população, como para contribuir na elaboração de Políticas Públicas que levem em conta as especificidades da população negra:

Penso que é um avanço essa política pública porque se pensa melhor nesta questão devido à questão do racismo no nosso país. É um levantamento para entender sobre política de saúde para implementar atendimento específico e aprender melhor sobre doenças acometidas como a anemia falciforme (D1).

Políticas públicas [que] precisam ser pensadas a partir disto [da Ficha de Notificação e do quesito raça/cor], então você notifica, você analisa, você interpreta e você dá publicidade a isto, porque alguém precisa fazer alguma coisa e alguém só vai fazer baseado em alguma informação, em alguma evidência mesmo de que a coisa está acontecendo (T1).

[...] fator fundamental, porque, a questão da raça, da cor, da etnia, ela significa características específicas de cada raça e a Saúde tem que estar preparada pra tá fazendo essa observância com relação às raças e suas características. Então, é fundamental que seja preenchido de forma adequada (B4).

Assim como observado anteriormente com relação ao constrangimento por parte dos(as) profissionais ao perguntar a raça/cor ao(a) usuário(a), alguns(mas) entrevistados(as) acreditam que outros(as) profissionais podem não preencher o quesito raça/cor para não se indispor com o(a) usuário(a):

Deixa em branco porque não quer se indispor (S31).

Acreditam que o usuário(a), muitas vezes, questiona o motivo da pergunta e não sabe declarar qual é a sua raça/cor. O que parece denotar o não entendimento do método da coleta do quesito pelo profissional e conseqüentemente pelo usuário(a):

Então às vezes a pessoa, por exemplo, eu sou filha de brancos, tô falando que eu acho que eu sou parda, então isso acontece constantemente, as pessoas não sabem distinguir a sua raça ou cor. Então eu acho que isso seria um dos erros. Na verdade a gente também não pode responder por eles né, se ele fala que ele é branco, se ele não for, for amarelo (risos)... O [profissional] não põe ali o que deveria ser né, tem coisas que tá óbvio e tem coisas que não, mas... até eu tenho dúvida... (P3).

A importância da informação sobre o quesito raça/cor também foi ressaltada em termos de qualificação do atendimento médico:

Quando chega a Ficha [de Notificação] na mesa do médico, ele sabe que aquela criança que tem aparência de branca, mas ela tem uma descendência negra [...], e ele pode [...] observar com mais cuidado a saúde daquela criança, dependendo da origem dela (B4).

Mesmo questionando as condições para preenchimento do campo, alguns(mas) profissionais demonstram conscientização sobre a utilidade e a funcionalidade do quesito raça/cor:

Eu acho que [...] a gente tinha que ser instruído de como é essencial não só na parte da saúde, mas como na parte do tratamento né, de saber que dependendo da etnia que a pessoa faz parte ela corre mais risco, de alguma coisa do que outra. Por isso que é importante [...] ter essa distinção (N4).

Porque eu acho que a raça e a cor são determinantes também do processo de saúde-doença, da mesma forma que alimentação, lazer, moradia. [...]. É importante saber se essa violência, no caso específico das mulheres, está acontecendo mais [com] a negra, a branca, a amarela. Se essa situação de violência tem a ver com a questão da cor ou tem a ver com a questão do local, da falta de segurança, da falta recursos, sei lá do que mais... (T1).

Por outro lado, alguns(mas) consideram que o(a) profissional de saúde não presta atenção para o preenchimento do quesito raça/cor:

Eu acho que é falta de atenção do profissional mesmo que tá fazendo, eu acho assim. Falta de atenção, da pessoa, colocar ali [no quesito]. E também de perguntar, porque a pessoa teria que estar ciente da importância disso né (U4).

Há também quem declare que não entende a classificação raça/cor do IBGE, além de discordar do termo, indicando que a categoria deveria ser negra ao invés de preta:

Pra ser sincero eu não entendo isso, o porquê, eu não entendo esse tipo de colocação na questão de 'ah, cor preto', mas não é raça negra? Porque cor preta? (H4).

Para compreender o debate que a categoria do IBGE revela, é preciso tomar a importância da categoria cor na realidade brasileira, conforme Guimarães (2003, p. 103-104) e que ela deve ser analisada no interior do discurso racial que se deu no Brasil, na construção de um projeto de identidade nacional.

[...] a classificação por cor é orientada pela ideia de raça, ou seja, que a classificação das pessoas por cor é orientada por um discurso sobre qualidades, atitudes e essências transmitidas por sangue, que remontam a uma origem ancestral comum numa das “subespécies humanas”, [...]“cor” não é uma categoria objetiva, cor é uma categoria racial, pois quando se classificam as pessoas como negros [...] ou pardos é a ideia de raça que orienta essa forma de classificação.

Participação em formações para coleta do Quesito Raça/cor nos documentos da Saúde

Quando questionados(as) sobre a participação em formações para preenchimento do Quesito Raça/cor nos documentos da Saúde, descobrimos que os(as) profissionais entrevistados(as) já participaram pelo menos de algum encontro, reunião ou mesmo orientação sobre o preenchimento do Quesito Raça/cor. Há ainda quem afirme que houve capacitações, mas que carece de um aprofundamento na temática, além de considerar interessante a coleta ser realizada a partir da autoclassificação:

Eu lembro que alguns anos atrás tiveram sim algumas capacitações pra falar da importância desse quesito, [...] de uma forma bem geral, [...] de estudo [...] epidemiológico. Eu acho bacana [...] que é um quesito que quem está preenchendo a ficha não infere, pergunta pra pessoa (B2).

Entretanto, um(a) profissional entrevistado só tomou conhecimento sobre o campo porque perguntou, além de ter considerado a resposta insuficiente, indicando carecer de informação mais precisa:

Olha, quando eu entrei na área da Saúde eu questionei sobre isso, e foi me falado que deveria existir porque era uma pesquisa que a Secretaria fazia em relação a anemia falciforme... então, eles precisavam fazer... eu tenho essa resposta. [...] Só por isso que eu entendo que é colocado, porque pras demais eu não vejo o por quê (H4).

Estes relatos enfatizam novamente a necessidade de uma Educação Permanente em Saúde o que vem mais uma vez de encontro ao produto deste mestrado. Somente duas profissionais alegaram que foram capacitadas com carga horária de mais de 24 horas:

Sim, fui capacitada para o preenchimento do quesito raça/cor. E quando preencho algum documento faço a autoclassificação, é a pessoa que se classifica (T1).

Sim, fui [capacitada] e não esqueci nada. E eu tentei, não deu pra capacitar a equipe toda, porque... como eu já disse a equipe do administrativo, da recepção, a gente é absorvida pelo fluxo da unidade que tá crescendo, crescendo, crescendo. Mas [com] quem eu pude fazer [capacitação], com enfermeira, com os agentes de saúde [...], mas foi muito, muito importante ter essa consciência (B4).

Sugestões para melhorar o preenchimento do Quesito Raça/cor na Ficha de Notificação de Violência

Ao serem questionados(as) sobre sugestões para melhorar o preenchimento do Quesito Raça/cor, os(as) entrevistados(as) sugerem que é preciso investir em maiores explicações sobre o porquê e o para que deste preenchimento, por meio de capacitações, mas também indicam a necessidade de acompanhamento e supervisão no dia a dia:

Eu acho que as pessoas tinham que ser qualificadas, pra... pra saber a importância de tá preenchendo isso, tá preenchendo esse quesito (S3).

Acho bacana isso vir sempre assim com uma explicação, com uma razão [...] porquê, pra que. Quando a coisa faz um sentido, fica mais legal (B2).

Houve quem sugerisse simplesmente fazer a pergunta ao(a) usuário(a):

Então, perguntar não seria uma saída? Perguntar pra pessoa que tá sendo... a vítima... perguntar, qual a cor que [...] a senhora denomina-se, e a pessoa vai responder e ali o profissional preenche o campo, como nós fazemos aqui, seria uma saída, né... (N22).

Apesar da Ficha de Notificação de Violência ser um documento compulsório¹⁴, o profissional sugere que além de tornar o preenchimento obrigatório, também haja uma cobrança com mais rigor, mais efetiva, provavelmente de uma chefia direta/imediata para que o(a) profissional realize o preenchimento do campo, devolvendo o documento, ou seja, a Ficha, caso não esteja preenchido:

¹⁴ Notificação compulsória de acordo com a Lei Federal nº 6259/75 – portaria nº 5 de 21/02/06, Decreto Estadual nº 12.342 e Lei Complementar Municipal nº 62/92.

Obrigatoriedade, pronto, é obrigatório preencher esse campo, aí será preenchido (B23).

[...] primeiro a gente seja ensinado né, seja informado da importância, e depois isso aí, levar à frente, olha tem que ser preenchido e caso não seja, volte e seja preenchido, volte atrás e seja cobrado. Cobranças, para que seja feito (H4).

Outra sugestão foi a de preencher o quesito raça/cor uma única vez ao realizar o cadastro do(a) usuário(a):

Não sei, pode ser um caminho né, no momento em que ele for fazer o cadastro na unidade, essa definição já vir. Como se fosse um cabeçalho sabe? Ele vai preencher o cadastro dele, tem que trazer documentação, tem que trazer comprovante de residência e no momento ali do preenchimento, da inscrição dele no serviço, ele já definir é... a cor e raça, porque aí isso já vem descrito ali, na notificação né, pode ser (E1).

Inclusive uma profissional sugere capacitação para Saúde pública e privada como um todo, partindo da gestão. Desta forma a formação dos(as) profissionais é mais uma vez sugerida, corroborando com o produto deste mestrado profissional, que não implica em capacitação, mas que tem como proposta uma formação que se estrutura nos resultados desta pesquisa e conseqüentemente no sentido atribuído pelos(as) profissionais da rede as temáticas aqui discutidas.

Então eu acho que as autoridades deveriam olhar mais é, ter entendimento também, que esbarra nisso, as autoridades não terem o entendimento do quesito raça/cor. E se capacitarem e capacitarem os seus servidores né, não só SUS, mas também a Saúde privada, eu acho fundamental que tivessem esse esclarecimento (B4).

O ideal para uma capacitação é trazer elementos históricos sobre a questão racial no Brasil de forma a oferecer ao(a) profissional melhores condições para explicar ao(a) usuário(a) caso este esteja confuso(a) e não saiba como se autotransclassificar. Assim terá condições de autodeclarar sua raça/cor e tanto para o(a) profissional quanto o(a) usuário(a) não terão motivos para sentir constrangimento(a) diante da coleta do quesito raça/cor, que tenderá a ser algo natural, o perguntar e o responder. Ainda de acordo com Dias, Giovanetti e Santos. (2009, p. 13):

O velho ditado popular “as aparências enganam” pode ser uma verdade nesta situação. Afinal, ninguém melhor do que a própria pessoa para saber qual é a sua origem étnico-racial e assim poder definir qual é a sua “cor ou raça/etnia”. De outra forma, corremos o risco de errar, pois não podemos afirmar, com certeza, qual é a origem de alguém apenas pela aparência. Os(as) usuários(as) devem ser orientados(as), porém respeitados diante de sua declaração.

Mesmo o(a) profissional capacitado(a), teve dificuldades em multiplicar o conhecimento aprendido sobre a coleta do quesito raça/cor:

Aqui dentro da unidade, eu tive dificuldade de tentar capacitar as pessoas, gostaria de ter feito mais, mas a própria atividade você não encontra espaço. Eu criei um espaço em reunião de equipe, pedi pra minha chefe, eu falei: eu posso fazer, vai ter reunião aí com o pessoal, eu posso falar? Fui abrindo mesmo, porque muitas vezes, os próprios chefes de unidades não tem essa consciência da importância do quesito raça/cor né, então eu acho que é importante essa reciclagem, esse esclarecimento (B4).

Pela análise das entrevistas, é possível indicar a necessidade de uma formação e/ou (re)capacitação, mas também a necessidade de manter um monitoramento, dado que as entrevistas parecem indicar que tenha faltado, quando a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a coleta do quesito raça/cor nas unidades de saúde. Principalmente quando o(a) profissional alega não existir sentido em perguntar a raça/cor e/ou sugere que o próprio profissional altere o que o(a) usuário(a) se autoclassificou, caso discorde da raça/cor do(a) mesmo(a):

Poderia passar por cima e escrever que a pessoa vamos supor, é amarela; tá dizendo que é amarela e ela é negra, fazer uma observação [na ficha], eu acho que não pode. Então eu não sei (P3).

Ou ainda quando o(a) profissional parece sugerir que seria melhor não evidenciar raça/cor indicando que isso pode alimentar o racismo:

Acho que não deveria existir este campo de cor, por que qual é a diferença? Acho que não. O que [...] vai diferenciar um negro de um branco no exame de sangue, por exemplo, um preventivo, no que [...] diferencia, eu acho que nada. Do mesmo jeito que eu sou uma mulher branca, você pode ser uma mulher negra, você não tem as mesmas coisas que eu? Eu acho que pra mim não tem diferença nenhuma. Eu sinceramente acho que não deveria nem existir (M1).

A análise da Categoria quesito raça/cor trouxe uma variedade interessante que, ao mesmo tempo, revelou que os(as) profissionais receberam alguma orientação para a coleta do quesito raça/cor e que alguns(mas) sabem da importância em preenchê-lo, mas também revelou que outros(as) desconhecem a relevância do preenchimento e, portanto, o sentido da categoria na Ficha de Notificação.

Outro aspecto relevante da análise é o desconforto em torno do preenchimento, alguns(mas) profissionais demonstram constrangimento em perguntar, bem como em responder qual é sua raça/cor, o que implica um questionamento: como vai perguntar se tem dificuldade em responder?

Por fim, a análise desta Categoria revelou sugestões interessantes para melhorar o preenchimento do quesito raça/cor, como a indicação de realização de capacitação, ou seja, de investir em educação, que entendemos aqui como a Educação Permanente em Saúde, de

acordo com a proposta do produto deste mestrado que considera de grande relevância a informação em Saúde, considerando que:

As bases do sistema de informação da Saúde são compostas por muitos dados, entre eles estão os que são coletados [...]. A partir dessas bases são construídos indicadores, ou seja, dados estatísticos que permitem o planejamento, o gerenciamento e a avaliação do trabalho da instituição. Esses dados permitem ainda identificar situações e práticas a serem modificadas para melhorar as condições de saúde da população (Dias, Giovanetti e Santos, 2009, p. 9).

3.2.3 – Categoria Mulher

A Categoria Mulher foi analisada pelas subcategorias: “Mulher negra e mulher branca: conceitos e preconceitos”; “Violência doméstica”; e “Demanda da mulher ao serviço de saúde”.

Mulher negra e mulher branca: conceitos e preconceitos

Os(as) entrevistados(as) realizaram associações ao termo mulher negra com beleza, força mas também à fragilidade:

[...] mulher negra pra mim quer dizer [...] mulher de poder, mulher bonita, a minha filha vai ser uma mulher negra linda, [...] vai ser um mulherão, é charmosa, é vaidosa, tem garra (N22).

A ideia de beleza aparece associando a mulher negra com à garra que esta possui, que se por um lado os(as) entrevistados(as) parecem reconhecer que a mulher negra tem que se empenhar mais na vida, ela também dispõe de condições para ter essa força dentro de si.

O conteúdo das entrevistas parecem revelar que entrevistados(as) reconhecem que a vida exige mais da mulher negra devido a sua própria raça/cor.

E o sentido da força que apareceu, é relacionado à necessária luta para a mulher negra viver na sociedade atual, dados os obstáculos a serem ultrapassados:

Eu acho assim, que há uma força maior em você ser negro, negra. Eu acho assim, porque você tem que lutar mais pra chegar onde você quer. (...). Então você tem que ser forte... pra ultrapassar tudo, pra você conquistar e pra você chegar aonde você quer chegar. Que (...), ainda existe muitos obstáculos pra isso (S3).

A ideia de força também está associada à história da população negra no passado:

Muita força, arrojada que vem do passado, das lutas (D1).

Eu penso que a mulher negra é uma mulher forte, batalhadora, corre atrás, que sempre tá ali ativada pra aprender, eu penso dessa forma (P3).

Mulher negra? Eu acho que é uma pessoa mística, uma pessoa diferente, é... Eu acho que a raça negra é uma raça..., não sei por que, mas aparenta ser mais forte, mais assim... de aguentar mais assim o trabalho pesado (M1).

Que de acordo com Carneiro (2003, p. 129) revela que as mulheres negras têm a força necessária dentro de si, devido à sua luta histórica, para afirmar sua identidade e reconhecimento social para ultrapassar as barreiras da exclusão:

O esforço pela afirmação de identidade e de reconhecimento social representou para o conjunto das mulheres negras, [...] uma luta histórica que possibilitou que as ações dessas mulheres do passado e do presente (especialmente as primeiras) pudessem ecoar de tal forma a ultrapassarem as barreiras da exclusão.

Entretanto houve quem considerasse a mulher negra guerreira, mas concomitantemente se indignasse por haver elencado somente características positivas, o que podemos relacionar novamente a Nogueira, O. (2006, p. 297) e ao preconceito de marca que é velado ou não percebido pelo(a) profissional, pois com relação “ao efeito sobre as relações interpessoais: onde o preconceito é de marca, as relações pessoais, de amizade e admiração cruzam facilmente as fronteiras de marca (ou cor)”:

Mulher negra. Eu assim, eu acho bonita, eu acho uma mulher forte, uma mulher guerreira e o que me vem é assim, não me vem nada de negativo. Engraçado não me vem nada de negativo, me vem só que eu acho bonito, uma pessoa forte, guerreira, que sobreviveu a coisas, a escravidão, são mulheres fortes (U4).

Houve certa dificuldade em realizar associações entre significados e símbolos relacionados à mulher branca:

Não sei o que é que vem na minha cabeça de mulher branca (M1).

Mulher branca, o que vem na minha cabeça é... imagens de mulheres que eu conheço que são brancas [...] assim, um termo, uma palavra, uma coisa não vem... não associo em nada não (B22).

A dificuldade da associação ao termo “Mulher branca” pode estar associado ao fato de não se estar acostumado a pensar sobre a branquitude como observamos em Bento, M.A.S. (s/d, p. 5):

No Brasil, o branqueamento é frequentemente considerado como um problema do negro que, descontente e desconfortável com sua condição de negro, procura identificar-se como branco, miscigenar-se com ele para diluir suas características raciais. Na descrição desse processo o branco pouco aparece, exceto como modelo

universal de humanidade, alvo da inveja e do desejo dos outros grupos raciais não-brancos e, portanto, encarados como não tão humanos. Na verdade, quando se estuda o branqueamento constata-se que foi um processo inventado e mantido pela elite branca brasileira, embora apontado por essa mesma elite como um problema do negro brasileiro. Considerando (ou quiçá inventando) seu grupo como padrão de referência de toda uma espécie, a elite fez uma apropriação simbólica crucial que vem fortalecendo a auto-estima e o autoconceito do grupo branco em detrimento dos demais, e essa apropriação acaba legitimando sua supremacia econômica, política e social.

Mesmo assim, apareceram algumas associações como aceitação, oportunidade e acesso a uma diversidade de coisas e, de acordo com o relato de uma profissional que se autodeclara como branca:

Então vou fazer associações a mim, [...] mulher de personalidade, mulher que corre atrás, é, é isso (N22).

Mulher branca. Mulher branca ela já tem o privilégio por ser branca. Porque infelizmente a sociedade ela privilegia a maioria da mulher branca como beleza, como status. Eu acho que a mulher branca ela é mais vista, infelizmente ela é vista, por causa da escravidão, ela já é associada a ser mais privilegiada, a ser mais valorizada. Durante muito tempo nas novelas, sempre a atriz principal era branca, [...]. Depois de um tempo é que começou a ter a mulher negra como destaque e como atriz principal [...] Então o preconceito, ele ainda existe né, da mulher branca como uma vantagem, uma vantagem social, eu acho, visualmente né. (U4)

Ai eu penso, loira, a que é valorizada, a miss. Nossa, na minha infância, início de adolescência tinha concurso de miss, mas não tinha uma miss negra. Eu não me identificava com nenhuma daquelas. Então pra mim assim, branca é miss. Que mais... rico, com riqueza, porque é difícil também, nunca na minha [...] adolescência [...] tive amigas negras [...] numa situação econômica favorável. Então, o branco está sempre ligado à riqueza, sabe as propagandas de cigarro? Iate, carrão, é esta a associação que se faz. (T1)

Entretanto, a mulher branca também foi associada a elementos negativos:

(Risos) Aí eu já penso numa pessoa mais acomodada (P3).

E também foi feita uma associação que do poder da raça/cor branca à facilidade de corrupção, como um preço a pagar pelo poder que a sociedade concede à raça branca, ou seja, junto com o destaque, vem também o preço a pagar:

[...] com corrupção, com um monte de coisa ruim, porque eu também não vejo muito o negro envolvido nestes escândalos que a gente tem visto ultimamente. Então também vejo associado, já que eles conseguiram o poder também, eles estão mais facilmente corrompidos (T1).

De forma geral, a mulher, o feminino foi associado à maternagem, ao cuidado e a fragilidade, já o masculino foi associado à força braçal, física:

Mulher, [...] ela é mais frágil e tem assim já essa tradição né, de que o homem manda na mulher (U4).

Acho que é cultura [...] a mulher sempre sofreu mais, pelo fato do homem ser mais forte, [...] força física, e pelo [...] poder aquisitivo, [...] já é de tradição, já é de cultura, [...] sempre o homem teve o poder... (B23).

De acordo com Moreira (2012, p. 3224):

Ao longo do tempo, um olhar sobre a mulher congelado na maternagem, no zelo, no cuidado. Um olhar sobre o homem impregnado de autoridade e reconhecimento. Um olhar limitado, limitante, carregado de ideologias, de preconceitos. Um olhar que preso a um passado onde mulheres só se constituíam como ser social a partir do casamento, não considera a autonomia, a inteligência e a competência como inerentes à existência feminina.

Entretanto, os(as) entrevistados(as) acreditam que hoje em dia a mulher desempenha diversos papéis e funções na sociedade que em outras épocas eram reservadas prioritariamente ao homem:

Acho que não tem (...) diferença. A mulher pode desempenhar qualquer função... é o profissional né, acho (S3).

Alguns(mas) dos(as) entrevistados(as) consideram que a mulher sofre violência pelo simples fato de ser mulher. Observamos aqui, o reconhecimento da violência de gênero pelo(a) profissional de saúde e que é revelado no trecho a seguir. Ademais, a mulher parece não ser vista como um sujeito, e sujeito de direito, o que pode estar sendo implicado nesta violência:

A mulher. Porque o homem se vale mais da força e dificilmente quer conversar. O machismo perdura. Ele acha que a mulher deve subjugar-se ao homem. Mas não acho que a mulher é vítima sempre (D1).

Mulher negra, mulher branca? Ah, eu acho que tá... tá empatado, acho que não tem essa não, pelo fato de ser mulher, a gente vê que..., é isso, não vejo essa questão de cor não. Pelo menos aqui no Brasil, acho que a violência tá, pra todas, é mulher tá sofrendo, pelo menos aqui no nosso país (H4).

De acordo com Schraiber et. Al (2000) o problema da violência de gênero vem adquirindo progressiva atenção e vem se tornado uma questão importante por sua magnitude e pelo impacto social que decorre dessa violência.

Ainda assim alguns(mas) dos(as) entrevistados(as) acreditam que a mulher negra possa sofrer mais violência que a mulher branca:

Talvez, talvez a mulher negra na classe baixa, ela seja mais agredida, mas teria que ter essa estatística (U4).

De acordo com Correia (2012, p. 3) observamos o impacto do racismo sobre as relações de gênero:

As mulheres negras estão entre os contingentes de maior pobreza e indigência do país. Possuem uma menor escolaridade, com uma taxa de analfabetismo três vezes maior que as mulheres brancas, além de uma menor expectativa de vida. São trabalhadoras informais sem acesso à previdência, residentes em ambientes insalubres e responsáveis pelo cuidado e sustento do grupo familiar.

O que se percebe também nos relatos a seguir, que enfatizam a mesma questão:

Sofrem. Pela questão racial [...], o caso¹⁵ que você acabou de passar pra mim aí, a situação lá da Leda né, Leda, é uma questão que se fosse com a amiga [branca] dela não aconteceria isso (B23).

Com certeza, com certeza. Eu acho que [...] ela [mulher negra] prioriza a família, prioriza os outros do que a ela própria, então ela muitas vezes suporta muito [...] tentando proteger os filhos, tentando é... ver ali a prioridade dos filhos, então suporta humilhação, suporta agressividade por conta da família né. Então já tem já essa coisa né, o mesmo homem se for uma mulher negra ele agride e se for uma mulher branca, pelo menos pela minha experiência ele tem mais... principalmente se for um homem negro, dificilmente ele vai bater numa mulher branca, mas se for uma mulher negra com certeza. Eu falo sempre das minhas vivências né, mas não é nada determinante (B4).

Gonçalves (2011) ao estudar o feminino e a teoria do nó das relações de poder a partir da obra de Heleieth Saffioti nos revela as duas grandes fases em seus estudos, uma sobre o trabalho feminino na sociedade capitalista e outra sobre a violência doméstica. E que agregada a determinação de classe social forma o que Saffioti chama de “um nó, constituído pelas três contradições sociais básicas [...] que entrelaçadas pelo nó sustentam a manutenção do sistema capitalista”, conforme Gonçalves (2011, p. 120).

Logo, Gonçalves (2011, p. 130) conclui que “a dominação capitalista de classe se efetiva produzindo e reproduzindo ‘diferenças’ que reforçam desigualdades, inclusive de gênero”.

O que nos remete aos marcadores sociais da diferença e aos impactos do racismo sobre as relações de gênero. E é corroborado com o estudo de Goes e Nascimento (2013, p.

¹⁵ O caso que o(a) profissional resgata, trata-se de uma das questões da Entrevista alcinhada de Caso S.

573), que sintetizam e explicitam a teórica Sueli Carneiro (2002) ao observarem que:

As mulheres negras sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas às múltiplas formas de discriminação social em consequência da conjugação perversa de racismo e sexismo, resultando em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos em todas as dimensões da vida.

Aqui a referência a gênero e raça são os marcadores sociais da diferença que conduzem ao preconceito e discriminação relacionados à violência doméstica, como veremos mais adiante.

Em um dos relatos, parece que o(a) entrevistado(a) chega a considerar que ser mulher e ser negra seria um problema:

O que me lembra, é luta né, (risos) assim quando fala na mulher negra. E que a gente ainda tem muito o quê fazer, e muito o quê lutar (S3).

Mulher negra... uma pessoa que é estigmatizada [...] os problemas de ser mulher e ser negra, são meio que ignorados... Uma pessoa que se sente desconfortável em vários lugares diferentes, por razões diferentes (N4).

A mulher branca, na percepção dos(as) entrevistados(as), seria mais aceita pela sociedade e teria mais oportunidades para se igualar ao homem branco, considerado a referência central e padrão na sociedade.

Mulher branca. [Silêncio], eu não saberia responder [...]. O padrão é você ser um homem branco, hetero aí, todas as outras coisas são meio... desvio padrão. Um ser humano... desvia um pouquinho pra virar mulher [...], desvia mais ainda pra ser negro, aí desvia mais ainda se for homossexual. Uma mulher branca..., é uma mulher branca ela tem acesso a muita coisa, e ela... parece ser... alguém que... quer se igualar ao homem branco (N4).

Violência Doméstica

De acordo com os(as) entrevistados(as), violência e, especificamente, a violência doméstica contra mulher, significa desrespeitar, constranger e tirar a liberdade e os direitos enquanto pessoa. Entre os tipos de violência que lembraram, citaram violência física, psicológica/moral, sexual, negligência, discriminação, racismo e tudo aquilo que desrespeita a liberdade do outro. Além da violência sofrida pela mulher, pelo fato de ser mulher, independente da raça/cor, os(as) profissionais acreditam que a mulher negra sofra duplamente, por ser mulher e pelos preconceitos e discriminação relacionados à raça/cor, como foi relatado na subcategoria acima:

Tem a questão racial... tratar as pessoas negras como... sendo menos humanas... parece que a violência é mais legitimizada. [...] Também tem... toda uma imagem de

que... a mulher branca é mais delicada que a mulher negra, então a mulher branca pode ser mais agredida e se machucar mais do que a mulher negra. É menos, menos empatia que gera quando tem a mulher negra sendo vítima de agressão (N4).

Bem como as relações desiguais entre gênero, que evidencia o machismo, segundo Gomes, Minayo e Silva (2003, p. 119): “A expressão gênero, portanto, tornou-se relevante para se compreender a interação e a cumplicidade com que se constroem as relações entre homens e mulheres, ambos, marcados por uma cultura machista e patriarcal”, que observamos nos relatos abaixo de um(a) profissional:

A mulher fala mais, e até por causa da violência de gênero o homem tem mais “poder”, então a mulher sofre. Agora a questão masculina eu também acho que ela pode ser subnotificada, a gente não sabe. Porque duvido também que o homem, se ele levar umas porradas da mulher se ele vai contar. Ele não vai falar, por uma questão de preconceito de gênero mesmo. Ele vai falar, não, é ele que é o que bate, é ele o caçador não a caça, então ele não vai. Agora, claro se a gente for levar em consideração as relações de gênero, as estatísticas, é a mulher, mas acho que deve ter homem também que apanha viu, menos, mais tem (T1).

A mulher é vítima. É vítima porque as relações são desiguais entre homens e mulheres. A mulher é sempre o objeto, ela é sempre [...] violentada, vilipendiada quando ela quer sair desse lugar muitas vezes, quando ela não quer ser vítima, quando ela não quer ser menor, quando ela não quer ser objeto. É nessa hora que ela é vítima de violência, quando ela reage, quando ela não aceita ser um objeto, ser uma coisa qualquer, coisificada, então aí é nessa hora que o macho vem e quer colocá-la no seu devido lugar como eles dizem. Então, ela não é responsável, acho que ela é vítima porque ela está reagindo, em algum momento ela reagiu a uma condição que não a agradava e o outro como não tem o poder da argumentação usa o poder físico, a força física para conter aquela “rebeldia”, (aspas), da mulher (T1).

Mulher e negritude, gênero e raça, são marcadores sociais da diferença que de acordo com a fala desta entrevistada e, articulando com o eixo violência à luz do conceito de interseccionalidade, resulta em uma condição de maior vulnerabilidade para situações de discriminação e a violência culminando na forma como a saúde desta população é afetada. De acordo com Gomes, Minayo e Silva (2003, p.119):

A violência contra mulheres, em maioria, [...] manifesta-se no seio da família com a violação incestuosa, com as mutilações genitais, com o infanticídio, com a preferência pelo filho homem, com os casamentos forçados. Dentro do casamento, expressa-se na relação por meio do estupro conjugal, pelas pancadas, pelo controle psicológico, pelo proxenetismo, pelo crime de honra ou, às vezes, pelo assassinato da esposa.

Nas entrevistas, os(as) profissionais foram convidados(as) a refletir sobre a Lei Maria da Penha, um instrumento de defesa das mulheres que já contribuiu em muito para o enfrentamento da violência contra as mulheres, de acordo com Barsted (2011, p. 361):

A Lei Maria da Penha define uma política nacional voltada para a promoção da equidade de gênero e para a redução das diferentes formas de vulnerabilidade social das mulheres. Aponta o dever do Estado de promover políticas públicas articuladas e capazes de incidir sobre o fenômeno da violência contra a mulher. Essa Lei [...] dá ênfase à proteção das mulheres para além da punição ao agressor [e] inova ao prever o direito da mulher em situação de violência à assistência da Defensoria Pública [...].

A Lei Maria da Penha, de acordo com Relatório Anual Socioeconômico da Mulher foi um dos marcos importantes para fortalecer a Rede de combate à violência no Brasil, que “congrega serviços de diferentes setores, em especial da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde, que são responsáveis pelo atendimento imediato e adequado das mulheres em situação de violência” (BRASIL, 2013, p.104).

Mesmo sem conhecer efetivamente a Lei Maria da Penha, os(as) profissionais entrevistados(as) referiram ter ouvido falar da Lei e a consideram importante, pois acreditam que fortalece a mulher e seus direitos, mas sentem que no geral ela não é totalmente resolutiva.

Acho que deu muita força pra muitas mulheres assim reagirem [...] olha não pode, tem uma lei agora que não pode. Eu acho que isso assim fortalece né. Eu acho que foi uma lei que ganhou [...] toda uma repercussão [...] que não é a solução, não resolveu todos os problemas, a partir de hoje é proibido tá bom ninguém mais bate, mas eu acho que assim isso deu um empoderamento pras mulheres (B2).

Ainda que no corrente ano de 2016, a Lei Maria da Penha tenha completado 10 anos de existência, os(as) profissionais sugerem ainda, que a mesma precisa ser mais divulgada e discutida, especialmente se considerarmos Pinto, Moraes e Monteiro (2015, p. 69) que observam que a Lei Maria da Penha “é um importante mecanismo para erradicação da violência contra as mulheres no Brasil”:

Sim. Acho fundamental, só precisa ser mais divulgada, mais discutida também. Tem alguns aspectos que ela é mal interpretada, mas pra mim já foi um grande avanço. E como toda lei, com o passar do tempo ela vai precisar cada vez mais ser aprimorada. Mas ela foi acho que um primeiro grito e um primeiro sinal de que as coisas não podem continuar como estavam, né. Alguém tem que fazer alguma coisa, então precisou que ela sofresse o que sofreu, para poder alguém acordar e resolver pensar numa lei. Precisa aprimorar [...], provavelmente sim, mas já é sim, alguma coisa. Precisa só, que as mulheres conheçam, todas deviam ter um caderninho com a Lei Maria da Penha em casa (T1).

Apontam também para a necessidade da Lei ser mais resolutiva:

Olha, a Lei Maria da Penha, por exemplo, a mulher ela vai e faz a denúncia que o marido fez isso e fez aquilo, e até ela morrer não se faz nada. [...]. Infelizmente a gente vê que assim, a mulher vai lá, faz a denúncia do marido, aí vai lá faz de novo e depois ela morre. Aí não adianta mais fazer nada, eu penso assim tem que fazer, tem que proteger enquanto a pessoa tá viva, depois que morreu pra quê que vai

valer? Eu acho que é importante, por ela existir a mulher se sente um pouco protegida (S3).

Eu acho importante, mas eu acho que não funciona, acho que não funciona. Porque..., por experiência também. Por conhecer casos que já foram denunciados na Lei Maria da Penha e continua do mesmo jeito, continua acontecendo as mesmas coisas, não é tomada nenhuma providência, entendeu, então não sei se funciona... (B22).

Para além do preconceito com que muitas vezes a mulher é tratada, há indicações de que ela pode também passar por processo de revitimização, ou seja, quando além da violência já sofrida, a mulher sofre uma nova violência, desta vez no atendimento, por exemplo, ao relatar o que vivenciou:

Eu presenciei né, uma [parente] minha sofreu violência e eu presenciei com ela na Delegacia da Mulher o descaso né, que é feito lá na hora. Ela foi recebida tipo assim, a escritã lá: 'Ah, eu vou fazer, você vai fazer queixa agora, a gente vai fazer, vai atrás dele, depois você vem aqui e retira, o quê que adianta?' Tipo assim, já desacredita né, aquilo que eu falei, a mulher sofre violência em casa, chega, aí vai numa delegacia num órgão específico pra fazer a reclamação e aí é violentada de novo né (H4).

Esta revitimização sofrida pela mulher leva ao desgaste emocional, pois a mesma já chega ao serviço fragilizada e muitas vezes em vez de receber acolhimento na escuta, buscando a compreensão da situação, a mulher é recebida com descaso ou mesmo encaminhada para uma rede que parece não estar preparada para este acolhimento o que significa que segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (1998 apud BRASIL, 2004, p.68-69) que:

[...] pessoas em situação de violência são atingidas por dificuldades, obstáculos que caracterizam uma rota de idas e vindas, caminhos circulares repetidos [muitas vezes] sem encontrar soluções e, sobretudo, investimento de energia que levam ao desgaste emocional e à revitimização. Esse processo é chamado "rota crítica".

A violência doméstica está para além deste estudo, ou seja, vai além do atendimento realizado pelo(a) profissional de saúde, sendo observada muitas vezes também suas consequências no cotidiano da vida e do trabalho desta mulher em situação de violência, como relatado por Adeodato *et. al.* (2005, p. 109): "No mundo, um em cada cinco dias de absenteísmo no trabalho feminino decorre da violência doméstica. Nos Estados Unidos, um terço das internações de mulheres em unidades de emergência é consequência de agressões sofridas em casa".

Por outro lado, é importante destacar no contexto brasileiro, que a Lei Maria da Penha é relevante, mas não altera comportamento, e não impede que, muitas vezes, a

atribuição da responsabilidade pela violência sofrida, seja atribuída à própria mulher, assim como em quase todas as situações de violação de direitos:

Então, existir uma lei é importante né, agora a mudança de comportamento das pessoas, não só do homem como agressor e da mulher como submissa a ele, eu acho que existe uma baixa autoestima das mulheres muito grande, desde as pessoas de alta classe até as pessoas mais humildes (U4).

Com relação à Lei Maria da Penha, observamos segundo Senna; Diehl e Kraemer (2014, p. 157-158) que ainda que haja a participação do Estado na criação da Lei, falta efetividade também em políticas públicas para que a mulher seja considerada como sujeito e sujeito de direito:

[...] verifica-se que o Estado, ao longo dos anos, procura, por meio de políticas públicas, criar e garantir a igualdade entre os gêneros na tentativa da minimização e da erradicação da violência contra a mulher, comprovada pela Lei Maria da Penha, nº 11340/2006 (BRASIL, 2006). Contudo, infelizmente, ainda não existe a efetividade necessária e esperada para que elas, [as mulheres], sejam respeitadas integralmente, nas suas diferenças e particularidades.

Demanda da mulher ao serviço de saúde

Os(as) entrevistados(as) não conseguem responder ou mensurar se quem procura mais o serviço de saúde são as mulheres negras ou as mulheres brancas. Entretanto alguns(mas) dos(as) entrevistados(as) acreditam que a demanda maior se dê pelas mulheres brancas, talvez por conhecerem mais seus direitos e assim terem mais acesso ao serviço de saúde, ou cuidarem mais da sua saúde:

Eu acho que a branca. Porque elas se preocupam mais assim com a saúde (P3).

O que podemos relacionar ao fato da mulher branca possuir maior escolaridade e com isto ter mais condições de buscar seus direitos ao procurar uma unidade de saúde pública para atendimento, pois acreditamos que só tem condições de buscar seus direitos aquele(a) que tem conhecimento do mesmo, e, no caso, a escolarização contribui para tal conhecimento. De acordo com Silveira, Nardi e Spindler (2014, p. 329) “um percentual maior de mulheres negras encontra-se nos níveis mais baixos de escolarização do que as mulheres brancas”.

A mulher de uma forma em geral procura mais [o serviço de saúde] do que o homem. Talvez a branca procure um pouco mais porque é um espaço tão natural pra ela que as negras muitas vezes tem esta questão do acesso. Sempre tem um senão, sempre tem um comentário, sempre tem alguma coisa que faz com que ela diga não vou voltar nesse médico(a), nesse dentista. Então por causa disso, eu acho

que o acesso da mulher negra, ele fica sempre um pouco mais dificultado. A unidade diz que a porta está aberta, mas depende de quem entra (T1).

Os(as) profissionais acreditam que a mulher negra procure menos o serviço de saúde, porque ela tem mais saúde, o que reforça a associação da mulher negra à força, como já foi relatado, e/ou também o receio desta em se prejudicar no trabalho e até de perder o emprego:

Olha, eu nunca parei pra pensar nisso. [...], talvez assim o negro venha menos, não sei [...] por ter mais saúde. [...] Eu imagino que a mulher negra procura menos, porque assim trabalha mais, às vezes pensa que vai perder o emprego. Eu acho que ela procura menos, mas assim não é uma coisa que eu veja acontecer (S3).

Segundo Knauth, Couto e Figueiredo (2012, p. 2620-2621): “O receio em ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que ganhem atestado para tal, é um dos motivos que afasta os homens dos serviços [de saúde, quanto mais as mulheres, e mulheres negras]”. A seguir, o relato de uma profissional enfermeira que participou do estudo dos autores e que acreditamos ser possível fazer uma comparação com esta pesquisa:

“A gente também tem a grande dificuldade que...Os homens vêm aqui, a gente dá declaração de comparecimento na consulta, né? Aí não precisa do atestado. E a gente tem a grande dificuldade aqui em das empresas aceitarem, de abonarem esse dia, como folga, ou como... né? A gente tem muita dificuldade nisso aqui – não é só pra homem, pra mulher também, quando vem fazer pré-natal – então muitos deles não vêm por causa disso, “ah, eu não vou porque a minha empresa não vai abonar, eu vou ficar com falta” - (Enfermeira Ent.05).

Ainda de acordo com Knauth, Couto e Figueiredo (2012, p. 2621) se: “Os atestados ou declarações de que o usuário esteve no serviço são pouco úteis para os homens” porque conforme o diálogo acima as empresas tendem a não abonar o dia e a dar falta. O que nos faz refletir: se isto ocorre com os homens, quanto mais em se tratando das mulheres negras quando necessitam se ausentar para consultas e/ou exames médicos.

Os(as) profissionais entrevistados(as) revelam ainda que a mulher negra possa procurar menos o serviço de saúde porque tenha receio de se expor, parecendo indicar que a vivência da discriminação e da exclusão sofrida por ela pode ter levado-a a se manter-se na sociedade de forma menos evidente, daí o medo de se expor, como se algumas coisas e situações fossem somente destinadas para brancos e não para negros. Inclusive um(a) profissional entrevistado(a) que também é negro(a) expõe esta introversão, conforme trechos relatados abaixo:

Eu acho que talvez a mulher branca, porque o negro de forma geral tem muitas coisas, mas isso tá no nosso imaginário né... que o negro tem essa bagagem da escravidão, tem ainda essa timidez de se expor, de se colocar. Eu tenho uma prima minha que ela nunca foi num shopping porque ela achou que aquilo não era pra ela, então o negro se encolhe muito diante da sociedade, ainda a gente vivencia isso. E o dia em que nós fomos: nossa eu nunca imaginei que um dia eu pudesse estar num shopping, que um dia eu pudesse... (B4).

Eu conheço várias pessoas que tem essa atitude, porque eles vivem restrito naquele mundinho que ele acha que outro mundo, é inconscientemente, é um shopping, um passeio, uma viagem, isso é para os brancos, não são para os negros. A gente tem esse recolhimento, essa timidez diante da sociedade, então, talvez seja isso, então ela fica ali sofrendo, até quando a coisa tá muito avançada, aí ela vem [ao serviço de saúde], mas é... não é nada assim... é só uma suposição (B4).

Por outro lado, há entrevistados(as) que acreditam que esta demanda ao serviço de saúde seja realizada pela mulher negra porque a mesma não teria outros recursos que não a saúde pública para acessar, o que parece estar associado que para alguns(mas) profissionais o melhor mesmo seria o atendimento no serviço privado:

Olha, eu nunca parei pra pensar nisso. [...], talvez assim o negro venha menos, não sei [...] por ter mais saúde. [...] Eu imagino que a mulher negra procura menos, porque assim trabalha mais, às vezes pensa que vai perder o emprego. Eu acho que ela procura menos, mas assim não é uma coisa que eu veja acontecer (S3).

Os relatos sugerem ainda outro questionamento: “Será que podemos afirmar que as unidades de saúde estão mesmo de portas abertas a esta população”, como foi indicado acima nesta subcategoria e repetimos aqui: “A unidade diz que a porta está aberta, mas depende de quem entra” (T1). Aqui, o(a) profissional parece referir-se que a Saúde não atende a todos(as) da mesma maneira, ou seja, com acolhimento, de portas abertas.

Ou ainda, resgatando o trecho já citado: “Eu tenho uma prima minha que ela nunca foi num shopping porque ela achou que aquilo não era pra ela” (B4), que indica que a ida a um shopping é sentida como inadequada e que o mesmo poderia ocorrer em relação a uma unidade de saúde que, conforme Pinheiro *et. al.* (2008, p. 15), “No caso da diferença entre mulheres negras e brancas, vale ressaltar a maior vitimização das mulheres negras que, em decorrência do sexismo e do racismo tem seu acesso precarizado aos serviços de saúde, habitação, emprego, entre outros”.

3.2.4 – Categoria Racismo

A Categoria, Racismo foi analisada a partir das subcategorias: “Desigualdade em Saúde”; “Privilégios da raça/cor”; “Autoestima”; “Instrumentos que visam equidade: Política

Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Campanha SUS sem racismo e as Cotas”, e o “Caso S¹⁶”.

Desigualdade em Saúde

A análise desta categoria nos remete a pesquisa feita pelo Datafolha (1995) já citada neste estudo na qual 90% dos(as) brasileiros(as) entrevistados(as) admitiram a existência do preconceito de cor (racismo) no Brasil mas concomitante 96% dos(as) entrevistados(as) se identificavam como não racistas, o que dialoga com esta subcategoria, pois os(as) profissionais entrevistados(as) foram unânimes em declarar que o racismo existe no Brasil, e que conhecem pessoas que já sofreram com racismo, bem como partilharam suas próprias experiências de sofrimento com o racismo e situações que marcaram suas vidas, mas negaram já terem tido alguma atitude racista:

Conheço. A minha família é racista, meu pai e minha mãe eles são bem racistas. (risos) Mas naturalmente eles não podem expressar porque hoje em dia eles são presos, né (U4).

Sim. Já vi pessoas brigando, fazendo comentários pejorativos ‘o negro suja na entrada...’. As pessoas na mídia hoje estão sendo desrespeitadas em relação à raça/cor, parece que é algo do passado, mas é muito presente, não morreu na assinatura da Lei. Fico muito triste quando ouço isso, é nojento, não ver como pessoa, é difícil (D1).

Aqui, observamos novamente, conforme (Nogueira, O., 2006) o preconceito de marca, a partir da cor da pele, já mencionado na Categoria raça/cor:

Demais. Ah, bastante... a minha família é, ela é negra [...]. Eu sou uma das pessoas mais claras da família, a gente ouve bastante história, história de horror [...]. A minha tia falou que o menino que ela gostava que, ... falou sabe coisas, coisas horríveis a ela, [...] De professora falando mal do cabelo dela. A gente ouve bastante, bastante coisa né (N4).

Eu mesmo lembro uma vez tava eu e minha irmã, a gente tava procurando emprego, isso a muito tempo, na adolescência, aí minha irmã vinha vindo na frente entrou na loja, a gente tava entrando em todas as lojas né, adolescente querendo trabalhar. Aí a moça, porque minha irmã é bem negra, a pele bem escura, falou pra ela que não tinha mais vaga, mas eu como sou parda, aí eu entrei na mesma loja e aí ela tinha emprego pra dar, você entendeu, e isso, em todas as circunstâncias. Isso ocorre até hoje, e aí eu fico muito brava (B4).

¹⁶ Caso retirado do livro “Racismo à brasileira” de Edward Telles, pg. 268 e chamado de *Caso S*. Consta no Roteiro da Entrevista (Apêndice A).

O que corrobora com o estudo de Telles (2003, p. 310) que revela que “é importante notar que os negros mais claros são menos discriminados do que os mais escuros [...]”. E também com Werneck (2013, p. 3) que menciona o conceito de W. E. B. Du Bois sobre o estabelecimento do racismo como “linha de cor”:

[...] sob o racismo, uma separação (segregação) é feita a partir da cor da pele das pessoas, permitindo aos mais claros ocuparem posições superiores na hierarquia social, enquanto que os mais escuros serão mantidos nas posições inferiores, independente de sua condição (ou seus privilégios) de gênero ou quaisquer outros.

E a partir disto entendemos a vulnerabilidade da mulher negra que muitas vezes não é vista como sujeito de direito, conforme Goes e Nascimento (2013, p. 578):

As desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado. Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde. E, para as mulheres negras, outros fatores agregados, como o sexismo, expõem a uma situação de vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado.

Observamos que quando a mulher negra não é vista como sujeito de direito e também não se enxerga como tal, isto vai além da questão social, atinge a questão psíquica e emocional, que de acordo com Nogueira, I. B. (2008, p. 41):

[É] fundamental pensar como a questão social bate no inconsciente. [...], pois os efeitos psicossociais do racismo acabam por moldar a nossa conduta e o modo como nós pensamos, produzimos e sentimos. [...] É preciso, além da clareza das questões sociais, curar as feridas psíquicas. Elas existem e são as piores. Às vezes, a pessoa luta e consegue uma vitória pessoal ou social. Mas, ao mesmo tempo, ela se autodestrói [quando] não se acredita.

Com relação à existência do racismo na Saúde observou-se que a maioria dos(as) profissionais negou sua existência, entretanto alguns(mas) afirmaram sua existência e revelaram algumas situações, incluindo casos pessoais:

Eu acho que sim. Eu já vi algumas situações, de profissional para usuário, só porque é negro trata mal, entendeu (M1).

Já outro(a) profissional relatou, o que observou num hospital do município que atende SUS, com relação a discriminação com uma usuária do serviço de saúde:

Já presenciei [...]. Então uma vez eu [estava em outra unidade de saúde], e lá você chega pega uma senha e senta né. Aí eu acho que a [recepção] chamou meu número [...] e quem foi, foi a moça. [...]. Aí a moça [da recepção] falou assim: ‘não é você não, escurinha, é ela’, aí a mulher xingou e deu até polícia nesse dia, e eu fui testemunha da mulher, a que sofreu, porque eu achei injusto. Eu acho injusto, aí eu sei que depois disso teve até uma audiência, tudo, e essa moça teve que pagar com

cesta básica [...]. Graças a Deus que agora tá levando tudo isso a sério, porque antigamente eu ainda acho que era pior que agora, só não era falado né (P3).

Houve também relato do(a) profissional sobre experiência de ter presenciado discriminação sofrida pelo colega da raça negra:

Sofrem sim, sofrem. Eu trabalhei com negro X, um excelente técnico em enfermagem e ele sofria muito, tanto da enfermeira de plantão quanto de alguns pacientes. Eles discriminavam: “aquele negrinho que tava no plantão passado”; ela [enfermeira] era nítido que pegava muito no pé dele. Eu já trabalhei sim, com pessoas [profissionais] que sofreram [com] atitudes assim (N22).

Alguns(mas) profissionais também relataram como tiveram que aprender a lidar com esta situação/vivência do racismo que parece estar “enraizada no brasileiro”, como relatou o(a) entrevistado(a) abaixo, indicando que o brasileiro traz dentro de si, como que no inconsciente coletivo, o preconceito racial corroborando com o estudo supracitado de Nogueira, I. B. (2008) e que podemos melhor observar na subcategoria Autoestima:

Sim, a partir do momento em que se diferenciam as pessoas, eu já passei por isso muitas vezes, eu já fui abordada num supermercado, é... eu estava com uma carteira no bolso, tava frio, tava com um jaquetão, uma carteira no bolso e aparecia uma pontinha preta, e o guarda, automaticamente, pela minha aparência de ser uma pessoa humilde e por ser negra, ele imediatamente me intimou a tirar um chocolate do bolso [...], era a minha carteira e ele achou que era um [chocolate] diamante negro. Então [...] eu levo assim numa boa, tranquila, serena, brinco até com a situação e a pessoa fica constrangida porque eu sei que é uma coisa que tá enraizada no brasileiro (B4).

A minha irmã costura, e uma cliente dela [...] deu um abraço nela e falou: gosto muito de você, você é uma negra de alma branca, então..., mas a gente, a gente, eu chego ter pena da pessoa pela curta forma de pensar né (B4).

Observamos nesta subcategoria, a partir dos relatos dos(as) profissionais, que apesar de muitos responderem que não há racismo na Saúde, o conteúdo das entrevistas parece indicar a existência de desigualdade em Saúde, ainda que não tenha ficado explícito em atendimento realizado pelos(as) próprios entrevistados(as). Verificamos, nos relatos supracitados, que já presenciaram o racismo entre os(as) próprios(as) colegas, profissionais de Saúde. Ademais um(a) dos(as) profissionais nos remete a uma reflexão:

[Racismo na Saúde] Eu acho que sim, se tem discriminação no ônibus, na escola, imagina, porque não na área da Saúde, não é um espaço privilegiado. A gente sofre a mesma coisa. Parece que para profissional de saúde é natural fazer determinado tipo de brincadeira sabe, usar determinadas expressões, então, é racismo também. (T1)

Dessa forma, observamos a importância de se perceber que o racismo implica não só em adoecimento para quem o vivencia, pois alguns(mas) dos(a) próprios(as) profissionais também revelaram seu sofrimento ao presenciá-lo, mas também em perda para toda a sociedade em relação à diversidade e a um tratamento equânime que pode culminar em desigualdade em Saúde.

À luz da psicologia, e de acordo com Sampaio (2012, p. 253) observamos que:

[...] apontar o racismo e em especial o racismo sexista como favorecedores de adoecimento seja ele psíquico ou físico é compreender que necessitamos definitivamente ter olhos de ver e ouvidos de escutar. Para vermos sim, que o racismo é como um câncer que mata ao que o possui mais também leva um pouquinho de todos os que passam pelo processo e para ouvir identificadamente o clamor de quem sofre. Por isso, a reflexão tem que perpassar a compreensão de que essa é uma chaga que mina não só as pessoas de cor preta ou parda, mas a todos os componentes da sociedade que deixam de ganhar ao não aceitar a qualidade e o engrandecimento que é a vida vivida na aceitação da diversidade.

Privilégios da raça/cor

Os(as) entrevistados(as) entendem que não há privilégios para a raça/cor branca ou raça/cor negra, mas identificaram a persistência e influência do preconceito racial, revelando que reconhecem que a população negra tem necessidade de lutar mais para obter seus direitos. Os(as) entrevistados(as) entendem que as pessoas negras são o tempo todo, levadas a pensar sobre sua raça/cor, diferentemente do que ocorre com as pessoas brancas.

Algumas pessoas acham que são melhores por serem brancas, entendeu? [...] Não, não há privilégio, mas há o preconceito. [...] eu acho assim, que há uma força maior em você ser negro, negra [...] porque você tem que lutar mais pra chegar onde você quer [...] tem que ser forte... pra ultrapassar tudo, pra você conquistar e pra você chegar aonde você quer chegar. Que [...], ainda existe muito obstáculos pra isso (S3).

O que parece indicar que pessoas brancas gozam de privilégios, vindo ao encontro do que descreve Schucman (2014, p. 135-136) que corrobora argumentos de outros(as) teóricos(as):

[...] a identidade racial branca – branquitude se caracteriza nas sociedades estruturadas pelo racismo como um lugar de privilégio materiais e simbólicos construído pela ideia de “superioridade racial branca” que foi forjada através do conceito de raça edificado pelos homens da ciência no século XIX delimitando assim fronteiras hierarquizadas entre brancos e outras construções racializadas.

E também é corroborado pelo relato deste(a) profissional:

Você é considerado mais inteligente se você for branco, menos agressivo, menos perigoso, [...] mais bonito né. Se a pessoa for branca, [...] ela é livre [...] como se a rua fosse dela né”. E, a pessoa negra tem que [...] se movimentar, [...], dependendo da etnia que a pessoa tem, ela tem que ir se movimentando... se você é branco, você não precisa pensar nisso, seria isso você é branco, você não tem que pensar nisso (N4).

No trecho acima, a entrevistada imagina uma pessoa da raça branca como um ser livre, já que ela pode agir, por exemplo, “como se” a rua fosse dela, ou seja, como dona da rua, pode fazer o que quiser, é livre. Enquanto, que a pessoa negra, ao contrário, não é livre, não é dona da rua e tem que trabalhar, “se movimentar” para conquistar esta liberdade, e chegar a ser, quem sabe, “dona da rua”. A pessoa negra não tem como esquecer, ou deixar de se lembrar da sua raça, da sua cor, porque ainda que não pense, a sociedade estará, o tempo todo, lembrando-a disso. A partir da diferença racial, se constroem posições hierárquicas entre as pessoas, designando distinto lugares para negros(as) e brancos(as), conforme o relato do(a) entrevistado(a) supracitado. A rua tem dono, pertence ao homem branco.

Observamos que quando a pessoa é negra ela sente, percebe o racismo, a discriminação antes mesmo que uma pessoa de outra raça/cor, o que será problematizado na subcategoria Autoestima:

Já... meu marido é negro como eu disse pra você. Até pouco tempo nós entramos numa loja de roupas e ele, como a maioria dos homens né, enquanto eu escolho ele fica encostado em uma arara e eu já tinha percebido e ele percebe muito antes de mim que o segurança ficou cercado-o né, ele ia pra um lado o rapaz dava uma volta e ia pra junto dele (N22).

Ou seja, parece que alguns(mas) profissionais entendem que a raça/cor branca leva alguma vantagem em relação aos não brancos. O que podemos verificar em Guimarães ao mencionar uma tese defendida nos Estados Unidos em 2003 que revela:

[...] a consolidação da democracia no Brasil, qual seja a exclusão racializada profundamente enraizada naquela sociedade. Tal exclusão tornou-se "normal" na sociedade brasileira e faz parte do senso comum ordinário. A branquidão simbólica tem sido utilizada pelas elites para justificar os seus próprios privilégios e para excluir a maioria dos brasileiros do exercício de seus direitos de cidadãos plenos e iguais (Reitner, 2003, p. iv apud GUIMARÃES (2004, p. 31).

Outros(as) entrevistados(as) brancos(as) e negros(as) são mais diretos no reconhecimento do privilégio para pessoas brancas, o que corrobora com uma das pesquisas de Schucman (2014, p. 137) que aponta: “que os sujeitos brancos sabem que são privilegiados em relação aos não brancos”.

Privilégio este, que associado a imagem negativa e/ou pejorativa, como que introjetada que se tem da raça/cor negra, nos remete as teóricas Silveira (1994) e Spink

(1993), respectivamente aos conceitos de inconsciente coletivo e imaginário social discutido na próxima subcategoria.

Sim, existe muito, eu acredito né. Existe muito mais pessoas mais pobres na raça negra que na raça branca, eu não sei se isso é verdade ou é só uma impressão minha, não sei estatisticamente [...]. Então assim, a pessoa mais branca ela é vista assim com mais privilégios, eu acho, mais por causa da escravidão mesmo. Como se fosse... tivesse no gens da pessoa com a cabeça mais fechada, que tem alguma coisa a ver com aquele escravo, com aquela pessoa inferior, porque era assim o senhor principal da senzala lá era o... era o principal era branco e tinham os negros, então [...] é alguma coisa que fica. Então assim aquela pessoa não é tão digna, não é tão importante... aquela pessoa negra. Eu acho que existe isso (U4).

Estes privilégios aparecem nos relatos dos(as) profissionais também no que diz respeito ao mundo do trabalho, na demanda por emprego e remuneração salarial:

Só nesta questão da remuneração salarial. [...] O homem [branco] ele é privilegiado em relação ao negro nesta questão do racismo tem esse preconceito sim, o homem leva vantagem, o branco, segundo os estudos do pouco conhecimento que eu tenho (H4).

Na nossa sociedade sim..., tem muitos privilégios infelizmente tem. Privilégios que eu digo, procurando um emprego, uma mulher e um homem branco ele vai ter prioridade, não digo em todas as empresas, mas em relação a questão da discriminação mesmo, né. Não digo em todos os lugares, mas vai ter aquele, aquele cidadão que infelizmente ele né... ele vai falar, ah... vai dar prioridade pra um branco, infelizmente é assim, acontece muito, infelizmente (B23).

Na nossa sociedade até tem, não deveria, mas tem. Se, vai procurar emprego, de repente até imagino que entre um branco e um preto escolhem um branco. Porque que eles ficam pedindo no currículo foto? Pra mim, quando pedem foto é por isso, porque não há nenhuma função em que, só porque você usa óculos ou não usa, que vai definir sua capacidade de exercer aquela função, ou se você é branco ou preto, então pra que pede foto? Existe sim um tipo de preconceito no mundo do trabalho, de discriminação. Não deveria, mais existe (T1).

Para alguns(mas) entrevistados(as) as pessoas negras teriam uma certa necessidade de lutar pelo espaço que já é das pessoas da raça/cor branca:

Eu não sei, eu acho que não, privilegiado. Eu acho que a pessoa ela tem que se destacar na sociedade [...] pra ela ganhar espaço, pra ela provar que ela é igual aos outros [brancos], pra ela provar, infelizmente é assim (U4).

Uma das entrevistadas indica que haveria um único privilégio em ter a pele negra:

O único privilégio é a gente não enrugar a pele logo. Esse é um privilégio, a nossa pele continua linda por muito tempo (risos). Fora este não tem mais nenhum (risos) (T1).

O conteúdo, junto com outros, parecem indicar que a raça negra não tem privilégios na sociedade.

Por outro lado dois(duas) entrevistados(as) negros(as) alegaram haver privilégio para a raça/cor negra por conta da existência da Política de Cotas:

É agora tem... é vantagem ou é privilégio? É, tem as cotas... [...] as cotas pra você entrar numa faculdade pública...(S3).

Tal conteúdo parece denotar que alguns(mas) profissionais desconhecem as políticas afirmativas das Cotas e o porquê da sua existência, conforme verificaremos mais adiante na subcategoria sobre os instrumentos que visam equidade. De acordo com Segato (2005-2006, p. 77):

[...] muitas opiniões são proferidas na ignorância dos fatos que sustentam o debate. Em primeiro lugar, a falta de informação. Não há, no Brasil, uma prática de discussão ampla e assídua do público sobre igualdade de acesso a direitos e recursos em geral e em particular sobre racismo. Isso faz com que a maioria das pessoas, [...] não se encontre suficientemente informada sobre a evolução e o estado deste já longo debate sobre ações afirmativas na cena internacional. [...]. Esse desconhecimento alcança inclusive os setores da sociedade que dispõem de maior acesso à educação e aos meios de informação.

Entendemos que a ideia não é a de haver privilégios para esta ou aquela raça, mas igualdade de oportunidades entre as raças, de acordo com o relato de uma entrevistada da raça/cor negra que diz:

Então, na Saúde não pode ter preconceito, de forma alguma, na Saúde não pode, se discriminar alguém, ou privilegiar alguém numa lista de espera porque é negro, porque é branco, porque é rico ou porque é pobre não pode ter (B4).

É relevante ainda destacar, conforme revela o estudo de Nova e Santos (2010, p.89) que as Políticas Afirmativas não procuram implementar condições de privilégio:

Os negros não querem privilégios, querem apenas que as oportunidades e a divisão dos bens socialmente produzidos sejam distribuídas em partes iguais entre negros e brancos. Para isso, são necessárias a adoção de medidas baseadas no princípio da equidade, de tratar diferentes os desiguais para poder igualá-los. É uma política provisória, até que se estabeleçam índices de vida e condições sociais equilibradas entre negros e não negros, entre homens e mulheres.

Autoestima

Nesta subcategoria, observamos a partir do relato dos(as) profissionais como se sente a pessoa que sofre com o racismo. No relato abaixo verificamos que a profissional, uma

mulher negra, adjetiva positivamente apenas a mulher da raça/cor branca ao dizer: *mulher loira, bonita e bem arrumada*. O que nos leva a seguinte reflexão: “O que pode ter indicado, ela uma mulher negra, ter feito referência apenas à mulher da raça/cor branca com adjetivos positivos?” Acreditamos que Nogueira, I. B. (2008, p. 44) possa nos ajudar a responder esta questão, a partir da sua reflexão sobre autoestima e também que seja possível curar as feridas psíquicas:

A auto-estima é importante para brancos e negros. Ela é uma construção. Nenhum de nós, branco ou negro, nasce com auto-estima. Nós construímos nossa auto-estima ao longo das relações originais, afetivas, sociais. A auto-estima é aquilo que nos reconhece do lugar positivo, do lugar do possível, da possibilidade. Sempre que há uma impossibilidade de reconhecimento, instala-se a baixa auto-estima. Quem sofre discriminação não pode ter uma boa auto-estima, porque não tem o reconhecimento. Até para que o racismo se mantenha, tem que se manter a baixo auto-estima. Como fazer isso? Por meio da ideologia de que o outro é inferior.

Como já dissemos, conforme Silveira (1994) e Spink (1993), o inconsciente oculta o que possuímos na sombra, e que pode ser revelado sob a forma de preconceito e discriminação e expressos no cotidiano da sociedade e também da Saúde, conforme Werneck (s/d) ao referir-se ao Racismo Institucional como uma forma de subordinar, às necessidades do racismo, o direito e a democracia.

Os(as) profissionais de saúde revelam o enraizamento do preconceito, da discriminação e do racismo no inconsciente coletivo do brasileiro:

Você entra numa loja, se tiver uma mulher negra e uma mulher loira, bonita, bem-arrumada, é inconsciente, a pessoa não faz nem de maldade, ela vai primeiro perguntar pra aquela pessoa que tem uma aparência melhor, o branco em muitos aspectos é mais bonito, talvez se arrume mais, ela vai com certeza tentar, atender primeiro aquela pessoa, mas aí eu me coloco. E isso em todas as formas, na sociedade, a gente vê isso na escolha, né, no trabalho, em muitos aspectos a gente vê que tem, isso tá no inconsciente do brasileiro, tanto no branco quanto no negro, o preconceito ele existe. Então não tem como a gente ocultar e dizer: ah, não existe, tá acabando, não... um dia acabará com certeza. [Me coloco:] “Algum problema, porque você tá atendendo a moça primeiro, eu cheguei primeiro”. E a pessoa às vezes, fica constrangida, mas é automático ela não fez por querer, mas é aquilo que eu falo, [...] essa situação de preconceito está no nosso inconsciente, então é automático, você vai no banco se tiver 2 pessoas, a pessoa vai automaticamente pra atender o branco. Porque no inconsciente ainda pesa a questão da cor do branco ser mais importante, então..., mas é inconsciente não é que a pessoa: ah, vou escolher aquela; não, não é isso eu sei que não é maldade, mas eu me coloco e eu exijo ser atendida pela ordem que eu cheguei (B4).

Assim como observamos nas caricaturas, piadas e brincadeiras relacionadas à raça/cor negra, como no Documentário¹⁷ “O riso dos outros” de Pedro Arantes, sobre o humor

¹⁷ O riso dos Outros. Filme documentário brasileiro. Direção: Pedro Arantes. 2012.

e seus limites e que revela, dentre outras questões, conforme o cartunista André Dahmer coloca que: “o ataque à minoria é uma regra do humor”, mas que também nos leva a algumas reflexões, dentre elas o humor e seus limites, os preconceitos e a relação com as minorias. Os relatos dos(as) entrevistados revelam:

A gente presencia a toda hora, a gente presencia nas brincadeiras, nas piadas (risos), no WhatsApp, a gente presencia a toda hora. E as pessoas muitas vezes não assumem que aquilo é uma atitude racista, “não, eu estou brincando”. Uma brincadeira de cunho e fundo racista. E parece que é tão enraizada na nossa cultura, ficou tão banal que as pessoas não percebem que é uma atitude racista. Mas isto tem toda hora, toda hora. Tem expressões que às vezes a gente escuta, o tempo inteiro, o tempo inteiro (T1).

[...] Parece que para profissional de saúde é natural fazer determinado tipo de brincadeira sabe, usar determinadas expressões, então, é racismo também. O que eu penso é que está tão dentro das pessoas, virou uma coisa tão natural “não, não, não é, nós não somos racistas, o Brasil não tem racismo” e a pessoa fala umas bobagens e não se dá conta do que ela está reproduzindo naquela fala, que mal ela está fazendo, o que ela está expressando de valores dela naquela fala (T1).

O(a) profissional parece indignado(a) quando se percebe traído(a) pelos estereótipos presentes em suas representações que, muitas vezes estão presentes de forma inconsciente. Ou seja, é como se só percebesse que carrega o preconceito dentro de si quando este é desvelado por alguma situação externa. Por exemplo, no relato a seguir o(a) profissional revela que tem a imagem de um homem branco bem vestido e uma pessoa que não iria lesá-la, indicando que talvez se este homem fosse de outra raça/cor ela estaria mais atenta, portanto é como se fosse traído(a) pelo modelo que traz consigo, sentindo-se enganado(a):

Eu trabalhava numa farmácia [...] e eu recebi um rapaz muito bem-vestido, branco, muito bem-afeiçoado e ele me passou um cheque, comprou de tudo um pouco, ele me passou um cheque e o cheque era de São Paulo. Depois que ele foi embora, o meu gerente falou: “você pegou o número do cartão?” Eu pensei assim, não, não peguei. Mas eu pensei comigo: “vai voltar? [...] Até parece, um carrão. O cheque voltou, [...] e eu tive que pagar meses por essa compra que ele fez. Chegando em casa, o meu sogro falou assim: “se fosse um negro, você pediria o cartão dele”. E a gente para pra pensar né, como a gente se deixa [...] levar pelo estereótipo, pela aparência, eu fui lesada por um branco, entendeu? (N22).

No exemplo acima, a pessoa fica indignada por ter sido lesada por uma pessoa branca, indignação esta que muito provavelmente não aconteceria em se tratando da raça negra, e que relacionamos a “herança da escravização”, conforme o Instituto Amma Psique e Negritude (2008, p.9):

[...] herança da escravização é o conjunto de atributos destinados ao negro, que permanece vivo e atuante no inconsciente coletivo. A sua exclusão do processo produtivo, após a abolição, promoveu uma situação social na qual foram reforçados estigmas e estereótipos tais como: “incompetentes, preguiçosos e indolentes,

malandros, sujos, marginais...”. Essas representações, mediadoras das relações interétnicoraciais, mantêm e reproduzem o racismo.

Instrumentos que visam equidade: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Campanha SUS sem racismo e as Cotas

Nesta subcategoria trataremos de alguns instrumentos úteis e que contribuem para trabalhar em prol da equidade e do direito. Na Saúde, temos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Campanha “SUS sem racismo” que visa conscientizar os(as) profissionais de saúde com relação a presença do racismo no SUS e também da necessidade de enfrentá-lo (BRASIL, 2013). Outra política importante levada em consideração neste estudo foi a Política Afirmativa, representada pelo sistema de Cotas que visa eliminar desigualdades e garantir igualdade de oportunidades na Educação.

Considerando que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, um instrumento relevante no combate ao racismo, incluindo o institucional e que carece de melhor divulgação na rede pública, foram incluídas questões sobre ela na entrevista. Os(as) entrevistados(as) foram questionados(as) se conheciam a Política e a Campanha SUS sem racismo. Além de investigar opiniões sobre as Cotas para a população negra que, conforme Moehlecke (2012), revelam a existência de pontos polêmicos que incluem questionamento sobre sua legalidade e abrangência desta Política Afirmativa.

A abordagem destes temas possibilitou aos(as) entrevistados(as) posicionarem-se em relação a existência do racismo e sobre a necessidade de políticas públicas para minimizar as desigualdades, assim como o caso S., última subcategoria, que também solicita um posicionamento do(a) entrevistado(a) em relação a um caso de racismo.

Quanto a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Campanha SUS sem racismo e as Cotas para a população negra, observou-se pelas entrevistas que tais políticas são, no geral, desconhecidas por quase todos(as) entrevistados(as). Além do desconhecimento, também demonstram receio em dizer que não as conheciam.

Para alguns(mas) dos(as) profissionais entrevistados(as) as cotas raciais parecem justas e são vistas como uma forma de reparação, conforme relatos a seguir:

Eu acho que é muito bom. Eu acho que é uma das formas de reparação mesmo, não é a única, mas para mim é uma das formas e que não se pode negar (T1).

Eu acho que garante (...) uma oportunidade maior né, de garantir que pessoas negras consigam né, acesso à educação e consigam né, mudar a realidade de vida, eu acho que é válida (E1).

Eu acho que é um processo temporário (...), porém necessário. (...), por exemplo, na questão do ensino, o acesso são sempre dados inferiores, nós trazemos já uma dificuldade pela nossa própria história. Então, essas cotas abrem portas e abrem possibilidades para que o negro possa acessar tudo aquilo que como indivíduo ele tem direito. Então eu acho que é necessário... (B4).

De acordo com Segato (2005-2006, p. 83) “As cotas são um tipo de ação afirmativa. A noção de ‘reparação’, ou seja, o ressarcimento por atos lesivos cometidos contra um povo assim como a noção de ‘compensação’ pelas perdas ocasionadas são os conceitos que orientam e conferem sentido à implementação da medida”.

Entretanto, os(as) profissionais admitem que carecem de maiores explicações para o seu entendimento, o que observamos anteriormente em Segato (2005-2006), sobre a falta de informação sobre as Cotas, na subcategoria Privilégios da Raça/cor.

Entre os(as) entrevistados(as) há também quem não aceite a política de cotas raciais alegando, por exemplo, que a população negra tem as mesmas condições que a branca em termos de inteligência:

Dívida, pois por um lado beneficia porque se não fosse isso era só tudo branco tendo vez, mas por outro lado parece que essa raça [negra] não é valorizada quanto a inteligência. A competência não tem a ver com a raça (D1).

De acordo com o relato acima observamos a necessidade das Políticas Afirmativas via sistema de cotas raciais sejam mais divulgadas para que não sejam confundidas, por exemplo, sua aplicabilidade quando da falta de inteligência, ou seja, como se a mesma fosse necessária porque as pessoas negras não tivessem inteligência suficiente para lograr êxito em um vestibular ou concurso, precisando assim das cotas. O que também pode ser observado nos relatos dos(as) profissionais que discordam das cotas raciais:

Eu acho isso absurdo [cotas], porque eu acho que não existe diferença entre negro e branco. Eu acho que todos têm condições né, tem capacidade pra isso, eu acho que isso só se refere à inferioridade, colocando cotas. [...] Cota pra mim significa como se fosse preconceito (M1).

Eu acho que não tem porque fazer cotas diferentes, eu acho que as pessoas, elas têm que ter um esforço pra progredir né, independente se ela é branca, preta, indígena, japonesa, eu acho que ela tem que ter um esforço (U4).

Aqui, parece também haver a presença de significados inspirados na ideia de meritocracia, que segundo Werneck (2013, p. 4) trata-se de “[...] sistema em que aquel@s supostamente mais aptos ou preparados ocupariam as melhores posições na hierarquia [social], será desenvolvida a partir da associação perversa entre ocupação de posições de privilégio e indicadores de valor”.

Ah, eu sou um pouco polêmica nesse assunto. Eu acho assim, [...] meu marido é negro, meus filhos são negros, embora tenha um mais clarinho, mas são descendentes de negros. Eu acho desnecessário, porque se o branco é inteligente e não tem cota, o negro também. Por que, que o negro tem que ter cota? Eu acho que isso já é um racismo, eu acho. [...] Por que cota pra negros se somos todos capazes? Então, por que não cota pra branco? [...] Se as pessoas pensassem na questão de não ter diferença, as coisas andariam melhor, essa cota pra negros eu acho desnecessária, eu acho desnecessária... (N22).

Quando o(a) profissional questiona “e por que não cota pra branco?...” parece indicar a existência de questões que pautam uma discussão sobre a ideia de capacidade versus oportunidade que é onde as cotas pretendem atuar.

Profissionais da raça/cor negra revelaram ainda que não se sentiriam confortáveis se utilizassem as cotas:

Eu acho até que é legal, mas [...] eu me sentiria beneficiada como se eu fosse menos capaz de fazer alguma coisa porque eu sou negra. Então, eu não faço assim, eu (S3).

Entendemos as Cotas raciais como um tipo de ação afirmativa, necessária e temporária que visa equidade, conforme Moehlecke (2012, p. 199) que trata da questão da ação afirmativa e dentre ela as Cotas:

[...] a ação afirmativa também envolveu práticas que assumiram desenhos diferentes. O mais conhecido é o sistema de cotas, que consiste em estabelecer um determinado número ou percentual a ser ocupado em área específica por grupo(s) definido(s), o que pode ocorrer de maneira proporcional ou não, e de forma mais ou menos flexível. Existem ainda as taxas e metas, que seriam basicamente um parâmetro estabelecido para a mensuração de progressos obtidos em relação aos objetivos propostos, e os cronogramas, como etapas a serem observadas em um planejamento a médio prazo.

De acordo com Moehlecke (2012, p. 198) “entendemos que antes de assumir uma posição favorável ou contrária a essas políticas, seria importante [também para os(as) profissionais] conhecer e entender melhor o que são, sua história e a direção assumida por algumas das polêmicas que têm suscitado. E depois de conhecer, pois não se trata só conhecer, ter condições de problematizar e ao reconhecer, assim como Segato (2005-2006, p. 83) que: “As cotas acusam, com sua implantação, a existência do racismo, e o combatem de

forma ativa”, o que parece indicar que seja o motivo de polêmica entre as pessoas, pois reconhecer as Cotas é reconhecer o racismo, o que exige um posicionamento enquanto ser humano.

O Caso S.

Alcunhamos de “Caso S” um relato retirado do livro do autor Telles (2003) referente a uma situação verídica cuja protagonista chama-se Leda e vivenciou uma situação de racismo.

O Caso S. foi analisado como última subcategoria, incluído no roteiro de entrevista para problematizar a existência do racismo, conforme descrito abaixo:

Leda e um comerciante haviam concordado sobre o reembolso pelo pagamento de um produto cuja entrega estava atrasada. De acordo com os autos do processo, o comerciante sugeriu que Leda sustasse o cheque, o que ela fez após, polidamente, requerer o reembolso do valor cobrado pelo banco por tal ato. O comerciante retrucou: ‘por isso que não gosto de fazer negócio com pretos; quando não faz na entrada, faz na saída’ e se dirigiu à mulher branca que a acompanhava dizendo: ‘me admiro você andar com ela’.

[A partir deste caso, escute agora a decisão da juíza:] “Não há razão para encarcerar o comerciante. Não foram negados os serviços nem o acesso à loja do acusado, conforme determinado pelo Artigo 5 da Lei 7.716/89. Por outro lado a questão racial e do racismo deve ser ignorada em favor de relações pacíficas entre as raças. Num país tolerante, como o nosso, é importante apagar certas coisas para a sociedade seguir harmoniosamente. Ninguém quer racismo. Nosso guia é a lei. (TELLES,2003, p. 268)

Apesar de alguns(mas) entrevistados(as) negarem, a maioria considerou que se trata de um caso de racismo, havendo, inclusive indignação por parte de alguns(mas) profissionais:

Eu acho que foi um [caso de] racismo e que assim, ele que provavelmente era branco ele foi isento (S3).

Eu acho que assim, foi uma atitude racista e, antes de mais nada, uma atitude de extrema grosseria e uma extrema falta de educação (B2).

De forma geral, observamos que o caso S. relatado trouxe indignação a muitos(as) profissionais, além da lembrança de outros casos, conforme abaixo:

Você quer saber? ... É por isso que ainda existem casos de racismo, devido a falta de punição. [...]. Aquele caso que aconteceu com a moça que xingou o goleiro de macaco, ela simplesmente, ela pagou pelo que ela fez. Não sei como é que tá a justiça, mas a sociedade a puniu, ela teve que sumir, porque ela perdeu o emprego né, ela era federal, ela perdeu um emprego ótimo e ela perdeu a vida dela, porque a casa dela foi apedrejada, a sociedade a puniu. Só que a sociedade não sabe desse

caso, e no caso a lei teria que ter punido, porque senão essa moça aqui que teve essa atitude racista ela vai continuar fazendo. Eu tenho certeza que essa moça que xingou o goleiro de macaco ela vai pensar, muitas vezes antes de tratar alguém da forma que ela tratou (N22).

Além de indignação sentida pelos(as) profissionais em relação a atitude da justiça diante do caso ao ignorar o racismo e mesmo da atitude do comerciante:

A juíza não deveria ter essa atitude, ele deveria ter sido punido, pois a moça foi violentada pelo comerciante. O comerciante não crê que há justiça e passa por cima... (D1).

Não, eu acho que aí a lei não foi aplicada [...] eu fiquei indignada [risos nervosos] com a atitude das pessoas... Existe a lei né, mas ela não é aplicada, né? (S3).

Observamos, conforme Schraiber *et. al.* (2003, p. 42), que [assim como] “silêncios e invisibilidades [...] também [são] questões de gênero”, deixar a violência, no caso, o racismo na invisibilidade é contribuir para que os direitos de uma população não sejam reivindicados. É o mesmo que querer ignorar, apagar, negar e fazer de conta que não houve e nem há enfermidades físicas, psíquicas, além de feridas na alma de um povo, decorrentes do processo do racismo. Tanto o racismo, quanto a violência doméstica implicam em corromper as emoções, a soberania e a dignidade como coloca Schraiber *et. al.* (2003), assim como no caso S., ou no relato abaixo:

A lei é pra todos, a lei independe da sua cor, [...] se eu cometer um crime eu vou ser presa, se o branco cometer um crime ele tem que ser preso. Agora, o despacho dela foi racista, porque o despacho depende do entendimento dela, de como ela quer usar a lei. Então ela foi racista sim. É um absurdo. Ela querer manter na invisibilidade e dizer que o fato de uma pessoa estar reivindicando seus direitos de ter sido ofendida, porque está reivindicando seus direitos, ela achar que isto incita ao racismo, que deve ser mantido tudo embaixo do pano, do tapete, por causa da convivência harmoniosa (T1).

A partir da análise da Categoria Racismo, foi possível identificar questões que remetem à necessidade do reconhecimento das disparidades em saúde, conforme Lacerda *et. al.* (2012, p. 99):

Reconhecer disparidades em saúde¹⁸ e refletir sobre suas causas, bem como propor estratégias de superação dessas disparidades são fatores essenciais para o planejamento e proposição de ações no âmbito da Saúde Pública, bem como representa um grande desafio para as sociedades mais justas e igualitárias.

¹⁸ Disparidade em saúde, segundo Lacerda *et. al.* (2012, p. 99) é definida por Braveman (1991) como uma particular diferença em *status* de saúde, na qual grupos em desvantagem social (pobres, minorias raciais/étnicas, mulheres, ou outros grupos que tem persistentemente vivenciado desvantagem social ou discriminação), sistematicamente possuem pior padrão de saúde ou maiores riscos à saúde do que grupos em vantagem.

Acreditamos que uma das possibilidades para que o reconhecimento das disparidades em saúde ocorra, seja o espaço de diálogo proposto como produto deste mestrado profissional, que visa também a reflexão sobre suas causas, e tem a pretensão de que estas reflexões sejam realizadas a partir das práticas de cada profissional, considerando o relato de Lacerda *et. al.* (p. 108) que atenta para a responsabilidade tanto dos sistemas como dos gestores e profissionais de saúde:

O impacto do racismo e discriminação incide sobre um dos principais determinantes de saúde, o acesso aos serviços e sistemas de saúde. Diversos autores destacam que as disparidades raciais no acesso à saúde são geradas tanto pelos sistemas, como um todo, como pelos profissionais de saúde e pelos gestores, podendo se manifestar no nível do paciente/profissional através dos preconceitos, estereótipos e incertezas na comunicação clínica e tomada de decisões.

Ou ainda conforme Werneck (s/d, pg. 9) que enfatiza a necessidade do reconhecimento da dimensão de desigualdade, que está na estrutura da nossa sociedade e no Estado, é fundamental para enfrentá-la. O reconhecimento de sua manifestação nos diferentes níveis e mecanismos também é considerado fundamental para avanços em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

3.3. – Diálogo entre mapeamento da violência, conteúdo das entrevistas e o campo

Dialogar com os resultados da análise quanti-quali e do diário de campo revela um panorama mais abrangente do atendimento realizado às mulheres em situação de violência, em relação a gênero e raça/cor. Considerando que, por meio do mapeamento da violência, temos uma visão dos dados estatísticos e epidemiológicos que, de certo modo, são evidenciados pelos relatos dos(as) profissionais de saúde nas entrevistas ao mesmo tempo dialogam com a experiência no campo quando da realização deste estudo.

O diálogo deste conjunto de dados tende a enriquecer as informações obtidas e compor um panorama mais completo que, de certa forma, desvela o modo como o(a) profissional atua no atendimento a mulher em situação de violência ao revelar seus conceitos, preconceitos e atitudes. Tal diálogo só foi possível devido ao método da Triangulação, que de acordo com Minayo (2013) favorece este diálogo entre áreas distintas de conhecimento e viabiliza o entrelaçamento entre teoria e prática, logo, afirma Minayo: “[...] se [for possível] triangular essas informações, isto é, obter ao mesmo tempo uma magnitude da questão e a

compreensão desta a partir das pessoas que vivenciam, [se terá] uma visão mais complexa e profunda do fenômeno".

De acordo com os resultados do mapeamento da violência em Santos, observamos que a Unidade de Saúde da Família do Centro Histórico foi a que mais notificou violência dentre as unidades de saúde e programas de saúde da família, no período de 2009 a 2013, cujos dados estatísticos revelam um total de 6 notificações neste período (Tabela 5), por isso a priori foi a unidade eleita para este estudo.

Observamos nos conteúdos das entrevistas dos(as) profissionais que os(as) mesmos compreendem violência como desrespeitar, constranger e tirar a liberdade e os direitos enquanto pessoa. E que a violência deixa marcas, pois o(a) profissional de saúde sempre traz na memória ao menos um atendimento que ficou registrado como marcante deixando-o(a) muitas vezes sensibilizados(as) como no relato a seguir:

Foi um caso que assim ainda dói sabe, eu sinto assim, um aperto quando eu lembro desse caso (B2).

Entendemos que a marca da experiência com a violência também pode ter contribuído para com a resistência dos(as) profissionais de saúde em relação à participação neste estudo.

Com o desenvolvimento do trabalho de campo acreditamos ter, de algum modo, compreendido a resistência específica dos(as) profissionais da USF Centro Histórico, a partir do próprio resultado que mostrou que os(as) entrevistados(as) têm ou tiveram contato com pessoas ou situações relacionadas a temática violência. Violência esta, que foi notificada em diversas unidades de todas as regiões da saúde do município de Santos (Tabela 5).

Com a ampliação desta pesquisa, para as unidades que compõem a região Central Histórica, observamos a ocorrência de maior incidência da violência, com 307,05/10 mil habitantes, revelando que a violência ocorre quase 10 vezes mais que na região da Orla com incidência de 31,22/10 mil habitantes (Tabela 12), o que permite dizer que a região do Centro Histórico é uma região de vulnerabilidade, conforme Santos, A. R. (2008, p. 132) que revela que apesar de ainda hoje, haver uma busca do Poder Público pela “revitalização” da região do Centro Histórico, evidencia-se a exclusão social nesta região, a “fragilidade de cidadania”, ou seja, as inúmeras formas de vulnerabilidade.

Com relação a coleta do Quesito Raça/cor observamos que alguns(mas) profissionais de saúde não se sentiram a vontade ao ter que responder nas entrevistas qual sua raça/cor:

Por quê? Nossa, pergunta difícil né. Ah, eu assim... Por que, que... eu me...? Porque eu sou da raça, da cor negra, porque eu já passei por muitas coisas, dificuldades, é... preconceito, né... (S3).

Quando na realidade eles(as) precisam ficar a vontade para perguntar ao(a) usuário(a), considerando que este quesito é autodeclarado, então como já questionamos: como perguntarão se não conseguem, muitas vezes, responder a esta questão com tranquilidade e se sentem constrangidos(as) diante do questionamento?

Um pouco constrangido, vou falar pra ti, (risos) de perguntar, mas como a gente tem que perguntar, eu pergunto sempre.[...] muitas vezes eu imagino que a pessoa pra quem eu [es]teja perguntando se sinta ofendida... (B23).

De acordo com o IBGE a raça/cor no Brasil classifica-se em 5 categorias, são elas: branca, preta, parda, amarela e indígena, sendo que a soma da raça/cor preta + parda corresponde à raça negra. Confrontando com dados referente notificações segundo raça/cor, sexo e coeficiente de incidência (Tabela 11), percebemos a relevância do preenchimento do Quesito raça/cor, por se tratar de um recorte étnico-racial que serve de indicador para ações de promoção e prevenção da saúde em relação aos segmentos população, na qual observamos que a raça/cor negra, ou seja, tanto a mulher preta quanto o homem preto foram os que mais sofreram violência no período de 2009 a 2013.

Dialogando com os dados quantitativos referentes à raça/cor, tendo como resposta “Ignorado”, ainda que percebamos que a frequência de Ignorado e Sem preenchimento venham decrescendo lentamente desde 2009, ainda é significativa a frequência de Ignorado e Sem preenchimento com 11,92% do total no período de 2009 a 2013. No ano de 2009, por exemplo, observamos que 27,4% do quesito raça/cor constam sem informação (Tabela 10), o que dificulta a problematização de raça, gênero e violência, ou seja, a interseccionalidade, e que pode contribuir para a não hierarquização das pessoas a partir destes marcadores sociais da diferença.

Entendemos que o preenchimento adequado criará condições de informar sobre o processo de saúde-doença da população segundo raça/cor, conforme relato do(a) entrevistada, a seguir:

Porque eu acho que a raça e a cor são determinantes também do processo de saúde-doença, da mesma forma que alimentação, lazer, moradia. Então a raça/cor determina sim, uma série de situações relacionadas ao processo saúde-doença. E é importante saber se essa violência, no caso específico das mulheres, [...] se é mais a negra, a branca, a amarela. Se essa situação de violência tem a ver com a questão da cor ou tem a ver com a questão do local, da falta de segurança, da falta recursos, sei lá do que mais, que pode estar gerando a partir de um determinado ponto que você faz uma análise dessas fichas, avaliar vários fatores que implicam no aumento

da violência e quem é que está mais vulnerável aquela situação de violência, é mulher, é criança, é homem, é branca, preta, amarela (T1).

O que corrobora com Werneck (2013) que discute sobre a importância de que desagregar os dados por gênero e raça/cor é uma ferramenta imprescindível na contribuição do enfrentamento para a eliminação do racismo institucional.

Mulher e negritude, gênero e raça, são marcadores sociais da diferença que de acordo com a fala desta entrevistada e, articulando com o eixo violência à luz do conceito de interseccionalidade, resulta em uma condição de maior vulnerabilidade para situações de discriminação e a violência culminando na forma como a saúde desta população é afetada.

O que também observamos no relato de um(a) dos(as) poucos(as) profissionais entrevistados(as) e capacitados(as) e que reconhece a relevância do preenchimento deste quesito:

A não valorização da questão racial, do recorte racial étnico como um fator que agrega ou não né, problemas, é um determinante da saúde. Então as pessoas não pensam que o fato de você ser branco, preto, amarelo tem alguma relação a ver com doença, com o fato, o processo de saúde-doença. Ninguém relaciona é muito difícil (T1).

De acordo com o Ministério da Saúde observamos que:

Metas e Indicadores Pactuados no âmbito do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), [para municípios e Distrito Federal é de] 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida (BRASIL, 2016, p. 98).

Desta forma, a partir do corrente ano de 2016, também o município de Santos deve ter 95% deste quesito preenchido no banco da violência (SINANNET), com informação válida, ou seja, preenchido adequadamente, o que também justifica a relevância deste estudo. Acreditamos que esta seja uma forma que o Ministério da Saúde encontrou para digamos, incentivar o preenchimento deste quesito e obrigar o preenchimento do mesmo.

Apesar de a formação dos(as) profissionais para a coleta do quesito raça/cor nos documentos da Saúde ter sido realizada nas unidades de saúde, ainda que de forma rudimentar, a coleta do quesito raça/cor carece de monitoramento contínuo, o que vem de encontro ao produto deste Mestrado Profissional, ou seja, Educação Permanente em Saúde, e que também foi sugerido por alguns(mas) profissionais:

Então eu acho que as autoridades deveriam olhar mais é, ter entendimento também, que esbarra nisso, as autoridades não terem o entendimento do quesito raça/cor. E se capacitarem e capacitarem os seus servidores né, não só SUS, mas também a Saúde privada, eu acho fundamental que tivessem esse esclarecimento (B4).

O mapeamento permitiu também identificar que a violência doméstica concentrou-se de forma importante no sexo feminino (Tabela 6). A mulher, de acordo com os(as) entrevistados(as) neste estudo, sofre violência pelo simples fato de ser mulher, o que remete às relações desiguais de gênero e ao machismo, característico da dinâmica que é cultural, como já mencionado neste estudo:

Pelo menos aqui no Brasil, acho que a violência tá, pra todas, é mulher tá sofrendo, pelo menos aqui no nosso país (H4).

Quanto ao local da ocorrência da violência, observamos que predomina a residência relatada em 73,59% dos casos, em consonância com o Mapa da Violência (2012) que revela ser o espaço doméstico o local onde as mulheres sofrem a maior parte das situações de violência (Tabela 13). A faixa etária mais acometida é a de 20 a 29 anos, ou seja, mulheres jovens em 13,79% dos casos (Tabela 7), e quanto ao recorte étnico-racial, que será analisado detalhadamente mais adiante, adiantamos que foi observada a prevalência da raça/cor preta+parda. Estes dados do mapeamento da violência em Santos corroboram com os dados do Mapa da Violência (Waiselfisz, 2015) que revela que no Estado de São Paulo, como no Brasil, a mulher é quem mais sofre violência doméstica quando comparada ao sexo masculino, e que em relação à faixa etária, as vítimas de homicídios são, prioritariamente, meninas e mulheres negras entre 18 e 30 anos de idade.

No mapeamento, quanto ao tipo predominante de violência na idade adulta, notamos que as mulheres sofrem mais com a violência física com 28,14%, seguida da violência sexual com 20,36% do total (Tabela 9).

A partir do relato dos(as) profissionais quanto a demanda para atendimento da violência no serviço de saúde, pudemos concluir que na perspectiva dos(as) entrevistados(as), é a mulher que procura mais o serviço:

A mulher de uma forma em geral procura mais [o serviço de saúde] do que o homem (T1).

O que vem de encontro com a frequência das notificações onde percebemos em números absolutos que a mulher se evidencia como já foi dito (Tabela 6).

Entretanto com relação a raça/cor, se é a mulher branca ou negra quem procura mais o serviço de saúde, há maior fluidez nas entrevistas. Ainda assim, um(a) profissional sugere que a mulher negra procura menos o serviço de saúde por acreditar que a mesma tenha menor escolarização, além do receio de ser penalizada ao que ter faltar ao emprego para ir ao serviço de saúde. Observamos com relação a escolaridade que a mulher em situação de

violência tem um grau de escolaridade maior que o do homem que procura o serviço de saúde (Tabela 8). Para nos aproximarmos da classe social da mulher negra em situação de violência tomamos em Dias, Giovanetti e Santos (2009, p. 14) que relatam estudo realizado em 2000, em municípios do Estado de São Paulo, inclusive Santos, de alguns serviços de referência e treinamento em doenças sexualmente transmissíveis, cujo resultado revela que as mulheres negras atendidas nos serviços pesquisados apresentavam as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e rendimento familiar.

No que diz respeito ao atendimento a esta mulher em situação de violência, observamos que ainda que somente alguns(mas) profissionais tenha relatado a experiência de ter vivenciado o racismo na Saúde, notamos como que nas entrelinhas, de um modo sutil, a partir do treino científico e da experiência, a presença do racismo. A unanimidade dos(as) dos(as) entrevistados(as) em reconhecer a existência do racismo indica isso. A reflexão de um(a) deles(as) nos leva a uma melhor compreensão desta questão:

[Racismo na Saúde] Eu acho que sim, se tem discriminação no ônibus, na escola, imagina, porque não na área da Saúde, não é um espaço privilegiado [...] (T1).

O que nos leva a questionar o atendimento realizado pelo(a) profissional de saúde ao observamos também, a forma como se deu o contato da pesquisadora, mulher negra, em uma das unidades eleitas para este estudo, registrado no diário de campo. A forma como a mesma foi atendida marcou o processo desta pesquisa. A pesquisadora que acabara de chegar à unidade dirigiu-se a recepção para solicitar uma informação e foi recebida a gritos, que puderam ser ouvidos pelo corredor da unidade. Neste momento o estudo a que a mesma se propôs fez todo sentido, levando-a a refletir: “- *Nossa, por que ele está gritando comigo? E se fosse uma usuária da unidade, uma mulher em situação de violência? Como se sentiria? Mas aqui não é uma recepção, lugar onde se recepcionam as pessoas? Será que este funcionário é um candidato à minha pesquisa?*”.

Observamos também nos atendimentos à mulher em situação de violência a identificação dos(as) profissionais de saúde com o gênero, como marcador social da diferença, em primeiro lugar. Mulheres entrevistadas identificam-se com as mulheres atendidas, a partir do feminino. E, além da identificação, foi comum também a associação do feminino a fragilidade. A identificação por raça/cor, por outro lado, não parece ocorrer entre entrevistados(as) e mulheres negras em situação de violência. Se a diferença, enquanto raça/cor não é percebida como reconhecer as desigualdades e buscar a equidade em Saúde?

Observamos nas notificações que cruzam violência segundo população residente, da raça/cor e sexo, que há destaque para a notificação da raça/cor negra, ou seja, preta + parda. Tanto a mulher negra quanto o homem negro, dado que pelos registros, no período de 2009 a 2013, foram os que mais sofreram violência. No ano de 2010 a incidência, por 10 mil habitantes, na mulher parda foi de 23,73 contra 9,54 da mulher branca. No mesmo ano, observamos que no homem da raça/cor preta, a incidência foi de 34,88 contra 7,44 do homem da raça/cor branca por 10 mil habitantes (Tabela 11), e que está de acordo com os dados do Mapa da Violência (2015), supracitado na categoria Mulher, que dialoga com os dados das entrevistas conforme trechos abaixo:

[...]porque eu acho que a mulher negra, ela já [...] por si só, sofre muito preconceito, né.[...] (M1).

Mulher negra... uma pessoa que é estigmatizada [...] os problemas de ser mulher e ser negra, são meio que ignorados... Uma pessoa que se sente desconfortável em vários lugares diferentes, por razões diferentes (N4).

O racismo tem implicação na autoestima da população negra, dados seus impactos na saúde física e/ou psíquica. De acordo com Nogueira, I. B. (2008) a autoestima de uma pessoa que sofre discriminação é prejudicada, pois não tem o reconhecimento, o que faz com que seja considerada inferior.

Trazendo para este diálogo novamente a experiência da pesquisadora ao ser recebida de forma agressiva, já relatada anteriormente. Imaginemos uma situação semelhante acontecendo com uma mulher negra em situação de violência que tivesse ido procurar atendimento. Poderíamos pensar em consequências para o processo de saúde, para sua autoestima. Ou seja, é impactante e passível de desdobramentos.

Nesta mesma linha de triangulação para o diálogo, trazemos aqui a situação de entrevistas que foi interrompida 3 vezes por profissionais que queriam usar a sala para descansar no horário de almoço, com as seguintes abordagens: “-Vocês vão usar a sala?” ao que respondemos que sim, inclusive porque já nos encontrávamos dentro da mesma. Na segunda vez: “- Vocês vão ficar muito tempo aí?”, finalizando: “- Menina, que hora que vai terminar esse cabelo aí hein, que eu preciso descansar, dez minutos?”. Apesar de saber que a pesquisadora era a “invasora”, pois as mesmas estavam no seu ambiente de trabalho e ao que indica usavam o espaço para descansar no horário de almoço, inevitavelmente a pesquisadora, que entrevistava uma profissional negra, se questionou internamente “- E se fossemos brancas, elas agiriam assim?”.

Considerando que o racismo, aqui entendido como atuante a partir do preconceito racial que está na sombra, ou seja, no nosso inconsciente coletivo (Silveira, 1994) ou no imaginário social (Spink, 1993) e que pode ser projetado na forma de discriminação, quer dizer, racismo. Como o que está na sombra tende a ser negado e ocultado de nós mesmos(as) o preconceito pode ficar latente, no inconsciente sem que a pessoa tome conhecimento dos mesmos, levando-a muitas vezes a discriminar sem perceber que está agindo com discriminação, por exemplo, de gênero ou racial. Considerando que a ideia de sombra é também coletiva, já nos questionamos se estaria o imaginário social ou o inconsciente coletivo dos(as) profissionais atuando, por meio da sombra, na produção do racismo no setor Saúde. Na forma de projeção, muitas vezes de forma inconsciente, a resposta a esta pergunta é positiva, ainda que o(a) profissional não consiga se reconhecer a partir de suas atitudes.

Ou ainda perceber quando o(a) próprio(a) profissional sofre com o racismo, como no relato de um(a) profissional que se deu conta, após muitos anos do ocorrido, no momento da entrevista, que havia sofrido discriminação racial no ambiente de trabalho, ao ser preterida em relação a sua colega branca que não tinha a mesma qualificação profissional que ela para ser promovida. No momento da entrevista ela disse com indignação:

É! acho que isso foi racismo. É, foi sim (S4).

Quando este racismo, de acordo com Werneck (2013) ocorre no âmbito do Estado e que pode ser detectado a partir da análise das relações institucionais, dos dados dos registros administrativos e demográficos assim como nos dados dos fluxos de trabalho quando na execução das políticas públicas, estamos nos referindo ao Racismo Institucional.

Acreditamos que o enfrentamento do Racismo Institucional é possível a partir do conhecimento e implementação dos instrumentos disponíveis na nossa sociedade, que visam equidade principalmente na Saúde como: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Campanhas como a “SUS sem Racismo” e o sistema de Cotas raciais, o que é corroborado pelo relato do(a) profissional:

Eu acho que é muito bom [as Cotas]. Eu acho que é uma das formas de reparação mesmo, não é a única, mas para mim é uma das formas e que não se pode negar. A oportunidade tem que ser dada né, depois de 300 anos de escravidão é notório a diferença de oportunidades que sempre se fez presente. Então é uma tentativa de melhorar essa situação e que não pode ser tomada como isolada, porque o sistema de cotas, as ações afirmativas, elas tem um prazo de vigência. Elas não existem pro resto da vida, porque senão elas não servem pra aquilo que elas se propõem, que é ajudar na reparação. Reparação você não faz a vida inteira, você faz por um período e avalia se realmente deu resultado. Então, o sistema de cotas é importante, não deve ser negada a possibilidade de existir cotas nas universidades, nos cursos técnicos, nos concursos públicos, em todos os locais, mas deve ser agregado com

outras questões também, com esse debate sobre a questão do racismo, no que isto interfere no acesso das pessoas à educação, à saúde, por que as crianças negras saem da escola; crianças negras saem da escola antes das crianças brancas, porque as mulheres negras são tratadas dessa, dessa e dessa forma numa unidade de saúde diferentemente das brancas. Tudo isto tem que vir agregado na discussão das cotas, porque senão fica assim como se fosse um privilégio. Cota jamais foi privilégio. Cota é reparação, não é privilégio (T1).

Entendemos, com relação ao Sistema de Cotas, que se trata de um meio para atingir a equidade, com caráter emergencial no Brasil e dialoga com este estudo na medida em que alguns(mas) profissionais a consideram injustas ou a veem como uma forma de discriminar. De acordo com Munanga (2001, p.42) observamos que:

A cota é apenas um instrumento e uma medida emergencial enquanto se buscam outros caminhos. Se o Brasil, na sua genialidade racista, encontrar alternativas que não passam pelas cotas para não cometer injustiça contra brancos pobres – o que é uma crítica sensata – ótimo! Mas dizer simplesmente que implantar cotas é uma injustiça, sem propor outras alternativas a curto, médio e longo prazo, é uma maneira de fugir de uma questão vital para mais de 70 milhões de brasileiros de ascendência africana e para o próprio futuro do Brasil. É uma maneira de reiterar o mito da democracia racial, embora este esteja desmistificado.

Dessa forma, ainda com relação aos instrumentos supracitados, entendemos que tanto a Política Nacional de Saúde Integral da População negra, como as Cotas raciais e a Campanha SUS sem racismo, mencionados neste estudo e relatados nas entrevistas, são relevantes para trabalhar no enfrentamento do racismo na Saúde e no país.

Abaixo, apresentamos o relato de um(a) profissional que revela de forma bem abrangente no que estes instrumentos, principalmente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, podem contribuir para a equidade em Saúde, além de reforçar a necessidade de que estes instrumentos sejam de fato implementados. Acreditamos que o Produto deste Mestrado Profissional que implica em Educação Permanente em Saúde e tem a pretensão de ser ao menos um espaço para diálogos, reflexões e troca de informações na busca de equidade em Saúde, poderá ser um dos caminhos para colaboração com a propagação destes instrumentos e de suas funções, que é dar visibilidade ao Racismo Institucional e possibilitar sua problematização:

[A PNSIPN é importante] porque é só a partir daí que a gente começou a dar publicidade, a gente começou a fazer com que os gestores pudessem entender que a integralidade do SUS não é uma integralidade só para alguns, é para todos. E a equidade é pra todos e que não tem só o branco, tem várias raças com problemas bem específicos, inclusive da sua própria constituição, da sua raça, do seu modo de comer, da sua cultura. Isto determina um processo de adoecimento diferenciado. A Política, ela trouxe a tona e tirou da invisibilidade estas questões, porque era tudo igual, tudo igual nada, tem diferença, e precisa mostrar que tem diferença. Mas não diferença para você discriminar [...] mas pra tentar melhorar (T1).

Eu concordo toda Campanha é bem vinda [referindo-se a Campanha SUS sem Racismo], só que eu acho que assim, não pode ser só um momento assim, tem que ter ações muito sistemáticas, periódicas, sempre. Ter mídia, ter muita coisa, ter capacitação (T1).

Outro caminho, apontado por Werneck (2013) e que vem de encontro ao enfrentamento do Racismo Institucional, é a criação de indicadores de Racismo Institucional nos 3 níveis, a saber: acesso e utilização de políticas públicas; processos organizacionais e resultados das políticas públicas, que requer além de transparência de diálogo permanente com a sociedade civil, principalmente das mulheres negras, a constituição de sistemas com autonomia, capacidade operacional e competência gerencial. Ou seja, abrindo espaços que permitam refletir sobre a manutenção do Racismo Institucional, como na proposta do Produto deste mestrado profissional. Além de incidir na formulação e monitoramento da implementação de políticas públicas com ênfase na mulher negra, e com isto, revelar as desigualdades no atendimento às mulheres e assim consolidar uma metodologia possível de ser replicada para demais políticas públicas. Considerando que indicadores são ferramentas que possibilitam a observação e apoiam análises sobre as mudanças que se pretende produzir ou mesmo observar a partir de determinada ação.

O diálogo entre os dados estatísticos e epidemiológicos, a análise das entrevistas e o campo acabaram fluindo a partir desta Triangulação, mostrando que são elementos que se complementam e que, ao dialogar, contribuem para uma melhor compreensão do panorama em relação ao atendimento realizado às mulheres em situação de violência na Saúde.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, todos(as) as profissionais têm na lembrança um atendimento à mulher em situação de violência que marcou sua trajetória profissional. Logo, a violência, ainda que se trate de um atendimento realizado a outrem que passou ou passa por esta situação, também deixa marcas nos(as) profissionais de saúde que realizam este atendimento. Assim como observamos a partir de Rolnik (1993) e a questão das marcas que são invisíveis, mas que se tornam presentes, podendo causar “desassossego” e que é ratificado no relato dos(as) entrevistados(as) por meio da sugestão de receber atendimento psicológico para o(a) profissional de saúde. Desassossego este, que pode, até de uma forma inconsciente, fazer com que o(a) profissional não preencha a Ficha de Notificação de Violência. Ou por ter que rememorar situações e/ou casos atendidos, ou por não entender a finalidade da Ficha de Notificação, considerando-a como uma denúncia. Muitas vezes, este desassossego vem junto com receios e medos que revelam os desdobramentos da experiência de violência na vida das pessoas e, portanto, da sua relevância.

Chama atenção que, no que diz respeito ao encaminhamento das mulheres em situação de violência, há um predominante desconhecimento dos serviços que compõem a rede de atenção do município, revelando uma lacuna importante para ser trabalhada na elaboração do produto deste mestrado profissional. Além disso, aquele(a) profissional que conhece a rede de serviços muitas vezes evidencia que falta uma melhor adequação e/ou integração da mesma.

Nos atendimentos à violência, o que chama a atenção dos(as) profissionais entrevistados(as) é o gênero como marcador social da diferença em primeiro lugar. Negam que o marcador raça/cor seja evidenciado, levado em conta de imediato por eles(as) ao prestar atendimento à mulher em situação de violência, pois as entrevistadas evidenciaram a identificação pelo gênero, e, no caso do relato de entrevistados do sexo masculino, a sensibilização pela fragilidade feminina, que muitas vezes culturalmente é associada às mulheres. Como decorrência, pode-se pensar que não há, portanto, desdobramentos em cuidados específicos a partir da questão da raça/cor. Fica, portanto um questionamento sobre os desafios para equidade, a partir desta observação, já que o princípio da equidade implica em tratar diferentemente os diferentes. É indicativo, no caso das entrevistadas, o fato de serem mulheres profissionais no atendimento a outras mulheres, havendo favorecimento da identificação pelo gênero, mas não pela raça/cor. Apesar de a identificação pelo gênero ser

enfaticamente, é importante considerar a raça/cor do(a) usuário(a) e neste caso da mulher em situação de violência, pois a questão racial remete a bagagem ancestral e histórica que revela força e superação, mas também sofrimento e discriminação. Tais representações estão impregnadas, consciente ou inconscientemente na mulher negra que chega (ou não) ao serviço de saúde para ser atendida pelo(a) profissional de saúde. Conforme Prestes (2013, p.157):

[...] apesar de tantos sofrimentos, mulheres negras escolhem alegria e resistência, [...] a alegria não só acompanha a resistência, mas é, ela própria, um ato de resistência diante de tantos sofrimentos. A estratégia é impor muita força e adotar posturas de resistência para não sucumbir e superar. [...] Mulheres negras, feridas até o coração, desde os ancestrais, inspiram-se nas tradições, erguem-se guerreiras e vão da resistência à resiliência.

De acordo com Munanga (2007, p. 15) “certos segmentos populacionais como a população negra [...], as mulheres negras [...] deveriam receber um tratamento diferenciado em termos de políticas de saúde e uma atenção especial da parte dos profissionais envolvidos com a saúde da população”. Chegando a ser questionado pelo(a) profissional de saúde se a porta da unidade está realmente aberta, conforme o relato: “*A unidade diz que a porta está aberta, mas depende de quem entra*”(T1). A que nos remete este relato? Pensamos que cabe aqui esta reflexão sobre o que está sendo sugerido neste relato, o que parece nos indicar que se trata da população negra.

Observamos também em Leal et. Al (2005, p.101) que:

As desigualdades raciais nas condições de saúde das populações permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica. A medição dessas desigualdades se depara com problemas metodológicos para distinguir o quanto é inerente à questão racial, independente de outros aspectos como o acesso à informação, emprego, bens materiais, serviços de saúde ou mesmo da percepção do racismo.

Das reflexões sobre associações que os(as) entrevistados(as) fizeram com os termos “mulher branca” e “mulher negra” observou-se que algumas vezes, a mulher é vista como um ser forte que tem as mesmas condições e capacidades que o homem e, em outras situações, é significada como um ser frágil e que demanda proteção, ao mesmo tempo em que exerce o cuidado, também um atributo considerado feminino. À mulher negra cabe também o estigma de força, que muitas vezes é associada à luta que enfrentou desde o processo da escravidão. Conforme Souza, E. R. (2005) que afirma que a mulher sofre duplamente, em gênero e raça. Na intersecção, ao enfeixar raça e gênero, percebemos o preconceito em alguns relatos, a partir das associações feitas pelos(as) entrevistados(as). O gênero feminino é

associado à fragilidade, mas em se tratando da mulher negra, a representação remete a ideia de força, sugerindo que de algum modo, a Saúde enxerga a mulher negra como uma pessoa forte, e que também pode indicar que geralmente atribui-se a pessoa forte, maior capacidade de suportar a dor, podendo, por exemplo, esperar mais tempo para ser atendida. Tal leitura remete ao estudo de Oliveira (2002), já citado nesta pesquisa, que apresenta alguns estudos em que a diferenciação racial justifica, por exemplo, uma menor prescrição de analgésicos, pelo imaginário que associa negros(as) à força e maior resistência a dor.

Nas reflexões sobre o quesito raça/cor destacamos que apesar da participação em capacitações ou de terem recebido alguma informação sobre o preenchimento e do relato de preencherem com a autoclassificação perguntada ao(a) usuário(a), ainda sentem algum constrangimento neste protocolo, além de terem destacado o desconforto por parte do(a) usuário(a) em responder. O que corrobora com dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2009, p. 29) que revela que “muitos profissionais relatam que sentem medo de ofender ou vergonha de causar embaraço aos usuários(as) de cor preta, pois no passado, muitas vezes, este termo foi utilizado de maneira pejorativa”.

Outro aspecto interessante, e que pode ser tomado com prioridade na proposta do produto deste estudo, é o fato de alguns(mas) entrevistados(as) afirmarem não entender a razão e justificativa da autoclassificação e, o campo ignorado como opção possível de resposta.

Além disso, revela-se certa crença de que os dados estatísticos gerados pelo preenchimento deste campo não são fidedignos. Aqui, observamos que alguns(mas) profissionais indicam que o(a) usuário(a) pode não saber referir qual seja sua raça/cor e com isso acreditam que os dados podem não ser autênticos, já que muitas vezes estes(as) profissionais olham para o(a) usuário(a) e discordam desta autoclassificação. Ou seja, preterindo o que diz o(a) usuário(a) e considerando aquilo que ele(a), profissional, acha a partir do que visualiza, indicando que a heteroclassificação seria o mais adequado e que tornaria os dados mais qualificados. Tal resultado revela a necessidade de formação para os(as) profissionais de saúde sobre a temática quesito raça/cor e a razão de ser autodeclarado, conectando a questões sociológicas e históricas sobre a questão racial na nossa sociedade.

Esta percepção revela pouca problematização das evidências em saúde que pautam as políticas e que podem ser objeto de discussão nas formações em educação permanente a serem desenvolvidas. Os conteúdos das entrevistas sugerem também que conhecem pouco das políticas públicas existentes no país, revelando outra lacuna que, sabidamente, poderia propiciar mais empoderamento às mulheres e principalmente às

mulheres negras, já que são instrumentos, ferramentas importantes para trabalhar no enfrentamento do racismo no país.

Entendemos como instrumentos, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que de acordo com Batista, Monteiro e Medeiros (2013) atua no combate às iniquidades na saúde ao observar as especificidades do processo saúde-doença da população. Ou ainda, o Sistema de Cotas racial, que nos permite um posicionamento e uma reflexão sobre as mesmas. E que consideramos como instrumentos de reparação, ou seja, de ressarcimento e de compensação, de acordo com Segato (2005-2006).

Observamos, pelos conteúdos das entrevistas, que existe a necessidade de mais informações e reflexões para um maior conhecimento sobre as Políticas Afirmativas como o Sistema de Cotas racial, o que poderá ser iniciado com a realização do produto deste Mestrado Profissional, por meio dos encontros na formação. Ao mesmo tempo, compartilhamos da reflexão de Moehlecke (2012, p. 199) que revela que no Brasil a adoção de políticas de ação afirmativa pode ser percebida de dois modos, um ao qual é atribuído um caráter inconstitucional, pois favoreceriam um grupo em detrimento do outro, significando as cotas como responsáveis pelo estabelecimento de um privilégio. O outro modo de perceber as Cotas é significá-la como uma garantia de um direito e, portanto, atribuindo um caráter constitucional, visando atingir uma igualdade de fato e não fictícia.

O Sistema de Cotas, de acordo com Schucman (2012, p. 141), pode revelar: “[...] que assim como naquela época, o Brasil branco de hoje tem medo da possibilidade da inclusão do negro em posições e cargos de poder e não enxerga as cotas raciais como conquista dos movimentos negros [...]”

Entendemos, assim como Werneck (2013), que além dos instrumentos supracitados, é imprescindível a construção de indicadores de racismo institucional com medidas e mecanismos específicos, monitoramento e avaliação dos processos necessários ao enfrentamento e eliminação do Racismo Institucional, principalmente das mulheres negras.

Outro elemento importante que o estudo parece indicar é a unanimidade entre os(as) profissionais entrevistados(as) em revelar a existência do racismo no país, seja através do preconceito e/ou discriminação que sofreram ou de situações que presenciaram ou que tomaram conhecimento através da mídia. Por outro lado, pouco conseguem identificar situações de racismo no cotidiano da atenção em saúde. Assim, o estudo nos leva a refletir sobre esta condição de unanimidade quanto ao reconhecimento do racismo pelos(as) profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, sobre o fato de praticamente não terem identificado situações de racismo na Saúde. Fica-nos, por exemplo, a ideia de que esta reação

poderia estar relacionada a uma tentativa ou esforço dos(as) entrevistados(as) em corresponder ao que a pesquisadora investigava, ou seja, a existência do racismo na Saúde.

Além disso, observamos que o preconceito de gênero apareceu nos relatos, sendo admitido pelo(a) profissional de saúde a partir das representações sobre a condição da mulher. Gênero e raça são marcadores sociais da diferença que nos remetem aos eixos de subordinação, de acordo com Crenshaw (2002), e que retratam o fenômeno da interseccionalidade e, portanto podem contribuir para realização de um atendimento que não hierarquize as pessoas a partir destes marcadores sociais da diferença.

Outro aspecto que pode dificultar a problematização sobre a interseccionalidade em relação a gênero, raça e violência é justamente o modo como o preenchimento do quesito raça/cor, ainda é feito de forma inadequada. Como observamos e discutimos, o campo vem, muitas vezes, sem preenchimento e/ou ignorado, ainda que isto venha decrescendo lentamente desde 2009.

Acreditamos que já é um avanço, ainda que inicial, a reflexão gerada a partir deste estudo, principalmente nas entrevistas com os(as) profissionais de saúde. Os temas tratados, muitas vezes, estão ocultos, escondidos, não são verbalizados e muito menos discutidos. Com a realização da formação que se propõe como Produto deste Mestrado Profissional, ao menos será uma extensão destes diálogos e discussões tratadas nas entrevistas. Considerando que o racismo é um determinante de saúde e que a sua existência é notória no Brasil e que foi também ratificado pelos(as) profissionais de Saúde da região Central Histórica em Santos/SP, temos a pretensão de desvelar a discussão sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que reconhece “[...] o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população”, ainda conforme Batista, Monteiro e Medeiros (2013, p. 683).

Ou seja, este enfrentamento para a eliminação do racismo institucional, de acordo com Werneck (2013), visa retirar o racismo institucional da invisibilidade e romper com esta cultura institucional, possibilitando assim impedir a perpetuação das iniquidades.

Assim, como parte do processo implicado neste estudo, apresentamos a proposta do Produto que, acreditamos, possa ser um modo de iniciar um diálogo que possibilitará reflexões e, quem sabe transformações no cotidiano do trabalho em saúde, em direção a este enfrentamento.

Somente reconhecendo a existência do racismo e do racismo institucional com suas implicações na saúde da população negra, principalmente das mulheres negras em situação de violência, a criação de indicadores de racismo institucional, a divulgação e

utilização dos instrumentos disponíveis já mencionados neste estudo, agregados a uma proposta de Educação Permanente em Saúde, acreditamos, será possível minimizar as desigualdades na busca da equidade na Saúde.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, C. R.; NOHARA, J. J. **Interpretações sobre os Retratos dos Afro-descendentes na Mídia de Massa**. Curitiba, Edição Especial 2008, p. 119-146.
- ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R.R.;SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, jan., 2005.
- ALMEIDA *et. al.* Sistema de informação e mortalidade perinatal: conceitos de uso em estudos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 9, n. 1, mar., 2006.
- ALMEIDA, H. B. **Núcleo estuda marcadores sociais da diferença**. NUMAS - Núcleo de Estudos sobre Marcadores Sociais da Diferença. Agência USP de Notícias. Publicado em jan. 2010. Disponível em: < <http://www.usp.br/agen/?p=15350>>. Acesso em: jan. 2015.
- A NEGAÇÃO DO BRASIL - **O Negro nas Telenovelas**. Parte 1 do documentário. Direção e produção: Araújo, J. Z. Ministério da Cultura. Disponível em < <https://www.youtube.com/watch?v=jJFCEpc7aZM>>: Acesso em: set. 2016.
- ARAÚJO, C. L. F.; CRUZ, L. M. F.; LOPES, M. C.; FERNANDES, E. C. S. O Quesito Cor/Raça em Formulários de Saúde: a visão dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, abr/jun, p. 241-246, 2010.
- ARRAES, J. Mulher Negra e Saúde: a invisibilidade adoce e mata! **Revista Fórum**, dez, 2014. Disponível em: <<http://revistaforum.com.br/digital/176/mulher-negra-e-saude-invisibilidade-adoce-e-mata/>>. Acesso em mar. 2016.
- ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS. AMNB. **Construindo a equidade**: estratégia para implementação de políticas públicas para a superação das desigualdades de gênero e raça para as mulheres negras. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.amnb.org.br/Equidade20AMNB.pdf>>. Acesso em: nov. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **NBR 10520**: Informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- AZAMBUJA, M. P. R. Violência Doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 25, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70 Ltda: São Paulo, SP, 1977.
- BARSTED, L. L. O Progresso das Mulheres no enfrentamento da violência. In: BARSTED, L.L. (Org.). ONU Mulheres. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Edição: Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Revista Saúde em debate**, v. 37, n. 99. out/dez, Rio de Janeiro, p. 681-690, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf>>. Acesso: jul. 2016

BENTO, B. **Política da diferença: feminismos e transexualidades**. EDUFBA, Salvador, 2011.

_____. **Brasil: país do transfeminicídio**. CLAM – Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Disponível em:

<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf>. Acesso: jul. 2016

BENTO, M. A .S. A mulher negra no mercado de trabalho. **Revista Estudos Feministas**. v. 3, n. 2., p. 479-488, 1995. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16466/15036>>. Acesso em agosto 2016.

_____. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Racismo Institucional**. Fórum de Debates, Educação e Saúde. Disponível em

<<http://www.cehmob.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Caderno-Racismo.pdf#page=5>>: Acesso em julho 2016.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu [on line]**. Campinas, n. 26, jan/jul, p. 329-376, 2006. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>>. Acesso em: fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 1.390, de 03 de julho de 2003. Inclui entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de côr. **Portal da Legislação [do] Governo Federal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L1.390.htm>.

Acesso em: ago. 2016.

_____. Lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. **Portal da Legislação [do] Governo Federal**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L7.716.htm>. Acesso em: ago. 2016.

_____. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. **Portal da Legislação [do] Governo Federal**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, n. 46 de 09/03/16., seção 1., p. 98.

Portaria nº 328/GM/MS, de 07 de março de 2016. Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

PQA-VS a partir de 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/pqavs>>. Acesso em: ago. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 35**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012.

_____. _____. **Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, DF, 2012.

_____. _____. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil**, 2011. Brasília, v. 44, n.9, 2013.

_____. _____. **Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente**. Brasília, DF, 2001.

_____. _____. **Painel de Indicadores do SUS N.5**. Brasília, DF, 2008.

_____. _____. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras**. Brasília, DF, 2005.

_____. _____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília, DF, 2013.

_____. _____. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de Saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, DF, 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2004.

_____. _____. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2008.

_____. _____. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: nov., 2013. 170 pg.

CANDAU, V. M. (Org.). **Reinventar a escola**. Vozes, Petrópolis, 2000.

CARNEIRO, S. Mulheres negras, violência e pobreza. In: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher - Plano Nacional. **Diálogos sobre Violência Doméstica e de Gênero: construindo políticas públicas**. Brasília, DF, 2003, p. 11-19.

_____. Mulheres em Movimento. **Revista Estudos Avançados**. v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18400.pdf>> . Acesso em abr. 2016.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M.M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Revista Informação & Sociedade**. João Pessoa, v.24, n.1, jan./abr; p. 13-18, 2014.

CAVALLEIRO, E. S. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar: racismo, preconceito e discriminação na educação infantil**. 6.ed., São Paulo: Contexto, 2014.

CLASTRES, P. **A Sociedade contra o Estado**. Livraria Francisco Alves Editora S.A., Rio de Janeiro, p. 118-145, 1978.

CONCEIÇÃO, J. C. *et. al.* Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v.26, n.2, maio/ago; p. 468-477, 2012. Disponível em: < <http://www.portalseer.ufba.br/indexphp/enfermagem> >. Acesso: mai. 2016.

CORREIA, A. P. S. **O estudo da violência de gênero e sua intersecção com raça e classe social**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2012.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Los Angeles: University of California, p. 171-188, ano 10, 1o semestre de 2002. Tradução de Liane Schneider. [S.L.]. [20-?]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

DIAS, J.; GIOVANETTI, M. R.; SANTOS, N. J. S. **Manual: como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no Sistema Único de Saúde?**, São Paulo, 2009.

DOMINGUES, P. M. L. *et. al.* Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, abr/jun, p. 285-292, 2013.

FERNANDES, M. P. M. **Sobrevivi posso contar**. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

GELEDÉS. Instituto da Mulher Negra. **Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional**. p. 37. s/d.

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. In: **Revista Saúde em Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez, 2013.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília, DF, 2005, p. 117-134.

GONÇALVES, R. O feminino marxista de Heleieth Saffioti. **Revista Lutas Sociais**. São Paulo, n. 27, p. 119-131, 2º sem., 2011.

GONZALEZ, L.; HASAMBALG, C. **Lugar de negro**. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero Ltda., 1982.

GOULART, F. A.; TANNÚS, L. **Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde**. Brasília: DFID – Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional, 2007.

GROSSI, P. K. (Org.). **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: Editora EDIPUCRS, 2012.

GRUPO SANTOSCIDADE. **Portal da cidade de Santos**. Disponível em: <<http://www.santoscidade.com.br/historia.php>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

GUIMARÃES, A. S. A. **Como trabalhar com “raça” em Sociologia. Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, jan/jun, p. 93-107, 2009.

_____. **Preconceito de cor e racismo no Brasil**. Departamento de Sociologia da USP. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 47, n. 1., 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características Étnico-raciais da População: Classificações e identidades**. Rio de Janeiro: 2013.

INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE. **Identificação e abordagem do racismo Institucional**. São Paulo, 2006.

_____. **Os efeitos psicossociais do racismo**. São Paulo. São Paulo, Imprensa Oficial, 2008.

JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. (Org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília, DF: IPEA, 2008, p. 135-170.

_____. Racismo e república: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: _____. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília, DF: IPEA, 2008, p. 49-68.

KALCKMANN, S. Construindo atividades educativas. IN: SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**. Raça, Etnia e Saúde. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, n. 31, p. 32, dez. 2003.

KIND *et. al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.9, set., 2013.

KNAUTJ, D.R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17. nº 10, Rio de Janeiro, Out, 2012, p. 2617-2626.

LACERDA *et. al.* **Fatores que interferem nas disparidades raciais em saúde**: impacto do trauma histórico, status socioeconômico e racismo sobre a saúde. Revista da ABPN. v. 4, n. 8, jul-out., p. 97-113, 2012.

LEAL, et.al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, jan., p. 1-7, 2005.

MACHADO, P. T. RESENHAS. Virtudes e limites de uma escravidão quantificada: a escravidão em Santos do século XIX. **Revista Afro-Ásia**. Salvador, n. 48, jul-dec., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0002-05912013000200017>. Acesso em: ago. 2016

MEAD, M. **Sexo e temperamento em três sociedades primitivas**. Perspectiva, São Paulo, p. 293-303, 1969.

MELLO, L.; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências da UFRN**. [s.l.], v. II, n.2, p. 164-173, 2010.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, jul/set, p. 747-757, 2000.

MENEZES, P. R. M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n.3., p. 778-786, 2014.

MINAYO, M. C. S. Entrevista. Triangulação de Métodos de Pesquisa. **UNIFOR Jornal da Universidade de Fortaleza**. Fundação Edson Queiroz. n. 227. Fev. 2013. Notícias. p. 14. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/unifornoticias227.pdf>>. Acesso em setembro de 2016.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, IV (3). Rio de Janeiro: nov. 1997 - fev. 1998, p. 513-531.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul/set, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOEHLECKE, S. Ação afirmativa: história e debates no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 197-217, Nov., 2002.

MOREIRA, R. C. C. Mulheres, educação e maternagem. In: **IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil”**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa de 31/07 a 03/08/2012. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.17.pdf>. Acesso em: jul. 2016

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. Série Fundamentos 34. São Paulo: Editora Ática S.A., 2008.

MOURA, M. A. V.; NETTO, L. A.; SOUZA, M. H. N. Perfil sóciodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, jul/set, v. 16, n. 3, p. 435-442, 2012.

MUNANGA, K. Saúde e diversidade. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 2, mai/ago, p. 15, 2007.

MUNANGA, K. Políticas de ação afirmativa em benefício da população negra no Brasil: um ponto de vista em defesa de cotas. **Revista Sociedade e Cultura**, v. 4, n. 2, jul./dez., p. 31-43, 2001.

NJAINÉ, K. *et. al.* Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 11, Rio de Janeiro, 2006.

NOGUEIRA, I. B. Ninguém foge da própria história: depoimento. [2008, p. 42]. São Paulo, Imprensa Oficial: **Os efeitos psicossociais do racismo**. Entrevista concedida ao INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE.

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem- sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. **Revista Tempo Social**, USP, v. 19, n. 1, nov., p. 287-308, 2006.

NOVA, A. V.; SANTOS, E. A. **Mulheres negras: histórias de resistência, de coragem, de superação e sua difícil trajetória de vida na sociedade brasileira**. Santos: Conselho Estadual de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. *In*: COSTA, Sarah e GIFFIN, Karen (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Ford, 1999.

_____. **Saúde da População Negra: Brasil ano 2001**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, p. 761-763, nov/dez., 2004.

O RISO DOS OUTROS. **Documentário brasileiro**. Direção: Pedro Arantes, 2012. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=cartamaior.com.br/?/Editoria/Cultura/O-riso-dos-outros-Ha-limites-para-o-humor-/39/32668>>. Acesso em ago. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington, DC: OPAS, 1994.

PINHEIRO, L. *et. al.* **Retrato das Desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: Ipea: SPM: UNIFEM, 36. p., 2008. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3223/1/Livro_RetratoDesigual.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

PINTO, A. S.; MORAES, O. C.; MONTEIRO, J. (Org.). **Dossiê Mulher 2015**. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2015.

PRESTES, C. R. S. **Feridas até o coração, erguem-se negras. Resiliência em mulheres negras: transmissão psíquica e pertencimentos**. 2013. 157 f. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/>>. Acesso em: 28 de Jul. 2016.

TURRA, C.; VENTURINI, G. (Orgs.). **Racismo cordial: a mais completa análise sobre o preconceito de cor no Brasil**. São Paulo, Ática, 1995.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP., São Paulo, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em: <https://cadernosdesubjetividade.files.wordpress.com/2013/09/cadernos-de-subjetividade_n-2_linguagens_1993.pdf>. Acesso em ago. 2016

ROMIO, J.A.F. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013. p. 134-158.

SAMPAIO, A. S. Ecos do silêncio: algumas reflexões sobre uma vivência de racismo. in: **Saúde da População Negra**. BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). Brasília: DF, p. 253, 2012.

SANTOS, A. O. Superar o racismo e promover a saúde da população negra: desafios para o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil. In: PAIVA, V. (Org.). **Vulnerabilidades e Direitos Humanos - prevenção e promoção da Saúde**. Curitiba: Editora Juruá, 2012. p. 145-163.

SANTOS, A. R. **O Centro de Santos: intervenções, legislação e projetos**. 2008. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**. Raça, Etnia e Saúde. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, n. 31, p.27-32, dez. 2003.

_____. _____. **Perguntar não ofende – Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia?** Responder ajuda a prevenir. São Paulo, 2009.

SCHRAIBERL, L. B.; d'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra Mulheres: Interfaces com a Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. [s.l.], v.3, n.5. ago. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

SCHRAIBERL, L. B. *et. al.* Violência contra Mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v.9, n. 1-2. p. 3-15. 2000.

SCHUCMAN, L. V. Branquitude e poder: revisitando o “medo branco” no século XXI. **Revista da ABPN**. v. 6, n. 13, mar-jun., 2014.

SCHWARZ, L. M. O espetáculo da miscigenação. **Estudos Avançados**. v. 8, n. 20. São Paulo. Jan-abr, 1994.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. New York: Columbia University Press, 1989. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. [S.L.]. [19-?]. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: nov. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Cartilha A importância da Notificação da Violência**: conhecendo o fluxo da notificação e a rede de serviços do município de Santos. Santos, 2012.

SEGATO, R. L. Cotas: por que reagimos? **REVISTA USP**, São Paulo, n. 68, p. 76-87.; dez-fev.; 2005-2006.

SENN, T.S.; DIEHL, B.T.; KRAEMER, M.A.D. Violência contra a mulher: uma análise à luz dos direitos humanos. In: **Revista Direito e Sociedade**: reflexões contemporâneas/ Faculdades Integradas Machado de Assis; Rio Grande do Sul, a. 5, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.fema.com.br/wp-content/uploads/2015/05/pdf_revistadireito_edicao1_2014_.pdf#page=145>. Acesso em: mar. 2015.

SILVEIRA, N. **Jung, vida e obra**. 14. ed. Rio de Janeiro: 1994.

SILVEIRA, R. S.; Nardi, H. C.; Spindler, G. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência. **Revista Psicologia & Sociedade**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. n. 26, p. 323-334; 2014.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S399-S406, 2003

SOARES, S. A trajetória da desigualdade: a evolução da renda relativa dos negros no Brasil. In: THEODORO, M. (Org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008. p. 123-133.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, n. 10, p. 59-70, mar. 2005.

SOUZA, V. C. Nós mulheres negras: a importância das ações educativas na redução da histerectomia por miomatose. IN: SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**. Raça, Etnia e Saúde. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, n. 31, p. 28, dez. 2003.

SOUZAS, R. A construção de “Novos” Direitos no campo da Saúde: “movimentos de mulheres negras e a questão étnico-racial na saúde”. **Diálogos & Ciência – Revista da Rede de Ensino FTC**. ano VI, n. 13, p. 02-09, mar. 2008. Disponível em: <http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_docman&task=doc>. Acesso em: 13 jan. 2014.

_____. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. **Revista de Educação Popular**. Uberlândia, n. 4, p. 94-102, jan/dez., 2005.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./sep. 1993, p. 300-308.

TELLES, E. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Ford, 2003.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF, 2015. Disponível em: < www.mapadaviolencia.org.br>. Acesso em mar. 2016.

_____. **Mapa da Violência 2012**. Caderno Complementar 1: homicídios de mulheres no Brasil. 1. ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < Disponível em www.mapadaviolencia.org.br>. Acesso em mar. 2016.

WERNECK, J. Apresentação. In: _____. (Org.). **Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Criola, 2013, p. 3.

_____. **Racismo Institucional, gênero e as mulheres negras**. Projeto Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras. Componente: Indicadores de Racismo Institucional. abr. 2013.

_____. **Racismo Institucional – uma abordagem conceitual**. Instituto da Mulher Negra. Projeto Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras; Rio de Janeiro: Geledés; abr. 2013.

_____. **Saúde da População Negra - passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

VIVA SANTOS. **Portal da cidade de Santos**. Disponível em: <<http://www.vivasantos.com.br/centrohistorico/pag/01.htm>> Acesso em: 14 ago. 2016

ZANETTI, J.; SACRAMENTO, M. Jovens Negras: ressignificando pertencimentos, construindo práticas... In: WERNECK, J. (Org.). **Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Criola, 2013, p. 24-36.

APÊNDICE – A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

DADOS PERFIL:

Idade:

Gênero:

Escolaridade:

Profissão:

Tempo que trabalha na Unidade:

Bairro de moradia

Data:

Nome/Código: (B2)

TEMAS:

a) Você prestou algum atendimento à mulher em situação de violência na unidade de saúde da rede pública? Explorar qual unidade. Descreva algum atendimento que considerou marcante para você. Lembre-se das pessoas, cenário, ou seja, da recepção da usuária ao exame clínico.

b) Após o atendimento realizou encaminhamento para algum serviço? Comente. Explorar se conhece a rede de serviços.

c) Como seria o melhor atendimento possível para a mulher em situação de violência? Relate.

d) Suponhamos que você realizará um atendimento a uma mulher negra em situação de violência. De que forma você a atenderá? O que permeia sua cabeça (pensamentos, sentimentos, emoções)? Relate. Agora, imagine que é uma mulher branca em situação de violência. Relate.

e) A Ficha de Notificação de Violência, muitas vezes, não é preenchida adequadamente, há campos ignorados e/ou não preenchidos. Por que você acha que isto acontece? Explorar as razões do não preenchimento.

f) O quesito raça/cor consta na Ficha de Notificação de Violência. Por que ele existe? Por que ele precisa ser preenchido?

Explorar a forma como o profissional preenche o quesito raça/cor na ficha, se hetero ou autoclassificação.

Você foi capacitado para o preenchimento? (se positivo: explorar a quanto tempo, carga horária, e se negativo: explorar porque não foi capacitado).

g) O quesito raça/cor, muitas vezes, não é preenchido adequadamente na Ficha de Notificação de Violência.

Você sabe ou imagina o porquê isto acontece? Ou seja, o que você acha que leva o profissional de saúde a não preenchê-lo adequadamente?

h) Como se sente ou sentiria ao perguntar a raça/cor ao usuário? Se não pergunta, como imagina que se sentiria?

i) Qual a sua raça/cor? Por que se autodeclara desta raça/cor?

j) Conhece ou já ouviu falar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Se afirmativo: serve para que? É necessária?

- k) O que você acha do sistema de cotas para negros? Comente.
- l) Você acha que existe racismo no Brasil? Explique. Explorar se já presenciou ou soube de alguma situação. Se positivo: explorar espaço, o que motivou e como foi concluído.
- m) Você conhece alguém que já teve atitudes racistas? Você já presenciou alguma situação de racismo? Relate. Se positivo: explorar espaço, o que motivou e como foi concluído
- n) E na Saúde, acha que usuários(as) sofrem discriminação por causa da cor da pele? Já presenciou alguma situação? Explique.
- o) Já ouviu falar da Campanha *SUS sem Racismo*? O que acha? Concorda? Discorda?
- p) Você tem algum preconceito? Qual (is)?
- q) Alguma vez já teve alguma atitude racista?
- r) Agora relatarei um caso¹⁹, e gostaria que você desse sua opinião: “Leda e um comerciante haviam concordado sobre o reembolso pelo pagamento de um produto cuja entrega estava atrasada. De acordo com os autos do processo, o comerciante sugeriu que Leda sustasse o cheque, o que ela fez após, polidamente, requerer o reembolso do valor cobrado pelo banco por tal ato. O comerciante retrucou: ‘por isso que não gosto de fazer negócio com pretos; quando não faz na entrada, faz na saída²⁰’ e se dirigiu à mulher branca que a acompanhava dizendo: ‘me admiro você andar com ela’.
- A partir deste caso, escute agora a decisão da juíza: “Não há razão para encarcerar o comerciante. Não foram negados os serviços nem o acesso à loja do acusado, conforme determinado pelo Artigo 5 da Lei 7.716/89. Por outro lado a questão racial e do racismo deve ser ignorada em favor de relações pacíficas entre as raças. Num país tolerante, como o nosso, é importante apagar certas coisas para a sociedade seguir harmoniosamente. Ninguém quer racismo. Nosso guia é a lei.”
- s) Quem você acha que sofre mais violência, o homem ou a mulher? Por quê?
Após responder, comentar que os dados mostram que a mulher sofre mais violência. E perguntar por que acha que isto acontece?
Explorar: como vê a mulher; se acha que tem alguma responsabilidade ou se ela é vítima da situação.
- t) Conhece ou já ouviu falar da Lei Maria da Penha? O que acha? É importante?
- u) O que vem a sua cabeça quando você pensa ‘mulher negra’? Faça associações.
- v) O que vem a sua cabeça quando você pensa ‘mulher branca’? Faça associações.
- x) Que funções você considera masculinas?
- z) Que funções você considera femininas?

¹⁹ Caso retirado do livro “Racismo à brasileira” de Edward Telles (2003, p. 268).

²⁰ Frase readaptada para esta entrevista.

w) Mulheres negras podem sofrer mais violência que mulheres brancas? Por quê?

1) Quem você acha que procura mais o serviço de saúde: a mulher negra ou a branca?

2) Acredita que há algum privilégio em ser branco(a)? Qual (is)? Por quê?

3) Acredita que há algum privilégio em ser negro(a)? Qual (is)? Por quê?

4) No final da entrevista, perguntar sobre sugestões para melhorar o preenchimento do quesito raça/cor na ficha de notificação de violência.

APÊNDICE – B – Produto Técnico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS MORAES

ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO E RAÇA/COR NA SAÚDE

PRODUTO TÉCNICO

Educação Permanente em Saúde:

violência, gênero e raça/cor

Produto Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, nível Mestrado Profissional, da Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade – Campus Baixada Santista como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. CRISTIANE GONÇALVES DA SILVA

SUMÁRIO

1	Introdução e Justificativa.....	144
2	Objetivos.....	147
3	Método.....	147
4	Avaliação.....	152
5	Cronograma de implantação.....	153
6	Referências.....	154

1 – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A pesquisa *Atendimento às mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na Saúde*, a priori foi iniciada junto à Unidade de Saúde da Família Centro Histórico, que faz parte da região central do município de Santos, e foi eleita pelo número de notificações de violência apresentados por ela. Entretanto, apenas quatro profissionais demonstraram interesse em participar do estudo. Para melhor atingir seus objetivos bem como a limitação de tempo para realização do mesmo, avaliou-se a necessidade de investir em estratégias de ampliação para garantir a participação de um número maior de interlocutores. Entendendo que uma maior participação seria relevante para compreensão de como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência, bem como os fatores que levam ao não preenchimento adequado do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência.

Com a ampliação, foram pesquisadas 4 das 5 unidades de saúde da Região Central Histórica, a saber: Unidade de Saúde da Família Centro Histórico, Centro de Saúde Martins Fontes, unidade básica de saúde do Valongo, unidade básica de saúde da Vila Mathias. A unidade e Pronto Atendimento do Porto não fez parte desta pesquisa porque, dada sua localização próxima à zona portuária, a unidade acaba prestando atendimento prioritariamente a homens, maioria dos trabalhadores do Porto. Com a extensão para as demais unidades pudemos obter um maior número de colaboradores a fim de melhor cumprir os objetivos propostos, perfazendo 16 profissionais. Considera-se também que a ampliação permitiu obter dados interessantes para a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, pois abrangeu não apenas uma unidade, mas uma região da nossa cidade.

Acreditamos que o motivo da baixa adesão tenha sido a dificuldade do profissional em contatar a temática violência, que muitas vezes gera constrangimento, pois de certo modo e de acordo com as entrevistas, parece que as pessoas ou conhecem alguém muito próximo que tenha sofrido e/ou a própria pessoa já passou ou está passando por uma situação de violência. As primeiras sensações observadas, quando da apresentação da pesquisa e realização do convite para participação da pesquisa foram de constrangimento e fuga da temática, através do olhar fugidio e aparente desconforto dos profissionais. Tudo isso levou-nos a ampliar o local da mesma e ratificou a necessidade deste produto que envolve a temática violência. Observamos que com um número maior de participantes enriqueceu este estudo e contribuiu para a construção deste produto técnico.

O produto consistirá no desenvolvimento de uma proposta de trabalho de educação permanente em saúde formatado a partir dos temas deste estudo: violência, gênero e raça/cor, e será direcionada aos profissionais de saúde da rede pública.

Observamos, a partir dos relatos de profissionais, que eles identificam a necessidade de Educação Permanente em Saúde sobre as temáticas deste estudo, corroborando a ideia apresentada neste produto:

Eu acho que é a gestão das secretarias investir mais nessa capacitação do seu pessoal, porque é uma coisa que não pode parar nunca. Não pode parar porque você está sempre trazendo um elemento novo, porque a rotatividade das equipes é muito grande, porque é um tema que sempre suscita debates acalorados e o debate é sempre bom. Então isto é uma das coisas que eu acho fundamental pra qualificar o preenchimento, capacitação sempre. Isso vai desde capacitação em serviço, cursos, cursos à distância, cursos presenciais. Eu acho que as universidades já devem começar a preparar os seus alunos que vão um dia ser..., vão trabalhar no SUS, vão trabalhar na rede privada, mas eles precisam aprender um pouquinho à importância desse tema. (T1).

Eu acho que sempre nós precisamos de treinamento, de atualização, de esclarecimento. Porque às vezes você faz um treinamento [...] que nem eu, [...] foi uma participação numa orientação sobre notificação, mas isso foi 8, 9, 10 anos atrás, então quando você vai praticar aquilo que já ficou, que não teve uma prática constante, com certeza você vai encontrar dificuldade. Então eu acho fundamental a reciclagem constante dos profissionais da área da saúde em todos os aspectos, todos os aspectos (B4).

Acreditamos que este produto também se justifica ao observarmos profissionais que demonstraram desconhecer, por exemplo, a função da Coleta do quesito raça/cor, ao alegarem não existir sentido em perguntar a raça/cor ao(a) usuário(a) e/ou ao sugerirem que o próprio profissional altere o que o(a) usuário(a) se autotranscreveu, caso discorde da raça/cor do(a) mesmo(a):

[...] poderia passar por cima e escrever que a pessoa, vamos supor, é amarela; tá dizendo que é amarela e ela é negra, fazer uma observação [na ficha], eu acho que não pode. Então eu não sei (P3).

Acho que não deveria existir este campo de cor, por que qual é a diferença? Acho que não. O que [...] vai diferenciar um negro de um branco no exame de sangue, por exemplo, um preventivo, no que [...] diferencia, eu acho que nada. Do mesmo jeito que eu sou uma mulher branca, você pode ser uma mulher negra, você não tem as mesmas coisas que eu? Eu acho que pra mim não tem diferença nenhuma. Eu sinceramente acho que não deveria nem existir (M1).

Os(as) profissionais que sabem da relevância do Quesito também revelam desconforto em ter que perguntar:

Um pouco de vergonha, mas tem que perguntar (N2).

Eu não me sinto muito a vontade, [em perguntar] porque eu vejo que eles não gostam [...] e às vezes até respondem mal [dizendo]: ‘você num tá vendo?[...]’ (P3).

Um pouco constrangido, vou falar pra ti, (risos) de perguntar, mas como a gente tem que perguntar, eu pergunto sempre.[...] muitas vezes eu imagino que a pessoa pra quem eu [es]teja perguntando se sinta ofendida [...](B23).

Desta forma, acreditamos que este produto poderá contribuir na propagação do conteúdo de instrumentos como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra colaborando com as estratégias preconizadas de dar visibilidade ao Racismo Institucional e possibilitar sua problematização, instrumento este desconhecido por muitos dos(as) profissionais quando da realização da entrevistas.

Destacamos, então, a relevância deste produto considerando que “a educação em saúde, pela sua magnitude, deve ser entendida como uma importante vertente à prevenção, e que na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações”. (OLIVEIRA, H. e GONÇALVES, 2004, p. 761). Portanto, acreditamos que este produto técnico poderá propiciar um espaço de reflexão aos(as) profissionais de saúde sobre esta temática e, de alguma forma, contribuir para ressaltar a relevância do preenchimento do quesito raça/cor, particularmente na Ficha de Notificação de Violência. Ademais levá-los(as) a reflexão sobre o atendimento que realizam à mulher em situação de violência, e suas possíveis relações com concepções preconceituosas que enfeixam os marcadores da diferença de raça/cor e gênero, além da possibilidade da percepção da importância de agir de modo específico para a necessidade de cada indivíduo ou grupo, de acordo com Werneck (2010, p. 8), promovendo assim a equidade.

Como estratégia para realização das Oficinas utilizaremos a Justiça Restaurativa, que pode ser definida como uma forma de agir e pensar as relações humanas que visa uma mudança de paradigma, possibilitando assim mudança de comportamento a partir de reflexões em grupos e em círculo, podendo culminar em transformações no cotidiano de cada pessoa, logo, no cotidiano de cada profissional de saúde.

Nesse sentido, propomos uma sensibilização, a partir da temática deste produto, constituindo círculos que, de acordo com a Justiça Restaurativa, podem ser círculos de conversa, de apoio, de conflito e violências, de compartilhamento de aprendizagens. Espaços que visam problematizar questões elencadas neste produto, neste tipo de processo educativo.

Além do produto, é tomado aqui como compromisso ético a apresentação dos resultados do estudo como uma devolutiva para as Unidades participantes do estudo, e para a Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de Santos onde foi realizado o

mapeamento da violência. Além disso, pretende-se apresentar os resultados deste estudo também ao Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra da Região da Mata Atlântica da Baixada Santista, à Coordenadoria de Políticas Públicas para a Mulher da Secretaria de Defesa e Cidadania e ao Conselho de Participação da Comunidade Negra.

2 – OBJETIVOS

- Propiciar um espaço de reflexão ao(a) profissional de saúde sobre concepções de gênero e raça/cor;
- Propiciar formas de discutir tais concepções a partir das experiências no atendimento prestado às mulheres em situação de violência;
- Contribuir na qualificação do preenchimento do quesito raça/cor, principalmente na Ficha de Notificação de Violência, destacando-se a autotaxonomia e a utilização dos dados preenchidos;
- Divulgar e discutir o mapeamento da violência no município de Santos no período de 2009 a 2013 realizado, visando ressaltar a importância de conhecer dados da violência, principalmente na região em que se trabalha e desta forma possibilitar ações de prevenção e promoção da saúde.

3 - MÉTODO

O formato idealizado para a formação a ser implementada são Oficinas, que se definem pela problematização dos temas para efetivar o processo educativo. Esta proposta de formação será oferecida, a princípio, para os(as) profissionais de saúde da região Central Histórica, mas pretende-se oferecê-la também a outras unidades de saúde e serviços da rede pública, visando abranger profissionais das 5 regiões da Saúde.

Pretende-se efetivar que os(as) profissionais tenham uma aproximação com esta temática por meio de Oficinas, as quais poderão ser realizadas em encontros que já são previstos como parte da rotina de reuniões da Vigilância Epidemiológica sobre a notificação da violência. A ocupação deste espaço permitirá ampliar o conteúdo sobre notificação, abrangendo os eixos contidos neste produto. Outra possibilidade de espaço a ser ocupado, são as reuniões da Atenção Básica que já são realizadas como rotina.

Será utilizada a metodologia da Justiça Restaurativa²¹ para realização das Oficinas, porque entendemos que ela permite a utilização de estratégias para sensibilizar e problematizar as temáticas no coletivo, considerando a experiência cotidiana do trabalho e as trajetórias de vida.

Resumidamente, a Justiça Restaurativa pode ser definida como “uma forma de pensar, refletir e investigar sobre a construção das relações nas dimensões relacionais, institucionais e sociais. É uma maneira de agir diante dos desafios da convivência, a partir da concepção plena da responsabilidade individual e coletiva”. (MUMME, M., 2015, p. 10).

Convivência esta que, enquanto equipe de trabalho da saúde, pode interferir no atendimento prestado aos(as) usuários(as) que procuram o serviço de saúde, especificamente de acordo com este estudo as mulheres em situação de violência.

A ideia da Justiça Restaurativa é utilizarmos da metodologia do processo circular, dialogar a partir da temática deste produto e da história de vida de cada profissional. De acordo com Pranis (2010, p. 11):

Os Círculos de Construção de Paz estão sendo usados em variados contextos. Dentro dos bairros, [...] nas escolas [...], no local de trabalho, [...] no âmbito da assistência social [...]. O processo do Círculo é um processo que se realiza através do contar histórias. Cada pessoa tem uma história, e cada história oferece uma lição. No Círculo as pessoas se aproximam das vidas umas das outras através da partilha de histórias significativas para elas.

Mumme (2015, p. 22) relata que em seu trabalho com a Justiça Restaurativa também se baseia nos conceitos do professor Johan Galtung, que é reconhecido mundialmente como fundador da disciplina acadêmica de Pesquisa de Paz e mentor no campo de mediação e transformação de conflitos, que destaca 3 tipos de violência: a direta, e mais evidente que se utiliza da força, palavra e gesto visando intimidar, causar sofrimento, humilhação ou simplesmente eliminar o(s) outro(s), a violência estrutural que é “aquela que se constrói em um sistema social e que se expressa pela desigualdade de oportunidades, de acesso às necessidades básicas, como educação, saúde, alimentação, moradia digna, trabalho, cultura e lazer”, e a violência cultural, “que alude a peculiaridades da cultura/comunidade/etnia para justificar ou legitimar o uso direto, simbólico ou estrutural da violência – tal como no machismo e no racismo - (Comitê Paulista para a Década da Cultura da paz)”.

A Justiça Restaurativa, na prática, se dá em forma de rodas de conversa, ou seja, círculos de convivência que: “são encontros circulares em que o principal objetivo é que as

²¹ Material utilizado foi fornecido em curso, dado pela psicóloga Mônica Mumme do Laboratório de Convivência, no período de set. 2014 a ago. 2016, na Universidade Católica de Santos.

peças compartilhem sentimentos sobre os desafios da convivência e busquem ideias coletivas para lidar com os pontos apresentados [no caso, a temática deste produto]”. (MUMME, 2015, p. 24).

Objetiva-se construir um espaço seguro para que as pessoas falem sobre seus sentimentos e necessidades, sem a preocupação do julgamento alheio na busca de respostas para aquilo que os(as) afeta. Visando a construção deste espaço seguro, é trazido para a roda o Poder Compartilhado, garantindo a responsabilização de todas as pessoas neste grupo, de acordo com Mumme (2015).

É utilizado o que se chama de “bastão da fala”, que circula entre os integrantes do grupo respeitando o sentido do círculo e permitindo que todas as pessoas possam falar cada uma por vez, ou seja, fala quem estiver com o bastão na mão.

Quanto ao papel de cada participante, há um guardião que tem como função acolher as pessoas no grupo, harmonizar o tempo, estimular a reflexão do grupo por meio de perguntas e convidar o coletivo, quando necessário, para que cuidem da qualidade do encontro. A única pessoa que pode falar sem a necessidade do bastão é o guardião do círculo, que pode intervir quando considerar relevante. O coguardião se posiciona sentado em frente ao guardião e também conhece o roteiro que será preparado antes de cada encontro, estará junto com o guardião e participará como os demais integrantes, mas tem o papel de contribuir, assim como o guardião, possibilitando as reflexões do grupo.

O centro do círculo será composto por alguns objetos que remetem ao tema das Oficinas, no caso poderá ser: a Ficha de Notificação de Violência, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Lei Maria da Penha, um Cartaz da Cultura da Paz (diga não à violência) e demais objetos considerados pertinentes e que remetam ao cotidiano dos(a) profissionais e à temática deste estudo, ou ainda, de acordo com Pranis (2010, p. 25): “[...] algum objeto que tenha significado especial para o grupo, como inspiração, algo que evoque nos(as) participantes valores e bases comuns”.

Com relação a duração de cada Oficina, dependerá da quantidade de profissionais que participarão, por exemplo, se forem de 8 a 10 participantes, por Oficina, a duração poderá ser em média de 60 a 90 minutos cada uma.

O círculo é dividido em ciclos, de acordo com Mumme (2015), são eles:

1º) O guardião apresenta o círculo, o coguardião, o bastão da fala, combina o sigilo já que as pessoas falarão sobre suas experiências pessoais de vida. Entretanto a ideia é multiplicar o que for aprendido no círculo no que diz respeito à temática;

2º) Valores, que cada um oferece para tornar o espaço seguro, podendo expressar suas verdades e por ventura, diálogos complicados. Considerando que abordaremos temas como gênero, preconceito, discriminação, violências;

3º) Contação de histórias, pois a metodologia da Justiça Restaurativa se baseia em histórias de vida. Aqui a ideia com este produto são as histórias vividas pelos(as) profissionais sobre os atendimentos realizados à mulher em situação de violência, preconceitos, dentre outros, muitas delas já relatadas nas entrevistas e que acreditamos poderão contribuir para sensibilização e reflexões sobre as temáticas;

4º) Abordar a questão, falar sobre o motivo principal por que estão neste encontro. Neste momento, poderemos problematizar o conteúdo dos módulos conforme veremos mais adiante;

5º) Preparar o plano de ação, que trata de trabalhar o que cada profissional, cada unidade precisa para resolver as questões trazidas para o círculo, fazer os combinados para experimentarem novos comportamentos;

6º) Elaborar o plano de ação que é o momento de construir acordos e finalizar o círculo. Neste momento direciona-se o bastão da fala para as pessoas que comporão o plano. A ideia é que possa surgir do grupo, representantes de cada unidade que responda como poderão viabilizar na sua unidade o que ficou acordado no grupo a partir da formação, trabalhando de forma bem específica, ou seja, quando, como, onde e quem estará envolvido.

O guardião e o coguardião anotarão este plano, que será lido no final do encontro para que possa ser concretizado nas unidades. O mesmo será resgatado no próximo encontro, e assim será realizado o fechamento do círculo.

Serão realizadas algumas rodadas com o bastão para apresentação desta proposta.

A ideia, com esta metodologia, de acordo com Pranis (2010, p. 25) é que: “Os participantes se sentam nas cadeiras dispostas em roda, sem mesa no centro. [...] o formato espacial do círculo simboliza liderança partilhada, igualdade, conexão e inclusão. Também promove foco, responsabilidade e participação de todos”. Portanto, reunir-se em grupos com os(as) profissionais e trabalhar as temáticas a partir do diálogo, da escuta dos(as) profissionais, da reflexão visando a produção de conhecimento sobre o conteúdo proposto neste produto, ao mesmo tempo que demonstra possibilidade de ser multiplicado em cada realidade de trabalho como ferramenta de transformação da realidade.

A pretensão é dividir o conteúdo da formação em módulos, totalizando 4 Oficinas, com carga horária de 60 a 90 minutos cada, podendo haver variação conforme mencionado acima, pré-organizadas da seguinte forma:

- 1- Notificação da violência: sensibilização para o preenchimento da Ficha de Notificação, com ênfase no preenchimento do quesito raça/cor.
- 2- Gênero: sensibilizar para o manejo das questões de gênero; impactos das desigualdades de gênero; diversidade de gênero, discriminações de gênero;
- 3- Raça/cor: será realizado um trabalho de sensibilização para a violência que essa população enfrenta, além da intensificação do fluxo e da rede de atendimento à violência no município; apresentação de dados epidemiológicos desagregados por raça/cor e apresentado noções gerais sobre Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (saúde da população; racismo institucional, etc.);
- 4- Intersecções entre gênero, raça/cor e violência: discutir como as interseccionalidades têm consequências para saúde e como pode auxiliar no atendimento às mulheres em situação de violência e seus encaminhamentos para a rede de serviços.

Acreditamos que estes módulos poderão propiciar momentos de reflexão aos(as) profissionais e facilitar a multiplicação do que possa ser aprendido entre o grupo com os(as) demais colegas das unidades de saúde e reforçar a necessidade de cuidar da vida em primeiro lugar, ou seja, do direito que cada pessoa tem à Saúde, e direito de ser atendido de acordo com suas especificidades, seja em gênero e/ou raça/cor.

Assim como observamos no estudo de Santos (2012, p. 27) que revela que:

Além dos procedimentos restaurativos, as atividades de multiplicação dos ideais restaurativos são extremamente importantes, visto que é necessária uma mudança de cultura na comunidade. Através dos workshops de Justiça Restaurativa e Comunicação Não Violenta é possível sensibilizar as pessoas para a importância dos direitos humanos fundamentais e do respeito a eles.

Reflexão que remete o que se pretende na proposta apresentada ao trabalhar com a temática da violência visando sensibilizar os(as) profissionais de saúde para a possibilidade de trabalhar em equipe na busca da equidade em Saúde, considerando que:




Os participantes do Círculo se beneficiam da sabedoria coletiva de todos. Seus integrantes não estão divididos em provedores e recebedores. Os Círculos recebem o aporte da experiência de vida e sabedoria do conjunto de participantes, gerando assim uma nova compreensão do problema e possibilidades inéditas de solução. Os Círculos de Construção de Paz reúnem a antiga sabedoria comunitária e o valor contemporâneo do respeito pelos dons, necessidades e diferenças individuais. (PRANIS, 2010, p. 18).

Acreditamos que através da partilha das histórias de vida dos(as) profissionais, no que diz respeito a suas concepções de gênero, raça/cor, violência, preconceitos, discriminações e implicações destas no atendimento que realizam aos(as) usuários(as) nas unidades de saúde, principalmente às mulheres em situação de violência, seja possível contribuir na criação de um espaço para que possam refletir suas práticas e transformá-las cada vez mais na busca da equidade em saúde, como preconiza o SUS.

4 - AVALIAÇÃO

Pretende-se avaliar cada uma das Oficinas que compõe a formação através dos relatos sobre as experiências dos(as) profissionais que participaram do trabalho, por meio de instrumento simples de avaliação²², conforme abaixo, considerando os pontos positivos, negativos e sugestões indicadas em cada Oficina:

AVALIAÇÃO I
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
OFICINAS – Violência, gênero e raça/cor

 Gostei	
 Não gostei	
 Sugestões	

Neste modelo utilizado para avaliação não será necessária identificação dos profissionais. A mesma será utilizada em cada encontro para monitorar os encontros seguintes, e pretendemos que este seja um formato que contribuirá para uma construção em conjunto a cada encontro.

²² Instrumento de avaliação elaborado pela Facilitadora Garcia, C. F. e pela Multiplicadora da Justiça Restaurativa Moraes, M. C. S., quando da realização de um Círculo Restaurativo.

Posteriormente, avaliados os resultados da execução das Oficinas junto às unidades participantes do estudo, pretende-se implementá-la para outras unidades e serviços do SUS, construindo assim uma educação permanente em saúde na rede pública, através do diálogo e troca de experiências.

5 – CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Ano/mês	Descrição das Atividades
2016/2017	Pactuação com a Secretaria de Saúde de Santos e outras parcerias como a Coordenadoria de Políticas Públicas para a Mulher da Secretaria de Defesa e Cidadania, Conselho Municipal de Participação da Comunidade Negra e Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra da Região da Mata Atlântica da Baixada Santista, visando apresentar e qualificar o produto, realizando ajustes necessários de acordo com as parcerias e, assim validar o produto da Saúde.
2017	Antes da formação, será apresentado o produto à Coordenação da Região Central Histórica da Atenção Básica para que seja repassado aos(as) profissionais de saúde que participarão das Oficinas.
2017	Durante a formação, será retomado junto aos(as) profissionais de saúde, os objetivos do Produto Técnico para iniciar as Oficinas. E após cada Oficina será realizada a Avaliação proposta, considerando seus resultados para a realização da Oficina seguinte.
2017/2018	Depois da formação, visando dar sustentabilidade ao Produto, será contatada a Coordenação das outras regiões da Saúde, como Zona Noroeste, Orla, Morros e Área Continental para iniciar as Oficinas com estes grupos, sendo um por vez. Após participação de todas as 5 regiões, serão reiniciadas as Oficinas a partir da primeira região com os(as) profissionais interessados(as), que poderá ser o mesmo grupo que já tenha participado das Oficinas ou outros(as) profissionais. Favorecendo assim a Educação Permanente em Saúde a partir da metodologia da Justiça Restaurativa.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf>. Acesso em: out. 2015.

MUMME, M. **Cartilha Justiça Restaurativa em Santos: Histórias que tecem redes humanas para a convivência**. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Laboratório de Convivência. 2015

_____. **Cartilha Curso de Introdução à Justiça Restaurativa**. Laboratório de Convivência. São Paulo, s/d.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, p. 761-763, nov/dez., 2004.

PRANIS, K. **Teoria e prática - Processos circulares**. Tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2010.

SANTOS, D. V. Direitos Humanos e Cultura de Paz: a Justiça Restaurativa e a garantia dos direitos humanos. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Reforma do Judiciário do Ministério da Justiça - SRJ. **Justiça Juvenil Restaurativa na Comunidade: uma experiência possível**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/reforma-do-judiciario/cartilhas/2012justicajuvenilrestaurativacomunidade.pdf/view>>. Acesso em: ago. 2016.

WERNECK. **Saúde da População Negra - passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

ANEXO – I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A presente pesquisa intitulada **”Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na saúde?”** tem como principal objetivo compreender como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de saúde de atenção básica da região central do município de Santos, além de analisar os fatores que levam ao não preenchimento adequado do Quesito Raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e mapear a violência do município de Santos no período de 2009 a 2013.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela pesquisadora Maria da Conceição Santos Moraes, aluna do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *Campus* Baixada Santista com orientação da Prof^a. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva, docente do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da UNIFESP.

Desta forma, convidamos o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa por meio de uma entrevista individual que será gravada em áudio para auxiliar nos registros dos dados. Posteriormente, a entrevista será transcrita integralmente para análise. Seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-lo(a) será retirado. A transcrição dos áudios da entrevista é para uso exclusivo da pesquisa e a pesquisadora se compromete a garantir o sigilo das informações.

Na entrevista, o(a) senhor(a) será solicitado(a) a refletir e narrar sobre experiências subjetivas relacionadas ao tema gênero, violência e raça/cor na saúde, relacionadas principalmente ao campo da vida profissional.

Não há riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa. Entretanto, algumas questões poderão desencadear certo desconforto, e ficará ao seu critério se recusar a responder ou deixar de participar a qualquer momento do estudo. Todas as informações obtidas serão

analisadas, e os resultados utilizados para a pesquisa. O(a) senhor(a) não terá ônus nem bônus em qualquer fase da realização do estudo e terá o direito de ser informado(a) sobre os resultados dos dados coletados em qualquer momento do estudo. É importante lembrar que em momento algum, o(a) senhor(a) correrá riscos durante a realização da pesquisa.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, será uma forma de contribuir para estabelecer estratégias para lidar com questões relacionadas a gênero, violência e o quesito raça/cor na saúde. Esta intervenção poderá colaborar para ressaltar a relevância do preenchimento do quesito raça/cor, particularmente na Ficha de Notificação da Violência, e propiciar um espaço de reflexão sobre esta temática.

Em qualquer etapa do estudo, é possível ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora principal, Maria da Conceição Santos Moraes, poderá ser encontrada no endereço Rua XV de Novembro, 195 - 6º andar, Centro Histórico – Santos - SP, telefones (13) 3201-5647 ou (13) 99126-8983 e-mail mariadaconceição@santos.sp.gov.br. A orientadora, Profa. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva que pode ser encontrada no endereço Rua Silva Jardim, 136, sala 218, Vila Mathias – Santos – SP, telefone: (13) 3878-3700 ou 3878-3797; e-mail: cristiane.goncalves.silva@gmail.com.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – email: cepunifesp@unifesp.br sendo o horário de funcionamento: segundas, terças, quintas e sextas, das 9h00 às 13h00.

Consentimento:

Eu, _____, certifico que li ou me foi lido o texto de consentimento, e entendi seu conteúdo, também sei que qualquer informação obtida será confidencial e acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do estudo **”Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na saúde?”**. Compreendi os objetivos do estudo, o que será realizado, as garantias de proteção à minha identidade e de esclarecimentos a qualquer momento. Ficou nítido também, que a minha participação é isenta de despesas.

Foi esclarecido que em qualquer etapa do estudo, terei acesso a pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas e que uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Entendo que estou livre para recusar a participação deste ou desistir a qualquer momento. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Santos, _____ de _____ de _____

ANEXO – II – Termo de Consentimento de Coleta de Dados (TCCD)



Eu, **Maria da Conceição Santos Moraes**, responsável principal pelo projeto de pesquisa do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, venho pelo presente, solicitar autorização da Prefeitura de Santos (Secretaria Municipal de Saúde) na Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP) para realização da coleta de dados através do banco de dados SINANNET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013 para o trabalho de pesquisa sob o título ***Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na saúde?*** que tem como objetivo principal compreender como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de saúde da região central do município de Santos e, como objetivos específicos, analisar os fatores que levam ao não preenchimento adequado do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência, bem como mapear através do registro no banco SINANNET, a violência do município de Santos no período de 2009 a 2013.

Esta pesquisa está sendo orientada pela Professora Dra. Cristiane Gonçalves da Silva do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da UNIFESP, Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Maria da Conceição Santos Moraes
Pesquisadora principal
CPF 075.745.578-61

Cristiane Gonçalves da Silva
Orientadora – UNIFESP
CPF 091.058.698-54

ANEXO – III – Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD)



1. Identificação da pesquisadora envolvida no projeto:

Nome completo (sem abreviação)	CPF
1) Maria da Conceição Santos Moraes	075.745.578-61

2. Identificação da pesquisa:

- a) Título do Projeto: Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na Saúde?
- b) Departamento/Faculdade/Curso: Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde-UNIFESP – Campus Baixada Santista
- c) Professora Orientadora: Cristiane Gonçalves da Silva
- d) Pesquisadora Responsável: Maria da Conceição Santos Moraes

Declaração: Eu, pesquisadora identificada acima, baseada nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaro que:

- a) O acesso aos dados registrados em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa e Intervenção (COMPESIN) da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada (COFORM) da Prefeitura de Santos, Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP-UNIFESP) e Plataforma Brasil;
- b) Assegurarei o compromisso com a privacidade e a confidencialidade sobre os dados coletados no banco SINANNET (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) da Seção de Vigilância Epidemiológica (SEVIEP), Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santos, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;
- c) Informo que os dados a serem coletados dizem respeito ao agravo violência, notificados a partir da Ficha de Notificação de Violência, ocorridos entre as datas de janeiro de 2009 e dezembro de 2013;
- d) Assegurarei a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado.

Santos, 30 de Março de 2015.

Nome completo (por extenso)	Assinatura
1)	

ANEXO – IV – Carta de Consentimento Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

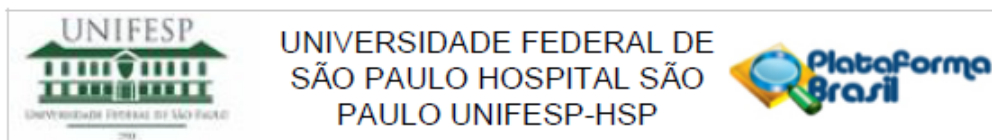
Santos, 28 de outubro de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Maria da Conceição Santos Moraes amplie o campo de estudo da pesquisa "**Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na saúde?**", após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Everton Lopes Rodrigues
Coordenador de Formação e Educação Continuada
COFORM-SMS

ANEXO – V – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na saúde?

Pesquisador: Maria da Conceição Santos Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44885215.2.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.319.267

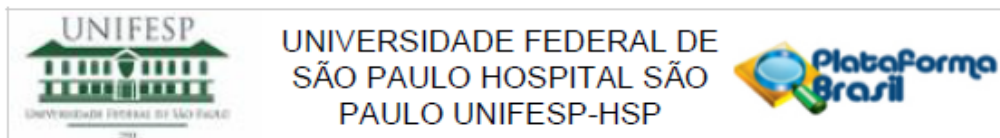
Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda ao protocolo inicial

Nº CEP: 0510/2015 O objetivo principal desta pesquisa é compreender como as concepções de gênero e raça/cor aparecem no atendimento prestado por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência e os objetivos específicos são analisar os fatores que levam ao não preenchimento adequado do quesito raça/cor na Ficha de Notificação de Violência e, mapear a violência do município de Santos através do banco SINANNET. O universo estudado será constituído de profissionais da Unidade de Saúde da Família Centro Histórico. A

pesquisa terá caráter exploratório e utilizará a estratégia a triangulação, com abordagem quanti-quali e utilização de entrevista aberta semiestruturada e análise estatística de série histórica (2009 a 2013) da violência. A hipótese é que o atendimento que o/a profissional de saúde presta à mulher em situação de violência, é permeado por concepções de gênero e de raça/cor que hierarquizam as pessoas a partir destes marcadores sociais da diferença. Como produto final será apresentado uma proposta de educação permanente com as temáticas centrais, violência, gênero e raça-cor para ser utilizada em trabalho em rede.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.319.267

Objetivo da Pesquisa:

Encaminhamento de emenda ao protocolo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Solicita-se autorização para que seja ampliado o local de coleta de dados da pesquisa "Mulheres em situação de violência: uma questão de gênero e raça/cor na saúde?" que está sendo desenvolvida para obtenção da titulação de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP Baixada Santista.

A pesquisa foi autorizada em 23 de abril de 2015.

A referida pesquisa já se encontra em andamento junto à Unidade de Saúde da Família Centro Histórico que faz parte da região central. Entretanto, até o momento apenas quatro profissionais demonstraram interesse em participar do estudo.

A unidade aonde já vem sendo realizado o estudo foi eleita pelo número de notificações de violência apresentados por ela. Para ampliação, pretende-se pesquisar as demais unidades pertencentes à região Central Histórica, ou seja, Centro de Saúde Martins Fontes, Policlínica e Pronto Atendimento do Porto, Policlínica do Valongo e Policlínica da Vila Mathias.

Pretende-se, portanto, estender o convite para participar no estudo aos profissionais destas unidades para que se possa ter um maior número de colaboradores a fim de melhor cumprir os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encaminhamento da emenda feito de forma adequada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

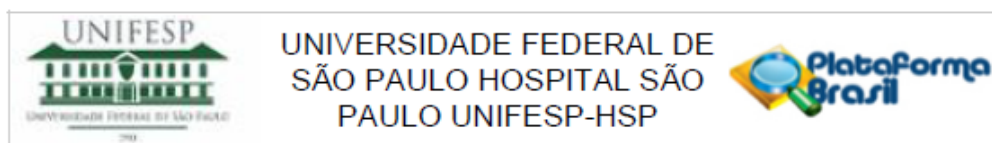
Sem pendências. Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER DO RELATOR ACATADO PELO COLEGIADO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.319.267

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_621170_E1.pdf	05/11/2015 22:24:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_MARIADACONCEICAO_ampliado_ok.pdf	05/11/2015 22:10:00	Maria da Conceição Santos Moraes	Aceito
Outros	Declaracao_COFORM_ampliacao.pdf	05/11/2015 21:43:32	Maria da Conceição Santos Moraes	Aceito
Outros	Carta_solicit_ampliacao_pesq.pdf	05/11/2015 21:39:14	Maria da Conceição Santos Moraes	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Plataforma CONEP.pdf	08/05/2015 21:25:49		Aceito
Outros	CEP UNIFESP comprovante recebimento projeto 20150508144546.pdf	08/05/2015 21:25:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Pesquisa_MARIA da CONCEICAO S MORAES.pdf	08/05/2015 10:52:27		Aceito
Outros	Carta COFORM folha2.pdf	08/05/2015 10:31:12		Aceito
Outros	Carta COFORM folha1.pdf	08/05/2015 10:30:40		Aceito
Outros	Declaracao COFORM consentimento para pesquisa.pdf	08/05/2015 10:29:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.pdf	08/05/2015 10:28:29		Aceito
Outros	TCUD Termo de Consentimento de Uso de banco de Dados.pdf	08/05/2015 10:24:52		Aceito
Outros	TCCD Termo de Consentimento de Coleta de Dados.pdf	08/05/2015 10:15:29		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Novembro de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-081
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com