



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

EMANUELLE FREITAS GÓES

**MULHERES NEGRAS E BRANCAS E O ACESSO AOS SERVIÇOS
PREVENTIVOS DE SAÚDE: uma análise sobre as desigualdades**

Salvador
2011

EMANUELLE FREITAS GÓES

**MULHERES NEGRAS E BRANCAS E O ACESSO AOS SERVIÇOS
PREVENTIVOS DE SAÚDE: uma análise sobre as desigualdades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “gênero, cuidado e administração em saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora:

Profa. Dra. Enilda Rosendo do Nascimento

Salvador
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Universitária de Saúde do Sistema de Bibliotecas da UFBA

G598 Góes, Emanuelle Freitas.

Mulheres negras e brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades / Emanuelle Freitas Góes. - Salvador, 2011.
82f. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Enilda Rosendo do Nascimento.

1. Saúde da mulher. 2. Desigualdades em saúde. 3. Iniquidade social. 4. Grupos étnicos. 5. Acesso aos serviços de saúde. I. Nascimento, Enilda Rosendo do. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 613.99

EMANUELLE FREITAS GÓES

**MULHERES NEGRAS E BRANCAS E O ACESSO AOS SERVIÇOS
PREVENTIVOS DE SAÚDE: uma análise sobre as desigualdades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “gênero, cuidado e administração em saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovado em 17 de novembro de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Enilda Rosendo do Nascimento _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão _____
Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Inês da Silva Barbosa _____
Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal do Mato Grosso

Raquel Souza _____
Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal da Bahia

Ao movimento de mulheres negras e ao movimento negro, por permitir que eu fizesse parte dessa luta coletiva, e que permitiu que eu pudesse, como pesquisadora, falar das lutas por uma igualdade racial dentro da Universidade .

AGRADECIMENTOS

A minha ancestralidade que me trouxe até aqui e me conduz em cada passo, Motubá a todos os Orixás.

À Oyá e Oxum por permitir que eu desse mais esse passo na minha vida.

Ao Diosmar, por seu companheirismo e seu amor, estando sempre ao meu lado.

A minha mãe e ao meu pai que me possibilitaram chegar até aqui cumprindo mais uma etapa da vida.

A minha Yalorixa Raidalva que foi muitas vezes minha fonte de inspiração e força.

A toda minha família, Mauricio, Claudia, Davi e João Vitor, e minha família de Asé.

A Denize Ribeiro, Vilma Reis, Maria Inês Barbosa, Luiza Bairros, Valdecir Nascimento e Fernanda Lopes que contribuíram e contribuem na minha formação de militância por um mundo melhor para as mulheres negras.

Ao amigo e irmão Frederico Lacerda (Kiko) que muito me ajudou em vários momentos.

A minha Orientadora Enilda que, com sensibilidade, competência e respeito acreditou nas minhas idéias, possibilitando que se tornassem realidade. E por sua amizade e companheirismo. O melhor de tudo é saber que tenho mais uma nova amizade.

As professoras Mirian Paiva, Edméia Coelho e Enoy Gusmão pela força, paciência e ensinamento.

As minhas colegas de turma Andreia, Simone e Claudio, especialmente a Gleide, uma grande amiga que conquistei.

As minhas companheiras de orientação, Patricia Mallu e Talita Oliva por me apoiar e me dar muita força nos momentos difíceis.

A Diorlene, por me ajudar na construção da dissertação com os seus conhecimentos estatísticos.

A todas/os do Programa de Pós-Graduação, Professoras e funcionárias/os que, de alguma forma, também contribuem para o nosso projeto de vida.

A todas as pessoas que, de certa forma, contribuiu para a minha chegada até aqui!

*Os nossos passos vêm de longe... E a nossa ancestralidade
tem em nós, mulheres negras, o seu processo de
continuidade! Salve todas as Ayabas!*

GOES, Emanuelle Freitas. **Mulheres Negras e Brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde:** uma análise sobre as desigualdades. 82f. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

As desigualdades estruturam as relações sociais e determinam as condições de vida das pessoas. Em relação às desigualdades raciais na saúde, o racismo institucional é um fator determinante no acesso aos serviços de saúde, principalmente para as mulheres negras que sofrem com o impacto das intersecções das desigualdades de gênero e raça, situação que tem maior agravamento, quando comparada ao que ocorre com as mulheres brancas. Este estudo tem por objetivo geral analisar as desigualdades raciais no acesso de mulheres maiores de 25 anos aos serviços preventivos de saúde na Bahia; e, como objetivos específicos: analisar características sociodemográficas e de saúde de mulheres na Bahia, segundo raça/cor; determinar diferenciais das características sociodemográficas e de saúde, em relação ao acesso aos serviços preventivos de mulheres na Bahia, segundo raça/cor. Como modelo teórico, definiu-se pela Teoria da Determinação Social da saúde. Trata-se de um estudo descritivo de base populacional. Sendo a população definida para o estudo mulheres negras e brancas com 25 anos ou mais de idade, residentes na Bahia, que responderam ao questionário da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) do ano de 2008. Foram utilizados os programas SPSS 17.0 e o STATA (v. 8.0) para armazenamento, tratamento das variáveis e construção do indicador de acesso. Foram realizados teste qui-quadrado Pearson e exato de Fisher para verificar as diferenças entre as proporções das características sociodemográficas e dos níveis de acesso (bom, regular e ruim), segundo a raça/cor. Sobre as características sociodemográficas os resultados apontam que as mulheres negras representam 79,5% da população de mulheres na Bahia e, em relação ao nível de escolaridade, estão mais representadas no nível fundamental e médio e, em relação ao nível superior, as mulheres brancas (29,9%) superam quase quatro vezes mais (3,9) quando comparadas às negras (7,6%) ($p < 0,000$). Em relação às características do acesso e utilização dos serviços de saúde, e no que se refere à cobertura de plano de saúde, as mulheres negras, apenas 18,5% tem cobertura e as brancas chegam a 30,2% o quantitativo das que tem plano de saúde ($p < 0,000$). E sobre o acesso aos serviços preventivos de saúde e a raça/cor foi observado que, para o acesso considerado bom, as mulheres brancas representam 15,4%, enquanto que as mulheres negras 7,9% e, para o acesso regular, o indicador é representado por mais de 10% das mulheres (11,8% brancas; 13,6% negras) ($p < 0,000$). No entanto, no que se refere ao acesso ruim as mulheres tem uma alta concentração, chegando a mais de 70% (72,8% brancas; 78,6% negras). O estudo evidenciou que, em alguma medida, as desigualdades raciais gerada pelo racismo surgem como barreiras no acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres negras. E que as desigualdades raciais são determinantes sociais de saúde, que impactam nas condições de vida, no processo de saúde-doença e no acesso aos serviços preventivos de saúde.

Palavras-chave: Desigualdades raciais em saúde; acesso aos serviços de saúde, saúde da mulher e gênero.

GOES, Emanuelle Freitas. **Black and White Women and access to preventive health services: an analysis of inequality.** 82f. il. 2011. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

Inequalities structure social relations, and determine the conditions of life. When considering racial inequalities in health institutional racism seems to be a determinant factor in the level of access to health services, especially for black women. Suffering from the impact of the intersections of gender and race inequalities, black women seem to be worst when compared to white women. This study has as an overall objective: To analyze racial inequalities in the access of over 25 years-old women, to preventive health services in Bahia; and as specific goals: To analyze sociodemographic and health characteristics of women in Bahia, by race/color; Determine differential sociodemographic and health characteristics in relation to access to preventive services for women in Bahia, by race/color. The theoretical model chosen was the Theory of Social Determination on Health. The study is characterized as a population-based descriptive study. The defined population for the study was black and white women aged 25 years or older, resident in Bahia who answered the questionnaire from the National Household Sample Survey (PNAD) of 2008. Programmes SPSS 17.0 and STATA (v. 8.0) were used for storage, processing and construction of indicators. Pearson chi-square and Fisher exact tests were performed to verify the differences between the proportions of sociodemographic characteristics and the levels of access (good fair and poor) according to race/color. When analyzing the sociodemographic characteristics the results indicate that black women, which represent 79.5% of the population of women in Bahia, are more represented in the elementary and middle levels of education. In turn when considering higher education, white women (29.9 %) outweigh almost four times (3.9), when compared to black (7.6%) ($p < 0,000$). Regarding the characteristics of access and use of health services, when referring to health insurance coverage, only 18.5% black women have coverage in opposition to 30.2% white women that have medical plan ($p < 0,000$). And regarding the access to preventive health by race/color, it was observed that on the access considered good, white women represent 15.4%, while black women and 7.9%; for regular access, the indicator is represented by more than 10% of women (11.8% white, 13.6% black) ($p < 0,000$); however, when referring to the poor access, women have a high concentration to more than 70% (72.8% white, 78.6% black). The study showed that somehow racism and racial inequalities arise as barriers to the access of preventive health services for black women. Additionally racial inequalities in health are shown to represent social determinants that impact on living conditions, on the health-illness process and on the access to preventive health services.

Keywords: racial inequalities in health, access to health services, women's health and gender;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1	Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).	44
--------	---	--	----

LISTA DE TABELAS

Quadro	1	Definições operacionais, categorizações e a classificação por nível de medição das variáveis do estudo, Salvador, 2011.	48
Tabela	1	Características sociodemográficas das mulheres de 25 anos e mais de idade, segundo raça/cor, Bahia, 2008.	55
Tabela	2	Características das condições de trabalho e renda das mulheres de 25 anos e mais de idade, segundo raça/cor, Bahia, 2008.	56
Tabela	3	Características do estado de saúde e do acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres de 25 anos ou mais, segundo raça/cor, Bahia, 2008.	58
Tabela	4	Distribuição da realização e tipo de serviço utilizado para os exames preventivos de saúde das mulheres de 25 anos ou mais de idade, segundo raça/cor, Bahia, 2008.	59
Tabela	5	Distribuição proporcional das características sociodemográficas estratificadas por raça/cor e pelo indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde, em mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008.	62
Tabela	6	Distribuição proporcional das características de condições de trabalho e renda estratificadas por raça/cor e pelo indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde, em mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008.	63
Tabela	7	Distribuição proporcional das características do estado de saúde e da utilização dos serviços estratificadas por raça/cor e pelo indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde, em mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008.	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GHS	General Health Survey
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NHIS	National Health Interview Survey
NPHS	National Population Health Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISPN	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	DESIGUALDADES EM SAÚDE E RACISMO	17
2.1	CONCEITUANDO “RAÇA” E RACISMO	20
2.2	CLASSIFICAÇÃO RACIAL NO BRASIL	21
2.3	SAÚDE PÚBLICA, RAÇA, GÊNERO E A FORMAÇÃO DO BRASIL	22
2.3	AS MULHERES NEGRAS NO CONTEXTO DAS DESIGUALDADES RACIAIS	26
2.3.1	Racismo como determinantes nas condições de saúde das mulheres negras	27
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL NO BRASIL	31
2.4.1	A Construção das Políticas para as Mulheres	33
3	INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE NO BRASIL	35
3.1	A INSERÇÃO DO QUESITO COR NOS INQUÉRITOS NACIONAIS	36
3.2	INDICADORES SÓCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DAS MULHERES SEGUNDO RAÇA/COR	38
4	MODELO TEORICO ADOTADO – TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	41
5	METODOLOGIA	45
5.1	POPULAÇÃO DO ESTUDO	45
5.2	FONTES DE DADOS	46
5.3	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	48
5.3.1	Indicador de acesso e utilização de serviços de saúde	50
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	52
5.5	VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	53
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	54
6	RESULTADOS	55
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
7.1	DESIGUALDADES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES NEGRAS E BRANCAS	65
7.2	DETERMINANTES SOCIAIS NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES NEGRAS E BRANCAS	69
7.3	DESIGUALDADES RACIAIS COMO DETERMINANTE SOCIAL NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PREVENTIVOS DE SAÚDE DA MULHER	71
8	CONCLUSÕES	74
	REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades no Brasil fazem parte da formação histórica, das dinâmicas da sociedade e de suas estruturas. Há uma espécie de lógica estabelecida na sociedade que produz e mantém, ao longo da história, hierarquias, possibilidades e lugares sociais.

As desigualdades sociais estruturam as disparidades e mediam relações, tendo em sua composição relações desiguais de gênero e raça que se interseccionam, hierarquizando, diferenciando e agravando as condições de vida das pessoas de acordo com a sua posição na sociedade.

Apesar de, ao longo dos anos, o Brasil ter avançado nas políticas de promoção da igualdade racial e para as mulheres, verificam-se diferenças no acesso a bens e serviços, quando se comparam mulheres brancas, mulheres negras, homens brancos e homens negros.

No que se refere à saúde, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (2008) descreve que o Brasil teve importantes avanços nos últimos anos na melhoria dos indicadores de saúde. No entanto, está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades em saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas irrelevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, uma vez que são produtos de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira.

O acesso e a utilização dos serviços de saúde é um direito garantido pela Constituição Brasileira e por tratados internacionais, no entanto, em um país de grandes desigualdades sociais, o racismo e as relações desiguais de gênero são agravados pelas condições econômicas, aprofundando as dificuldades de acesso das mulheres negras, que sofrem a tripla discriminação- de gênero, raça e situação de pobreza.

O acesso e a utilização dos serviços e insumos de saúde são condições importantes para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, embora não sejam os únicos fatores responsáveis por uma vida saudável e de boa qualidade.

Pesquisas realizadas nas mais diversas partes do país constatam que as mulheres negras estão quase sempre em situação de desvantagem, quando comparadas às mulheres brancas, no que concerne ao acesso e utilização dos serviços de saúde, mesmo em grupos pertencentes a estratos sociais semelhantes. Usuárias prioritárias do SUS, as mulheres negras se situam entre as pessoas consideradas de baixos níveis socioeconômicos, traduzidos em renda mensal de até dois salários mínimos, exercício de atividade sem remuneração e têm, em média, 9,62 anos de

estudo, que corresponde ao ensino fundamental, como apontam Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011).

No tocante ao acesso a meios de prevenção ou diagnóstico precoce de problemas de saúde, há evidências de assimetrias raciais na utilização de exames preventivos do câncer da mama e do colo uterino. Segundo Paixão et al (2011), o percentual de mulheres na faixa etária acima de 25 anos que nunca haviam se submetido ao exame clínico das mamas e preventivo do câncer do colo uterino foi maior entre as negras, quando comparadas com as brancas. Para o primeiro exame, os percentuais encontrados foram de 37,5% entre as negras e 22,9% entre as brancas; para o segundo exame, 18,1% e 13,2%, respectivamente.

O fato de, até o presente, não se dispor de meios de prevenção primária para o câncer implica em que as medidas de diagnóstico precoce ou da prevenção secundária assumam grande importância no controle da doença, com repercussão na diminuição das taxas de mortalidade. Tais medidas são aplicáveis nos casos das neoplasias cujos processos de desenvolvimento são devidamente conhecidos e para as quais haja disponibilidade de exames relativamente simples, de baixo custo e pouco ou nada invasivos, dentre outras características.

A alta taxa de mortalidade de mulheres por câncer da mama constitui-se em problema de saúde pública, sendo a primeira causa de morte por câncer entre mulheres, na Bahia, exigindo do Estado medidas efetivas de redução dessas mortes. Nesse sentido, recentemente, em 2004, o Ministério da Saúde definiu, dentre outras estratégias, a utilização do exame clínico das mamas e da mamografia, como meios de controle do câncer das mamas.

A adoção dessas duas medidas foi pactuada entre Instituto Nacional de Câncer e a Área Técnica da Saúde da Mulher, Sociedade Brasileira de Mastologia, além de contar com a participação de pessoal de diferentes áreas do Ministério - gestores, pesquisadores e pesquisadoras e representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher (Brasil, 2004).

O câncer de colo de útero é a segunda causa de mortes por câncer em mulheres, na Bahia, sendo o exame preventivo, também chamado Papanicolau, utilizado para a prevenção secundária, tendo em vista a redução da taxa de mortalidade por essa causa.

Ao desagregar por raça/cor, muitos estudos reconhecem que as mulheres negras desenvolvem essas morbidades em maior número do que as não negras, sendo, proporcionalmente, o quantitativo de mortes por câncer do colo uterino entre as mulheres negras, quase o dobro, quando comparado às mulheres brancas (Bahia, 2009).

Esse fato pode estar relacionado com a maior dificuldade das mulheres negras em realizar os exames preventivos, uma vez que o acesso em saúde é determinado por múltiplos

fatores, sendo as relações de gênero e de raça/cor, seus elementos estruturadores. Uma vez que as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação, a intersecção de gênero, raça e classe opera para dificultar ainda mais o acesso aos serviços de saúde, incluindo os exames preventivos do câncer, ao mesmo tempo em que interfere no processo de adoecimento e morte dessas mulheres.

Tendo, portanto, como objeto as desigualdades raciais no acesso de mulheres a exames preventivos de saúde, este estudo parte do princípio de que existem desigualdades no acesso aos serviços preventivos de saúde, segundo a raça/cor, estando as mulheres negras em condições desfavoráveis em relação às brancas e com acesso mais precário aos serviços preventivos de saúde.

O objetivo Geral deste estudo é analisar as desigualdades raciais no acesso de mulheres maiores de 25 anos aos serviços preventivos de saúde na Bahia e os objetivos específicos são os seguintes: descrever características sociodemográficas e de saúde de mulheres na Bahia, segundo raça/cor; determinar os diferenciais das características sociodemográficas e de saúde em relação ao acesso dos serviços preventivos de mulheres na Bahia, segundo raça/cor.

O estado da Bahia foi definido como local de estudo porque, periodicamente, pesquisas semelhantes vêm sendo realizadas em nível nacional, como o Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, que analisa, por meio dos microdados da PNAD, informações referentes às desigualdades nas diversas áreas como saúde, educação, trabalho e moradia e o Relatório das Desigualdades Raciais, que também dá o enfoque nacional a diversas áreas, tendo a raça como foco na análise, tornando possível estabelecer comparações com outros estudos, ao mesmo tempo em que oportuniza a utilização do banco de dados da PNAD/IBGE, que oferece os dados desagregados por grandes regiões, estados e regiões metropolitanas.

As características populacionais do estado da Bahia, que o coloca como o estado mais negro do país, em termos relativos, e as desigualdades identificadas pelas disparidades raciais refletidas na distribuição das riquezas sociais como moradia, urbanização, saúde e educação, foram também fator essencial e motivador para a escolha do local de estudo.

A relevância desta pesquisa está na tentativa de identificar os diferenciais entre as mulheres, segundo a sua raça e cor, na acessibilidade aos serviços de saúde, com o propósito de contribuir para elaboração de políticas públicas, no que tange à saúde das mulheres.

Além disso, o estudo pretende contribuir para a formação de profissionais de saúde, principalmente enfermeiras (os), ao promover/intensificar os debates sobre racismo e sexismo nas relações de cuidado e na produção do conhecimento, através da pesquisa.

A importância de estudos dessa natureza tem sido realçada por outras (os) autoras (es), como Adorno, Alvarenga e Vasconcelos (2004, p. 120), para quem “A temática raça/etnia que esteve ausente dos textos oficiais, no debate do campo da Saúde Pública no Brasil, nas últimas décadas, veio recentemente constituir-se como um dos “novos” problemas para a investigação e debate”.

2 DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE

A desigualdade não decorre da diferença individual, mas sim do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, dentro de uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais, produzida pelas variadas relações sociais, tendo como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades sociais são, portanto, resultados de processos sociodemográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente.

Para Barata (2009), a discussão sobre igualdade ou desigualdade deve se situar para além da simples comparação de situações, atribuindo-se juízo de valor, ao que é igual ou desigual. Nesse sentido, as desigualdades sociais estão referidas às situações injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagens com relação às oportunidades e acesso aos bens de serviços em relação a outros.

As desigualdades resultam, nessa perspectiva, no prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais, como a educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos.

É importante destacar que, na América Latina, os estudos sobre desigualdades sociais vêm sendo feito à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, pois, sob essa abordagem, o problema deixa de ser tratado como uma questão de pobreza absoluta ou relativa e passa pela perspectiva da inclusão e exclusão social. *“Pois, os impactos da estrutura social sobre a saúde são pensados nos processo de participação ou exclusão, associados às diferentes posições sociais e sujeitos a transformações em função do próprio processo histórico”* (BARATA, 2009, p.18).

No entanto, as pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil privilegiam as análises a partir das condições socioeconômicas sem seus modelos explicativos, não havendo uma produção sistemática com a dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde, visto que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer, as pesquisas mostram desigualdades no perfil de saúde entre regiões e diferentes segmentos de classe social, poucos associam a inserção social desqualificada/desvalorizada da população negra na sociedade e nos indicadores de saúde (BATISTA; ESCUDER, 2005); BARATA, 1997).

As desigualdades raciais no Brasil, refletidas no racismo institucionalizado, impactam no acesso aos bens e serviços e no direito à saúde de forma equânime, não respeitando as diversidades socioculturais e religiosas.

Tais desigualdades se manifestam frequentemente em estereótipos e nas intolerâncias polarizadas em torno da etnia, assim como nas relações de gênero e outras diversidades sociais, pois as relações raciais estão enraizadas na vida social do indivíduo, grupos e classes sociais, afetando-o. Ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas negras na sociedade brasileira, as desigualdades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, limitando, dessa forma, a capacidade de inclusão da população negra (HERINGER, 2002); IANNI, 2004).

O racismo, considerado uma ideologia que estrutura relações sociais e atribui a superioridade de uma raça sobre as demais, surge no Brasil como uma construção a partir da escravidão, sendo fortalecido e reproduzido principalmente após a abolição, quando passa a estruturar-se na forma de discurso, “com base nas teses de inferioridade biológica dos negros, e se difunde no país como matriz para a interpretação do desenvolvimento nacional”, como refere Jaccoud (2008, p.49).

Fruto da colonização, o racismo é reconhecido como princípio ativo desse processo. Desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravista do Brasil permaneceram através do desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social.

No século XIX, mesmo sem ter organizado um sistema de discriminação legal ou uma ideologia racista, a elite colonial brasileira amparava a sua visão hierárquica de sociedade num conjunto de estereótipos negativos em relação aos negros, ao mesmo tempo em que os brancos eram dotados de uma positividade que se acentuava quanto mais próximos estivessem da cultura europeia (SILVA et al, 2009).

Nessa época, surge o projeto nacional de branqueamento, que cultivava estereótipos ligados à raça e baseava-se na tese que concilia a crença na superioridade branca com a busca do desaparecimento progressivo do negro, cuja presença era interpretada como algo negativo para o país.

Posteriormente, a partir dos anos 30 do século XX, é construída a ideologia da democracia racial, que tinha como propósito valorizar a miscigenação, formando, assim, uma nação mestiça (SILVA et al, 2009). Grande parcela da sociedade compartilha dessa ideologia sob a confiança de ter-se formado uma nação pacífica, afetuosa e sensual, ancorada na ideia da mistura racial e de que existam possibilidades para todos, de forma igualitária, sendo

diferente dos Estados Unidos e África do Sul, em relação à segregação racial. Dessa forma, entendia-se que, pelo fato de o país não ter oficializado e legalizado a segregação racial, a realidade brasileira seria distinta dos outros dois países (HERINGER, 2002) (BERNADINO, 2002); (WERNECK, 2001).

De acordo com Paixão (2003, p.68):

“a força do mito da democracia racial, para além das características intrínsecas do modo de funcionamento da sociedade brasileira, em grande parte, retirou suas energias da falta de informação estatísticas e demográficas sobre a realidade das desigualdades raciais no Brasil.”

O ano de 1988 foi um marco histórico para o movimento negro. Primeiramente, pela passagem dos 100 anos de abolição da escravidão no Brasil, que motivou a realização de várias manifestações no país. Nesse contexto, a Constituição Federal é promulgada por constituintes compelidos pelo movimento negro a participar deste diálogo que trata diretamente da temática sobre a discriminação racial, tendo como marco a afirmação da igualdade, o combate aos preconceitos, o repúdio ao racismo, a defesa da pluralidade e da liberdade de culto, sendo o racismo considerado crime inafiançável e imprescritível.

A partir dos anos 1990, houve um considerável recuo no que se refere à disseminação do mito da democracia racial. Por um lado, devido à luta do movimento negro, que exigia que o Brasil se reconhecesse como um país racista, tendo como resultado as desigualdades raciais. Por outro lado, com o fato da produção e divulgação de indicadores sociais, que serviram de subsídios para essa discussão (PAIXÃO 2003).

Neste momento, entende-se que as desigualdades sociais têm um forte componente de discriminação, tendo a raça como base, desmontando, assim, a idéia da redução da problemática das disparidades sociais como causa exclusiva da pobreza (BARBOSA, 2001); (LOPES, 2004).

A constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem homens e mulheres a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte, o movimento negro brasileiro explicitou suas demandas e reivindicou implementação de políticas públicas na saúde para a população negra de forma que atendessem às especificidades desta população (BRASIL, 2001a); (OLIVEIRA, 2002).

2.1 CONCEITUANDO “RAÇA” E RACISMO

O termo “raça”, durante muito tempo, foi utilizado para caracterizar uma população em relação à outra, com a finalidade de evidenciar a noção de supremacia racial ou da raça pura. Como mecanismo para a luta pelos direitos civis, porém, o termo “raça”, nos dias de hoje, é empregado para reforçar a identidade racial de determinada população - neste caso, a população negra. Convive-se hoje com a compreensão de que não existe raça entre as populações, e sim uma raça humana. No entanto, essa afirmação tem servido de subsídio para invisibilizar o racismo e as desigualdades raciais oriundas dele.

Ao refletir sobre o discurso da superação do racismo e a desigualdade racial, Paixão (2006) diz que a construção fundamentada e centrada no argumento da inexistência de raças humanas, independente das dinâmicas sociais constituídas, corre o risco de invisibilizar ou velar um problema efetivamente real.

De acordo com Paixão (2006), o termo “raça” foi utilizado, primeiramente, pela elite europeia, no período das grandes navegações, sendo intensificada no processo da expansão imperialista, ao longo do século XIX, quando era definida a partir de distinções físicas e culturais encontradas entre os seres humanos.

Para Ianni (2004, p. 23), *a “raça não é uma condição biológica, mas uma condição social e cultural, criada, reiterada e desenvolvida na trama das relações sociais, envolvendo jogos de forças sociais e progressos de dominação e apropriação”*.

Na mesma linha de pensamento, Dahia (2008) acrescenta que, pela ótica da biologia, a ideia de raça entre os seres humanos é desprovida de valor científico, pois os estudos de genética do século XX propiciaram uma mudança radical no que se refere a ideias concebidas sobre as diferenças entre seres humanos, tornando estéril o estabelecimento de qualquer critério de classificação no campo biológico.

Targuelf (1995) apud Dahia (2008, p.699) sustenta que:

A desconstrução científica da raça biológica não faz desaparecer a evidência da raça simbólica, da raça percebida e, invariavelmente interpretada, porquanto raça, queira-se ou não, permanece um elemento maior da realidade social, à medida que emprega, a partir de características físicas visíveis, formas coletivas de diferenciação classificatória e hierárquica, que podem engendrar, às vezes, comportamentos discriminatórios individuais ou coletivos.

Entretanto, para Pena (2005), “raça” faz parte da construção na medicina, associa-se à ideia de que cor e/ou ancestralidade biológica são relevantes como indicadores de predisposição a doenças e/ou resposta a fármacos.

Esta afirmação tem origem no racismo duro da Escola de Medicina da Bahia, um dos polos do movimento eugênico no Brasil, entrincheirado nos estudos de medicina legal, da criminalidade e das deficiências físicas e mentais, tendo como referência o médico legista baiano Nina Rodrigues (1862-1906), que definia o perfil do criminoso pelas características físicas, como o tamanho do crânio (OLIVEIRA, 2002; GUIMARÃES, 2004).

No início do século XX diferentes versões de “embranquecimento” foram utilizadas no Brasil, desde subsídios à política de imigrações, com a substituição da mão de obra negra por imigrantes europeus, até as teorias de miscigenação, que pregavam a lenta, mas contínua, fixação pela população brasileira de caracteres mentais, somáticos, psicológicos e culturais da raça branca (GUIMARÃES, 2004).

Lopes e Werneck (2009) descrevem que o conceito de raça se estrutura a partir do racismo, que tem como mecanismo social a exclusão que afeta a todos os envolvidos, atingindo a cada um de forma diferenciada. O racismo “ajusta” de sentidos pejorativos a características particulares de determinados padrões da diversidade humana, e de significados sociais negativos aos grupos que os detêm, justificando, desta forma, o tratamento desigual.

O racismo, uma ideologia criada para definir raças superiores e inferiores na população, tem estruturado a sociedade e definido as desigualdades raciais e conseqüentemente as sociais, principalmente em um país racializado como o Brasil.

De acordo com a autora Jones (2000) o racismo pode ser caracterizado e manifestado em três níveis sendo denominados como: racismo institucional, racismo pessoalmente mediado e racismo internalizado.

O racismo institucional, nível mais utilizado no Brasil para explicar as desigualdades raciais, é conceituado como o acesso diferencial aos bens, serviços e oportunidades da sociedade sendo normativa, às vezes legalizada, e manifestada como desvantagem entre as populações por causa da raça/cor. O racismo pessoalmente mediado é definido como preconceito e discriminação, onde o preconceito significa suposição diferencial sobre as habilidades, motivos e intenções e discriminação significa diferencial das ações em relação aos outros de acordo com sua raça. Já o racismo internalizado é conceituado como a aceitação da população de raças estigmatizadas de mensagens negativas sobre suas próprias habilidades e valor intrínseco, identificado na baixa auto-estima (JONES, 2000).

2.2 CLASSIFICAÇÃO RACIAL NO BRASIL

Em 1777, o alemão fundador da Antropologia, Johann Friedich Blumenbach, determinou a região geográfica originária de cada raça e a cor da pele como elementos demarcatórios entre elas branca ou caucasiana, negra ou etiópica, amarela ou mongólica, parda ou malaia e vermelha ou americana. Após essa classificação geográfica/cor da pele, foram agregados, no século XIX, outros quesitos fenotípicos como o tamanho da cabeça e a fisionomia, porém o mais usado e considerado, o mais importante gerador de classificações raciais é a cor da pele. (OLIVEIRA, 2002).

O censo brasileiro enfoca o critério da autoclassificação dentro de cinco categorias: branco, preto, pardo, indígena e amarelo. No Brasil, o conceito de raça encontra-se relacionado à cor da pele e traços faciais, mais do que à ancestralidade, levando alguns estudiosos a analisar a classificação racial brasileira não enquanto grupos raciais, mas sim como grupos de cor.

Para a classificação racial dominante na sociedade norte-americana, existem somente negros e brancos, não existem categorias intermediárias. Este modelo de classificação racial está baseado na regra, segundo a qual um antepassado negro é suficiente para que uma pessoa seja classificada como negra. (OLIVIERA FILHO, 2005).

Ao contrário dos Estados Unidos, no Brasil predomina o modo multipolar, fruto da miscigenação, de classificação racial. Dessa forma, indivíduos com antepassados negros podem ser pretos, mas também podem ser pardos, brancos, morenos etc, pois, no Brasil, o conceito de raça encontra-se mais relacionado à cor da pele e outras características fenotípicas do que à ancestralidade.

Para finalidade estatística, considera-se que a flexibilidade da classificação de cor no Brasil torna difícil diferenciar pretos e pardos, ao mesmo tempo em que, nos indicadores socioeconômicos, os dois grupos se assemelham, já que pesquisadores consideram, geralmente, pretos e pardos juntos, em uma única categoria, pois, assume-se que a maioria dos pardos possui descendência africana. Nesse contexto, as palavras negro e afro-brasileiro são sinônimas, significando aquele que se classifica como preto ou pardo nas pesquisas do IBGE (HERINGER, 2002).

2. 3 SAÚDE PÚBLICA, RAÇA, GÊNERO E A FORMAÇÃO DO BRASIL

A proposta da sociedade brasileira, especificamente da elite do País, após a escravidão da população negra, final do século XIX e meados do XX, era que o Brasil deveria se tornar um país de população majoritariamente branca, com a eliminação da população negra que, naquele período, de acordo com o censo de 1972, chegava a mais de 50% da população.

A elite brasileira se preocupava naquele momento com a composição racial do Brasil e com os olhares do exterior sobre o país que, segundo pensadores americanos, os cruzamentos “promíscuos” verificados em boa parte da América Latina haviam produzido povos degenerados, instáveis, incapazes de desenvolvimento progressivo (STEPAN, 2005).

Dessa forma, para que o Brasil se tornasse um país de raça “pura”, ou seja, de população branca, criaram-se alguns mecanismos, como a política do branqueamento da população brasileira, por meio de estratégias, como o incentivo para a imigração de contingentes de populações oriundas da Europa, como forma de mudar o cenário demográfico do país. Tais mudanças reduziram o número de negros e mestiços, que, por um processo biossocial de miscigenação seletiva, eram considerados inferiores, estando fadados a seguir na direção gradual da extinção. A eugenia se impõe também nesse cenário como mais um dos mecanismos em favor do branqueamento, definida como a ciência do aprimoramento racial, as teorias eugênicas eram fortalecidas pelo campo da saúde com a saúde pública e medicina legal.

A meta era que no período de 100 anos, contando a partir de 1912, ou seja, em 2012, o Brasil teria como composição da população 97% de brancos e 3% de miscigenados, como descreve Maio (2004, p. 15) sobre o discurso de Rui Barbosa:

Publicado em julho de 1917, o discurso de Rui Barbosa lembraria a memória apresentada no 1º Congresso Universal das Raças, realizado em Londres, em 1911, pelo médico Batista Lacerda, então diretor do Museu Nacional. Este, em tom otimista, previa que, com a miscigenação, o Brasil se tornaria um país de população predominantemente branca até 2012.

No período de 1870 a 1930, o debate na medicina passou por diversos momentos, privilegiando diferentes abordagens, a discussão sobre a higiene pública, que tinha a atuação diária do médico nas populações contaminadas por moléstias infecto- contagiosas, mobiliza boa parte das atenções até os anos 1880. Nos anos 1890 será a vez da medicina legal, com a nova figura do perito que, ao lado da polícia, explica a criminalidade e determina a loucura e,

nos anos de 1930, entra em cena a prática eugenista, que passa a separar a população enferma da sã (SCHWARCZ, 1993).

Dessa forma, foram utilizadas algumas teorias que dariam sustentação à continuidade desse projeto médico-eugênico no campo da saúde, como a tese lombrosiana, que atuava a partir da craniologia para definir o perfil do criminoso com base nas características físicas e nos seus hábitos, e a teoria do darwinismo social, que apontaria o cruzamento racial como o maior mal para a população brasileira, condenando a hibridação das raças e sua conseqüente degeneração e apostava na seleção natural para a eliminação da população negra. O projeto médico-eugênico se fortaleceu em dois locais diferentes - na Bahia, com a medicina legal liderada por Nina Rodrigues - e no Rio de Janeiro, com a atuação dos médicos higienistas.

O tema racial é de suma importância para esse período, pois integra o arsenal teórico na saúde. Na Bahia é a raça, mais especificamente o cruzamento racial, que iria tentar explicar a criminalidade, a loucura, a degeneração. E no Rio de Janeiro, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com diferenças nas constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e a barreira para a perfeição biológica (SCHWARCZ, 1993).

Na saúde pública, médicos sanitaristas, sob os interesses das classes dominantes concerniam no controle de determinadas epidemias, ao mesmo tempo em que realizavam a dicotomia racializada no enfrentamento das epidemias, como no combate à febre amarela, doença que incidia entre os imigrantes, mão de obra estratégica na expansão econômica da virada do século XIX para o século XX, em detrimento do enfrentamento do problema da tuberculose que atingiria a população pobre das grandes cidades, pois a luta contra a febre amarela tinha um aspecto racial. Como descreve Maio (2004, p.15 e 16), no discurso proferido por Rui Barbosa em 1917:

É um mal, que só a raça negra logra a imunidade, raro desmentida apenas no curso das mais violentas epidemias, e em cujo obituário, nos centros onde avultava a imigração europeia, a contribuição das colônias estrangeiras subia a 92 por cento sobre o total de mortos. Conservadora do elemento africano, exterminadora do elemento europeu, a praga amarela, negreira e xenófoba, atacava a existência da nação na sua medula, na seiva regeneratriz do bom sangue africano, com que a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva, e nos dava, aos olhos do mundo civilizado, os ares de um matadouro da raça branca.

Chalhoub (1996) descreve sobre o pensamento higienista do corte racial no processo de transição do trabalho escravo para o regime de mão de obra livre, que se configuraria aos poucos um quadro racializado e dicotomizado, nas definições das ações de saúde pública.

O autor supracitado, ainda refletindo sobre a saúde pública, descreve a definição de políticas de saúde pública racializadas, como no combate à febre amarela que atingia os imigrantes e brancos, versus a indiferença no controle da tuberculose, que prevalecia entre os negros, denotando, assim, a engenhosidade dos higienistas brasileiros. Dessa forma, o projeto do higienismo racista iria priorizar o combate à febre amarela sobre a preocupação do reordenamento do sistema socioeconômico do país, ao mesmo tempo em que não contemplaria outras doenças como, por exemplo, a tuberculose e a varíola, visto que aquela epidemia atingia os imigrantes.

A medicina legal tinha como objetivo o estudo sobre a criminologia, onde o foco não era a doença ou o crime, mas o criminoso. De 1880 até 1915, houve ampliação da produção científica na medicina sobre a temática da medicina legal, tendo como mais importante objeto de estudo a análise do perfil do criminoso, relacionado à criminalidade e à degeneração. Os estudos de frenologia e craniologia foram utilizados como modelo para identificar as raças, refletindo sobre o atraso da população com a fragilidade dos cruzamentos (SCHWARCZ, 1993) (STEPAN, 2005). A autora Schwrcz (1993, p 221) ainda descreve que:

Era por meio da medicina legal que se comprovava a especificidade da situação ou as possibilidades de “uma ciência brasileira” que se detivesse nos casos de degeneração racial. Os exemplos de embriaguez, alienação, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a comprovar os modelos darwinistas sociais em sua condenação do cruzamento, em seu alerta à “imperfeição da hereditariedade mista”.

Para a eugenia, a discussão de gênero também era central, pois era pela reprodução que ocorria a modificação e a transformação hereditária das gerações futuras. Nesse contexto, cabia à mulher o papel social primordialmente reprodutivo. Segundo Setpan (2005), para alguns historiadores, a eugenia foi um movimento conservador e antifeminista, porque visava a controlar a sexualidade e definir as mulheres no papel reprodutivo maternal.

Raça, racismo e gênero foram igualmente importantes para a eugenia negativa, pois era pelas uniões sexuais que as fronteiras entre as raças eram mantidas ou transgredidas. Por isso, a eugenia, gênero e raça ficaram ligados à política de identidade nacional.

Dessa forma, o movimento eugenista utilizou o caminho da esterilização involuntária das mulheres, para controlar a população que estava sendo formada na nação, definindo sua identidade racial. De acordo com Werneck (2004), desde o início do século XX, os movimentos eugenistas lançaram mão de técnicas médicas para a eliminação e controle dos indesejáveis. E, para isso, teve destaque o recurso à esterilização cirúrgica, utilizada como instrumento eficaz e, em muitos casos, com amparo legal - a primeira lei de esterilização foi posta em prática nos Estados Unidos, na Pensilvânia, em 1907.

Apesar de não ter se fortalecido pelos meios legais, devido ao papel da Igreja Católica no Brasil e na América Latina, na esfera da família, do matrimônio e da sexualidade, e que proibia o controle de natalidade, houve quem advogasse em seu favor, considerando uma política social cientificamente razoável, moderna, racional e avançada, utilizada como medida de saúde pública na Europa (STEPAN, 2005).

Psiquiatras e médicos das áreas da medicina legal e da higiene mental eram particularmente inclinados a sugerir a esterilização involuntária dos “grosseiramente degenerados”. Na segunda metade do século, um novo elemento seria posto à disposição de racistas eugenistas - na década de 60, de novas tecnologias de controle da fecundidade, através da interferência nos ciclos hormonais das mulheres, esses métodos abriram novas perspectivas para controle compulsório da fecundidade das mulheres negras, indígenas e asiáticas, para além da esterilização cirúrgica já à disposição (STEPAN, 2005) (WERNECK, 2004).

No entanto, a partir da década de 70, novas iniciativas de controle populacional contra mulheres negras vão ser levadas a cabo nos Estados Unidos, no Brasil e em outras partes do mundo, numa iniciativa combatida pelas organizações negras em forma de denúncias tanto de genocídio quanto de usurpação da liberdade reprodutiva das mulheres.

2.4 AS MULHERES NEGRAS NO CONTEXTO DAS DESIGUALDADES RACIAIS E DE GÊNERO

As desigualdades raciais e de gênero se assemelham, pois estão pautadas nas relações sociais e estruturadas pelas relações de poder entre pessoas, de acordo com as representações na sociedade.

Gênero, assim como raça, é uma categoria social, que foi introduzida nos meados do Século XX, por Joan Scott, que o considera um elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo, ao mesmo tempo, uma construção sociocultural e política, por meio das representações e estereótipos do masculino e feminino, orientando o ser dominante e dominado, em uma relação de poder.

A inter-relação das desigualdades de raça e gênero aprofunda e determina a condição de vida das mulheres negras. Com isso, as mulheres negras lutam contra a opressão de gênero e de raça, no compasso para as ações políticas feministas e antirracistas, contribuindo tanto para

a discussão sobre a questão racial como também para a questão de gênero na sociedade brasileira.

O surgimento do movimento de mulheres negras, na década de 1980, apresentou uma nova alternativa ao feminismo tradicional. Não o chamado feminismo negro, visto que o feminismo tradicional não conseguia dar conta das diferenças trazidas pelas mulheres negras, as tensões sociais causadas pelas diferenças, devido às desigualdades raciais (LEMOS 2006).

Para Lopes e Werneck (2009), os processos de singularização das mulheres negras produziram uma diferenciação entre sujeitos e grupos sustentados na raça e no gênero – mulheres e homens, negras/os e brancas/os, que denunciam e recusam as condições de privilégio e de poder que estão atribuídos, unicamente, ao polo racial branco.

De acordo com Carneiro (2006):

“Este novo olhar feminista e antirracista – ao integrar em si, tanto a tradição de luta do movimento negro como a tradição de luta do movimento de mulheres – representa uma nova identidade política, decorrente da condição específica do ser mulher negra”.

Para Bairros (1995), a experiência da opressão sexista é dada pela posição que as mulheres ocupam numa matriz de dominação, na qual a raça, gênero e classe social interceptam-se em diferentes pontos, pois se configuram mutuamente formando um mosaico, que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade, uma vez que, de acordo com o ponto de vista feminista, não existe uma identidade única, a experiência de ser mulher se constitui como tal de forma social e historicamente determinada.

As mulheres negras, ao longo do processo político, entenderam que as desigualdades são construídas historicamente, diante de diferentes níveis de hierarquização, constituídos pelas relações de gênero e raça, tendo a classe social como mediadora, produzindo profundas exclusões, através do processo discriminatório do racismo e do sexismo (RIBEIRO, 2008).

2.4.1 Racismo como determinante nas condições de saúde das mulheres negras

Para as mulheres o experimento da saúde, na sua integralidade, está diretamente influenciado pelas condições de vida e diferentes formas de inserção social. As questões de gênero, raça e geração conformam assimetrias e vulnerabilidades sobre as mulheres, restringindo os direitos, liberdades de escolha e opções.

As mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando agregados, comprometem a sua inserção na sociedade, como sujeitos de direitos, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo as diferenciam no acesso aos serviços de saúde, assim como no processo de adoecimento dessas mulheres.

A intersecção de gênero e raça conforma para as mulheres negras desigualdades nas relações raciais e de gênero, tanto em relação aos homens negros e brancos, quanto em relação às mulheres brancas. Essas relações de desigualdades, porém, ocorrem em níveis diferenciados, quando comparadas a cada um deles.

De acordo com Barbosa (2001), em seu artigo *É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do quarto de despejo*, há semelhança entre a mortalidade proporcional, por faixa etária, da mulher negra e a do homem branco - 40,7% e 39%, respectivamente. E, ao compararmos os anos potenciais de vida perdidos por óbitos, as mulheres negras perdem mais anos que os homens brancos. Dessa forma, tais informações refletem o cenário das desigualdades de raça, fortalecidas pelas de gênero, porém o inverso também é verdadeiro.

Werneck (2001), em seu artigo *AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras*, descreve que as iniquidades em saúde das mulheres negras são heranças das desigualdades postas pelas relações sociais e políticas pautadas nas discriminações de origem racial e sexista, que violam direitos, impossibilitam as ações de políticas públicas, assim como dificultam o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde de qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial.

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada à acessibilidade aos serviços de saúde que, muitas vezes, são violados por multifatores que, como eixos estruturantes, funcionam de forma articulada, como o racismo, o sexismo, as condições socioeconômicas e culturais.

As barreiras geradas pelas desigualdades raciais e de gênero são determinantes para o processo de saúde e doença das mulheres, especificamente as mulheres negras. Estas barreiras geradas, muitas vezes, pelo racismo institucionalizado, impedem a utilização e o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde, quando comparadas com as brancas, uma vez que as iniquidades raciais na saúde, determinadas pelo racismo institucionalizado, privam e violam o direito ao acesso e às condições dignas de saúde, excluindo à população negra o direito natural de pertencimento. Ao se definir o racismo institucional, tem-se como base o fracasso das instituições e das organizações em prover um serviço profissional adequado às pessoas

conforme a cor da sua pele, cultura, origem racial ou étnica (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007) (LOPES, 2004).

De acordo com Barbosa (2001), as condições de existência da população negra não podem ser desvinculadas dos fatores macrossociais – instituídos pelas condições históricas, estrutura econômica, política social, cultural e códigos legais, permeados pelo racismo e sexismo, em distintos contextos históricos, que condicionaram a vida da população negra e criaram também condições adversas que impactam, de modo diferenciado, o perfil de mortalidade da mulher negra.

As desigualdades raciais, resultantes dos efeitos da exclusão social e do racismo, são manifestadas através da prática do preconceito e da discriminação. Dessa forma, as iniquidades em saúde para as mulheres negras são decorrentes da violação de direitos, que dificultam a ascensão social e o acesso aos serviços de saúde em condições dignas (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007).

Para Barbosa (2001), o racismo é um fator gerador de doenças e/ou de agravamento de situações patogênicas preexistentes, bem como fator de incidência sobre as taxas de mortalidade da população, ou seja, o racismo torna a população negra mais vulnerável em todo o ciclo da vida.

Cruz (2004) corrobora, quando descreve que as condições de escravização, colonização, patriarcado e exclusão moldaram uma realidade e cristalizaram estruturas como legítimas, que impuseram às mulheres negras, em relação a sua saúde, aos fatores extra biológicos no processo de adoecimento.

No entanto, Leal, Gama e Cunha (2005) ressaltam que as mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem *status* social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar, ainda que não o desejem.

As mulheres brancas apresentaram, em média, 8,8 anos de escolaridade, índice superior, tanto para as mulheres “pardas” (6,9), como para as negras (6,6). A renda familiar evidenciou ainda mais esses diferenciais, já que as mulheres brancas apresentavam renda familiar cerca de 1,5 vezes maior do que as pardas e 2,5 maior do que as negras (OLINTO; OLINTO, 2000).

Alguns autores (BARBOSA, 2001; LOPES, 2004 e BATISTA, 2002) descrevem, quando analisam os indicadores que, para os negativos, a população negra tem o maior índice, principalmente, a mulher negra, que contraria os números, quando comparada ao homem branco. Porém, em relação aos índices positivos, como expectativa de vida, a mulher branca tem o maior índice (71 anos) , enquanto que a mulher negra (66 anos) (BATISTA, 2002).

No que se refere às características reprodutivas, o acesso mais precário das mulheres negras aos anticoncepcionais também se revela através da maior parcela e na menor amplitude do mix anticoncepcional, no qual a pílula e a esterilização respondem por 83% da regulação da fecundidade, em contraposição com os 76% no grupo das mulheres brancas (PERPÉTUO, 2000).

Além disso, é observado menor número de filhos para mulheres brancas, justamente aquelas com maior escolaridade, melhor renda e melhores condições de vida. Entre todas as mulheres negras, cerca de 40% não usavam nenhum método contraceptivo (OLINTO; OLINTO, 2000).

Em relação ao aborto, por exemplo, sabe-se que o risco de morte por aborto no Brasil é quase três vezes maior para as mulheres negras que para as mulheres brancas. E o risco de morte por aborto é 4,5 maior nas mulheres com menos de quatro anos de estudo, quando comparados com aquelas com mais de oito anos de estudo. Estes dados revelam o cenário da desigualdade racial e social (SIMONETTI, SOUZA, ARAUJO; 2008).

Para Lopes (2004), é por essas e outras razões, que não é mera coincidência o fato de que a maioria das mortes maternas ocorre com as mulheres negras, entre as causas de mortes maternas, sendo que as principais estão relacionadas às complicações do aborto.

No entanto, ao analisar mortes por causas violentas, de acordo com Santos, Guimarães e Araújo (2007), em um estudo realizado em Recife, as causas externas representaram a terceira causa das mortes de mulheres adultas negras, sendo a sétima causa nas mulheres brancas. Ressalta-se que a desigualdade racial encontrada no risco de morte para as mulheres negras foi de quatro vezes maior que para as mulheres brancas.

Para Barbosa (2001), ao comparar os índices de mortalidade proporcional entre as mulheres negras com os homens brancos, pode-se constatar que os óbitos ocorridos antes dos 50 anos - 40,7% - referem-se a mulheres negras e 39%, a homens brancos.

Apesar de as relações de gênero possuírem uma dinâmica própria, encontram-se também articuladas com outras dinâmicas, como as de dominação, seja social, racial ou de classe. A violência racial e de gênero representa obstáculo para a equidade em saúde e uma violação dos direitos humanos, sendo fundamental a articulação de diversos setores para seu enfrentamento (SANTOS; GUIMARÃES; ARAUJO, 2007).

As articulações de raça, gênero e classe são determinantes para as relações sociais, além de gestarem as condições de vida e saúde das mulheres negras, gerando um perfil mais crítico de saúde dessas mulheres (BARBOSA, 2001).

As discriminações com base em gênero e raça não são fenômenos mutuamente exclusivos- ao contrário, são fenômenos que interagem, sendo a discriminação racial fortemente marcada pela de gênero, o que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens, principalmente no que se refere às mulheres negras (SOARES; PINHEIRO, 2004).

As iniquidades em saúde, reveladas através de estudos transversais com interseccionalidade de raça, gênero, opressão de classe, demonstram desigualdades básicas, que estruturam posições, principalmente quando se referem às mulheres negras, pois, de acordo com Crenshaw (2002), as mulheres racializadas frequentemente estão posicionadas em um espaço onde o racismo, a xenofobia, a classe e o gênero se encontram.

De acordo com a autora supracitada, a interseccionalidade é uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas como discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas, buscando capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação.

As mulheres sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas a “múltiplas formas de discriminação social, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida” (CARNEIRO apud SOARES; PINHEIRO, 2006)

Dessa forma, quando se faz o recorte racial, a discussão das desigualdades que atingem as mulheres no Brasil, comumente aponta para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, ser negra e a questão social. É que a mulher negra, enquanto ser indivisível, vivencia, simultaneamente, graus extremos de violência decorrentes do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, em um bloco monolítico (BARBOSA, 2001; WERNECK, 2001).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL NO BRASIL

Ao longo dos últimos dez anos, o Brasil vem ampliando as discussões e implementações de políticas focadas na promoção da igualdade racial e de políticas para as

mulheres, por meio de tratados e convenções nacionais e internacionais, assim como, através da criação de estruturas organizacionais para garantir a efetivação dessas políticas.

A Constituição Brasileira de 1988, no entanto, trazia, no Art. 3º, & IV, como princípio fundamental promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação e, no Art. 5º, descreve que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...] homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, além de reconhecer que a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão (BRASIL, 1988).

Apesar de, em 1988, já existir uma Constituição Federal que assegurava todos os direitos para todos, somente em 1990, o Estado brasileiro reconhece a existência do racismo e da discriminação racial, baseada na cor da pele ou na origem étnica. A partir de então, se iniciam as discussões sobre políticas de promoção da igualdade racial, de forma mais concreta, pelo governo brasileiro.

Somente em 2001, porém, em decorrência dos desdobramentos da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas, em Durban, o Brasil assumiu o compromisso efetivo de implementar políticas de Estado para o enfrentamento ao racismo, assim como a redução das desigualdades raciais (SILVA et al, 2009).

A Conferência de Durban é convocada pela Secretaria Geral das Nações Unidas (ONU), em contexto de revisão das ações de combate ao racismo em um mundo onde os conflitos de razões étnicas se intensificavam cada vez mais, cenário onde o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Durban, que dispõe em seu Art. 108 (BRASIL, 2001b, p.33):

Reconhecemos a necessidade de se adotarem medidas especiais ou medidas positivas em favor das vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata, com o intuito de promover sua plena integração na sociedade. As medidas para uma ação efetiva, inclusive as medidas sociais, devem visar corrigir as condições que impedem o gozo dos direitos e a introdução de medidas especiais para incentivar a participação igualitária de todos os grupos raciais, culturais, linguísticos e religiosos em todos os setores da sociedade, colocando a todos em igualdade de condições.

Então, no ano de 2003, por reivindicação do movimento social, especificamente o movimento negro e de mulheres negras, o Governo Federal cria uma estrutura com o objetivo de formular e coordenar as políticas de promoção da igualdade racial, uma Secretaria Especial com *status* de Ministério. Neste mesmo período, inicia-se a discussão para elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNAISP), que só em 2006 foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde.

Nesse momento, a saúde da população negra passa a ser entendida em sua especificidade, como campo de intervenção social, partindo da constatação, por meio dos dados epidemiológicos, de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte, as quais só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas com equidade.

A Política reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde, estando embasada nos princípios constitucionais, que incluem os princípios da cidadania, da dignidade da pessoa humana (Art. 1.º, incisos II e III, respectivamente), do repúdio ao racismo (Art. 4.º, inciso VIII), da igualdade (Art. 5.º, *caput*). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Art. 3.º, inciso IV).

A Constituição Federal de 1988 consagrou, com o apoio do movimento social, o princípio do acesso universal à saúde, que o Sistema Único de Saúde/SUS fosse orientado para ações integrais, gerais e horizontais, voltadas para a população como um todo. Contudo, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, a conquista da universalidade dos serviços tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade, pois, ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos, contribui para agravar o quadro das condições de saúde da população negra (BRASIL, 2001a).

Apesar da discussão sobre saúde da população negra se intensificar em 2003, em 1996 ocorre a introdução do quesito cor nos Sistemas de Informação de Saúde do Ministério da Saúde, a exemplo do Sistema de Informação de Mortalidade, do Sistema de Nascidos Vivos e do Sistema de Notificação de Agravos. Tal inovação ocorre como parte da reivindicação do movimento negro e de pesquisadores (as), pois o quesito cor teria por finalidade identificar a situação de saúde da população para que se pudesse avaliar, planejar e implementar políticas de saúde.

2.4.1 A construção das políticas de saúde para as mulheres

As políticas para as mulheres no Brasil se intensificam nos anos 2000, com a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2004, que trazia as demandas do movimento de mulheres para implementação de políticas públicas, como saúde, direitos sexuais e reprodutivos.

Anteriormente, em Beijing (1995), na IV Conferência Mundial sobre a Mulher que, no contexto da saúde, descreve que as mulheres devem ter acesso à saúde de forma igualitária,

em todos os ciclos de sua vida, assim como direito a informações e serviços integrados de atendimento e realizados de modo adequado.

Dessa forma, a Plataforma de Beijing considera que (VIOTTI, 2006, p.176):

A mulher tem o direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental. O gozo deste direito é essencial para sua vida e seu bem-estar, e para sua capacidade de participar em todas as esferas da vida pública e privada. A saúde da mulher inclui o seu bem-estar: emocional, social e físico; contribuem para determinar sua saúde tanto fatores biológicos quanto o contexto social, político e econômico em que vive.

Porém, no que se refere à saúde das mulheres, o Brasil, em 1983, regulamenta o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de inspiração feminista, contribuindo para a mudança de postura do setor da saúde, ao preconizar um elenco de ações com vistas à garantia do atendimento integral à saúde da mulher, agora na condição de sujeito político e coletivo (COSTA; GUIMARÃES, 2002).

O Ministério da Saúde, no entanto, implanta, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), incorporando o enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, além de considerar as reivindicações dos movimentos de mulheres transcritas nos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. E, nessa política, as mulheres são compreendidas na sua diversidade como indígenas, negras, lésbicas, rurais, em situação de prisão (BRASIL, 2009b).

É necessário ponderar que, em qualquer planejamento de ações direcionadas à saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis, com o propósito de garantir a equidade racial (BRASIL, 2005).

3 INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE NO BRASIL

Partindo do princípio que a informação é essencial para a tomada de decisão, pode-se afirmar que, no âmbito do conhecimento sobre a situação de saúde, são fundamentais as informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, assim como características sociodemográficas e informações sobre os serviços de saúde.

Esse conhecimento é aplicado no planejamento, organização, operação e avaliação de ações dos serviços, além de estabelecer políticas universais e específicas e formular planos e programas direcionados.

Em 1952, a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou a importância de expressar, por medidas, o padrão de vida da população. Com a impossibilidade prática do uso de apenas um indicador global, foram sugeridos vários componentes para medir o nível de vida da população, como saúde, condições demográficas, condições de trabalho, educação, habitação, com inclusão do saneamento básico, segurança social, liberdade humana, entre outros (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

De acordo com Jannuzzi (2008, p. 15):

Os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais.

Em alguns países, desde a década de 1960, inquéritos populacionais são utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas. Na Inglaterra, por exemplo, além dos censos demográficos decenais, que incluem informações sobre saúde, existem inquéritos contínuos, como o General Health Survey (GHS), criado em 1971, nos Estados Unidos, o National Health Interview Survey (NHIS), que tem como finalidade coletar informações autorreferidas sobre a ocorrência anual de doenças agudas e acidentes, existência de doenças crônicas e incapacidades e utilização dos serviços de saúde e, no Canadá, o National Population Health Survey (NPHS) apresenta dados sobre condições de saúde, uso de serviços de saúde, condições de trabalho e hábitos de vida que influenciam as condições de saúde. (MALTA et al, 2008); (VIACAVA, 2002).

No Brasil, a principal fonte de informação sobre os dados vitais e de serviços é obtida pelo Sistema Nacional de Informação em Saúde, organizado pelo Banco de Dados do Sistema

Único de Saúde (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, que dispõe de sistemas de informação sobre mortalidade, doenças de notificação compulsória e outros agravos, produção de serviços e atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, nascidos vivos, informação sobre atenção básica, entre outros (MALTA et al, 2008).

Em relação aos inquéritos populacionais, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o responsável pela maioria das pesquisas domiciliares no Brasil. Criado em 1938, o IBGE realiza censos nacionais e inquéritos, como a PNAD, que produzem dados demográficos, estatísticos vitais e levantamentos socioeconômicos.

De acordo com Mota (2006), o papel dos inquéritos populacionais na obtenção e na produção dos dados de informações sobre a situação de saúde é inquestionável. E, neste caso, a experiência brasileira é suficiente para orientar o estabelecimento de inquéritos nacionais periódicos que componham um sistema de informação em saúde, como a PNAD e seus suplementos.

É importante destacar que as fontes de dados obtidas pelas estatísticas sociais, econômicas e demográficas, como os inquéritos populacionais e o sistema de informação em saúde são utilizadas para a construção dos indicadores sociais.

Para Santiago et al (2008), é necessário ressaltar a distinção entre indicadores sociais e estatísticas públicas, uma vez que as estatísticas correspondem a um dado social bruto que, na verdade, se constitui como matéria-prima para a construção dos indicadores, que posteriormente, será expresso como taxas, proporções, médias, índices, distribuições por classes e por cifras, podendo se referir à totalidade da população ou grupos sociodemográficos específicos.

3.1 A INSERÇÃO DO QUESITO COR NOS INQUÉRITOS NACIONAIS

A questão sobre identificação e classificação étnico-raciais se torna evidente em países com a população diversificada na sua composição, fruto de processo de imigração, tráfico de escravo e a experiência da colonização.

Atualmente, a estes processos se acrescenta que a construção social das identidades étnico-raciais é, por sua vez, informada pela maneira como os aparelhos estatísticos codificam os respectivos grupos. Nesta encruzilhada de definição de categorias - e as classificações resultantes - com interesses de grupos específicos da população, se expressa o caráter político da operação censitária de classificação (IBGE, 2007, p.178).

Entre os países que se destacam na longa tradição estatística, três ficam em evidência pela inclusão da variável raça ou origem nos seus recenseamentos: Estados Unidos da América no Norte, Canadá e Grã-Bretanha.

Nos Estados Unidos, a classificação da população segundo categorias raciais tem aparecido regularmente em cada recenseamento decenal desde 1790. A história da categorização racial nos Estados Unidos mostra os recenseamentos como uma arena onde as ideias sobre raça são trabalhadas e as categorias construídas e aplicadas às políticas públicas, ou seja, uma projeção da concorrência e competição das relações interétnicas e raciais, uma expressão estatística da luta pelo reconhecimento das minorias étnicas daquele país. A exemplo do censo de 2000, que considerou raça e origem como conceitos separados e distintos, permitindo, assim, que se assinalasse no quesito uma ou mais das opções de resposta das 15 apresentadas, entre as quais figuram: branco, negro, asiático e indígena americano (IBGE, 2007).

No Canadá o levantamento da origem étnica dos habitantes pelo duplo cruzamento entre lugar de nascimento ou nacionalidade e raça, ocupa um lugar nos recenseamentos canadenses desde 1871 até 2001. Após um século de evolução, a categorização dos grupos étnicos se viu recentemente transformada de forma considerável: passou-se a distinguir entre origem e língua, perdendo a referência a linhagem paterna e a chegada ao continente. A classificação étnico-racial se orienta agora no sentido de uma definição mais subjetiva, ou seja, de uma identificação “cultural” mais que de uma ascendência (IBGE, 2007).

Nos censos da Grã-Bretanha, o quesito sobre nacionalidade foi incluído desde 1841 até 1961. Porém, a partir da constatação recente na Grã-Bretanha da presença de população de minorias étnicas, identificados em termos da coloração mais escura da pele e, de forma correlata, da discriminação e desvantagens sofridas por essa população, levou o “Sub-comitê de Imigração e Relações Raciais” a recomendar a inclusão de uma questão relativa à origem étnica ou racial desde o início dos anos 1980 (IBGE, 2007).

Em relação ao Brasil, a inserção da variável raça/cor ocorreu pela primeira vez em 1872, ainda no Brasil Império, juntamente com o primeiro recenseamento nacional. Nesse período, a população preta e parda chegava a 58% da população total. A finalidade de inserir a raça/cor da população brasileira não era somente para classificar a população, mas também e principalmente hierarquizá-la racialmente entre branco, preto, pardo e caboclo. O segundo censo aconteceu em 1890, no Brasil republicano. A população preta e parda diminuiu mais e caiu para 47%, sendo isso o resultado da maciça imigração de origem europeia incentivada e subsidiada pelo Estado Brasileiro (IBGE, 2008).

A queda do quantitativo de pretos e pardos continua a se registrar no censo de 1940 - representam menos de 36% da população e a população branca já começa a alcançar o percentual de 63,5%. É importante destacar que a categoria pardo foi constituída como um grupo genérico de categoria residual, onde foram incluídos, além dos indígenas, os que se declararam caboclo, mulato, moreno etc. Neste mesmo censo é incorporada a categoria “amarela” à classificação, com o intuito de dar conta da imigração japonesa no Brasil, ocorrida fundamentalmente entre 1908 e 1930 (IBGE, 2007); (IBGE, 2008).

Em 1970, a Comissão Censitária Nacional decide pela não inclusão do quesito raça/cor, situação que perdurou por duas décadas, até a década de 1980, retornando somente na década de 1990 e nesse momento é acrescentada a categoria indígena, sendo, a partir de então, completado nas estatísticas nacionais, o sistema de classificação racial que foi definido pelas cinco categorias que são utilizadas até o presente: branca, preta, parda, amarela e indígena (IBGE, 2008).

3.2 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DAS MULHERES SEGUNDO RAÇA/COR

Ao longo dos últimos dez anos, pesquisadores e instituições oficiais de pesquisa estão utilizando o quesito raça/cor como categoria de análise sobre a população brasileira, assim como analisam as políticas públicas com foco em raça/cor e gênero.

A *Síntese de Indicadores Sociais 2007*, do IBGE, para analisar as desigualdades raciais no Brasil e nas grandes regiões, utiliza alguns indicadores sociais e, neste caso, o rendimento família per capita, que identificou a distribuição dos grupos entre os 10% mais pobres e entre o 1% mais rico, mostrando que, enquanto entre os mais pobres, em 2007, os brancos apenas alcançam pouco mais de 25% do total, entre os que estão na classe mais favorecida, eles representam mais de 86%. Por sua vez, os negros (pretos e pardos) são quase 74% entre os mais pobres e só correspondem a pouco mais de 12% entre os mais ricos (IBGE, 2007).

Informações descritas sobre mercado de trabalho no *Retrato das Desigualdades: Gênero e Raça* verificam que a decisão de entrar no mercado de trabalho não é concretizada de forma igualitária para os diferentes grupos populacionais, pois mulheres e negros encontram mais dificuldades para ocupar postos de trabalho, sendo formais ou informais. Nesse cenário, quase 8% dos homens e 10,6% dos brancos se encontravam desempregados

em 2003. Esses valores pulavam para 12,4% e 12,6 no caso de mulheres e negros, respectivamente (PINHEIRO, 2008).

Para os indicadores educacionais, apesar do crescimento na média de anos de estudo da população em geral, de 1,5 anos ao longo da década 1993 a 2003, o diferencial entre negros e brancos caiu muito pouco neste período. Em 1993 a diferença era de 2,1 anos a mais de estudos dos brancos em relação aos negros e, em 2003, era de 1,9 (PINHEIRO, 2008).

Em relação às mulheres negras, esse relatório registra que têm, em média, 7,4 anos de estudo contra 9,3 apresentados pelas mulheres brancas. A mesma situação foi registrada com referência ao acesso ao mercado de trabalho, pois a taxa de desemprego para as mulheres brancas é de 9,2%, enquanto que, para as mulheres negras, é de 12,2% (PINHEIRO, 2008).

Em relação à esperança de vida ao nascer, o *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (2007-2008)* registra que, para as populações brasileiras, as reduções na mortalidade infantil tiveram um forte impacto no aumento da esperança de vida ao nascer e essa mudança apresentou benéficos efeitos em termos de diminuição das desigualdades de cor ou raça. Com isso, a esperança de vida ao nascer do total da população brasileira aumentou 4,3 anos, passando de 68,2 anos, em 1993 para 72,5 anos em 2005. Entre brancos (de 71,5 para 74,9 anos) e negros (de 65,9 para 71,7) (PAIXÃO; CARVANO, 2008).

De acordo com o mesmo estudo descrito anteriormente, a mortalidade materna não apenas se manteve maior para as mulheres negras do que para as mulheres brancas, como aumentou proporcionalmente, pois a taxa das negras que, em 2000, já era 43,2% superior, em 2005, passou a ser 72,4% maior em relação às brancas. Nesse ano, portanto, em 2005, a taxa das mulheres brancas chegou a 1,27, caindo 13%, enquanto que a das negras alcançou 2,19, crescendo 4,8%.

Em relação à mortalidade por homicídio, o relatório anual do Ministério da Saúde, *Saúde Brasil 2007*, analisa que a taxa de homicídio aumentou na população negra. Em 2000, a taxa de homicídio era 48% maior na população negra em relação à branca; em 2006, aumentou para 114%. Para as mulheres brancas, a referida taxa foi reduzida - 21% - e para as negras aumentou 13%. Em 2000, a taxa de homicídio era 20% maior para as mulheres negras em relação às brancas; em 2006, aumentou para 71% (BRASIL, 2007).

O *Atlas Racial Brasileiro* registra que a população negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde - o percentual de pessoas que conseguiu atendimento médico nas últimas duas semanas antes da pesquisa é substancialmente maior entre os brancos (83,7%) que entre os negros (69,7%). E em relação a atendimento ambulatorial, apenas 66% dos

homens negros foram atendidos, contra 82% dos homens brancos, 85% das mulheres brancas e 72% das mulheres negras (PNUD, 2004).

A *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (PNDS), ao descrever sobre população feminina e cobertura por plano de saúde, revela que 73% da população feminina brasileira, em idade fértil não possuíam plano de saúde ou convênio, sendo esta população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao analisar, por diferenciais de raça e cor da pele, observou-se que 80% das mulheres negras não possuíam plano de saúde, em contraste com 64% correspondentes às mulheres brancas (BRASIL, 2009a).

No que se refere à saúde reprodutiva, o Atlas descreve que, em 1996, 51,9% das mulheres brancas e 68,6% das negras tiveram parto vaginal, e 47,5% das brancas e 29,9% das negras tiveram parto cesáreo. Esta mesma pesquisa aponta que a participação relativa de mulheres entre 15 e 19 anos na fecundidade total mais que dobrou em 20 anos. Em grande parte isso se deve à queda da fecundidade de mulheres de grupos etários mais velhos; para as mulheres negras, o registro de fecundidade na mesma faixa etária dobrou entre 1980 e 2000, passando de 7,6% para 16,5% (PNUD, 2004).

Estas instituições realizam esse tipo de pesquisa periodicamente com a finalidade de mensurar os impactos das desigualdades raciais e de gênero, para que gestores, pesquisadores e movimento social possam planejar, implementar e monitorar as políticas referentes à igualdade racial e de gênero.

4 MODELO TEÓRICO ADOTADO – TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Para explicar as desigualdades sociais em saúde são utilizados modelos teóricos, com a finalidade de criar subsídios que possam dar explicação a esse processo. As principais teorias que explicam as desigualdades são a estruturalista ou materialista, a mais antiga e que confere maior importância à estrutura socioeconômica da sociedade; a psicossocial - tem como princípio a percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador de doenças; a teoria ecossocial chama a atenção para o processo de incorporação pelos organismos humanos, assim como para os aspectos sociais e psíquicos predominantes no contexto nos quais os indivíduos trabalham, esta teoria considera inseparável o biológico, o social e o psíquico.

Na América Latina, no entanto, a discussão sobre as desigualdades sociais em saúde vêm sendo feita essencialmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades (BARATA, 2009).

A posição de classe e a reprodução social são vistas como os principais determinantes do processo de saúde e doença. Sendo assim, o problema deixa de ser tratado apenas como uma questão de pobreza e passa a ser focado a partir do olhar sobre a inclusão ou exclusão social.

O modelo de organização social é o determinante desse processo, evidenciando manifestações na qualidade de vida dos diferentes sujeitos sociais que, por sua vez, é determinada pelos processos de reprodução social (FONSECA, 2007).

Para o presente estudo foi definido o modelo teórico dos determinantes sociais de saúde, considerando-se que este modelo corrobora com a análise do estudo que tem nas características sociodemográficas a base das desigualdades em saúde.

Apesar da teoria da determinação social não contemplar o racismo como determinante social da saúde, a escolha desta teoria para o estudo ocorre pela proximidade da discussão a cerca das desigualdades sociais.

O conceito de determinantes sociais de saúde surgiu a partir de uma série de comentários publicados nos anos 70 e no início dos anos 80, que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), as definições de determinantes sociais de saúde (DSS)

expressam que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população e que podem ser alteradas pela ação das políticas públicas (BARATA, 2009).

No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma definição mais sucinta, explica que os Determinantes Sociais da Saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 79) Virchow, um dos mais destacados cientistas vinculados a essa teoria, entendia que:

a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

Para Fonseca (2007), essa teoria permite compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste ou de potencialidades em função do consumo e do gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social, Isso porque, a cada grupo social, representado por categorias, como classe social, gênero, raça/cor e geração poderiam corresponder às condições negativas (risco de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência), de acordo com a frequência e a intensidade dos determinantes no processo de saúde-doença.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem renda, educação, emprego, desenvolvimento, cultura, gênero, raça/etnia e condições ambientais. Os contextos histórico, social e político determinam a cada indivíduo sua posição, determinando, dessa forma, as oportunidades, levando a exposições de doenças ou de saúde, segundo a situação distinta de vulnerabilidades.

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os diversos estudos sobre os DSS permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. No entanto, o modelo adotado para este estudo foi o de Dahlgren e Whitehead (1991), cuja escolha é justificada pela simplicidade, fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS.

No modelo de Dahlgren e Whitehead (figura 1), os DSS ficam dispostos em diferentes camadas, de acordo com o nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distante, onde se situam os determinantes macrossociais. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas **características individuais de idade, sexo e fatores genéticos** que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde (CNDSS, 2008).

Na camada imediatamente externa, aparecem o **comportamento e os estilos de vida individuais**. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (CNDSS, 2008).

A camada seguinte destaca a influência das **redes comunitárias e de apoio**, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No nível seguinte, estão representados os **fatores relacionados a condições de vida e de trabalho**, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às **condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade** (CNDSS, 2008).

Para o presente estudo foi adaptado o modelo de Dahlgren e Whitehead, ficando os determinantes sociais da saúde assim categorizados:

- **Características individuais:** raça/cor, idade, sexo.
- **Comportamento e os estilos de vida individuais:** Composição familiar.
- **Fatores relacionados a condições de vida e de trabalho:** condição de atividade, posição na ocupação no trabalho, horas trabalhadas por semana, acesso e utilização dos serviços de saúde.
- **Condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade:** nível de instrução, renda mensal.

Figura 1 Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente, mediante condições de muito controle e procedimentos estatísticos para a análise das informações, pois possui suas raízes no positivismo lógico, tendendo a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT, BECK E HUNGLER; 2004).

O estudo descritivo procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis), sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Este tipo de estudo tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

O estabelecimento de relações entre variáveis visam a estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, e outros. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características.

Na epidemiologia os estudos descritivos apresentam a distribuição de eventos de saúde uma população, com o objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários e primários.

5.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram incluídas mulheres negras, soma de pretas e pardas, e brancas com 25 anos ou mais de idade, residentes na Bahia que responderam ao questionário da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) do ano de 2008.

As mulheres de raça/cor amarela e indígena foram excluídas do estudo, uma vez que, no Brasil e particularmente na Bahia, o foco das desigualdades está relacionado às pessoas negras e brancas, como refere Soares (2008), acrescentando que os movimentos demográficos dessas categorias são, em termos relativos, pequenos, podendo, por isso, gerar problemas com a estimação dos resultados.

A escolha por mulheres com 25 anos ou mais, para esta investigação, deu-se em decorrência de que o Ministério da Saúde considera para o rastreamento populacional na realização do exame preventivo para o câncer de colo de útero, mulheres de 25 e mais (BRASIL, 2006).

Ao mesmo tempo em que os critérios adotados no questionário aplicado pela pesquisa PNAD/IBGE, que aborda questões referentes ao acesso e utilização de serviços preventivos de saúde das mulheres, somente a partir desse grupo etário de mulheres com 25 anos e mais de idade.

5.2 FONTES DE DADOS

Trata-se de um estudo de base populacional cujos dados foram obtidos por meio de fonte secundária.

De acordo com Vieira e Hossne (2001), dados secundários são aqueles que já existem, pois, foram produzidos ou coletados com outra finalidade que não a pesquisa que se tem em mente. Assim, se uma (o) pesquisadora(o) analisa estatísticas oficiais e não oficiais ou analisa dados coletados por outra(o) pesquisadora(o), quer estejam relacionados ou não na literatura, estão usando dados secundários.

Deste modo, foi utilizado como fonte para este estudo o Suplemento de Saúde da PNAD/IBGE, do ano de 2008. A PNAD realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é um inquérito de base populacional de abrangência nacional, com periodicidade anual. As informações obtidas abrangem grande número de dados socioeconômicos e demográficos e temas específicos com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que são incluídos no sistema, de acordo com as necessidades de informação para o País (IBGE, 2009).

O sistema de pesquisas domiciliares, implantado progressivamente no Brasil a partir de 1967, com a criação da PNAD, tem como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. Teve início no segundo trimestre de 1967, sendo os seus resultados apresentados com periodicidade trimestral até o primeiro trimestre de 1970. A partir de 1971, os levantamentos passaram a ser anuais, com realização no último trimestre de cada ano. A pesquisa foi interrompida para a realização dos Censos Demográficos 1970, 1980, 1991 e 2000.

A Pesquisa Suplementar de Saúde ocorre com uma periodicidade de cinco anos, sendo iniciada em 1998, foi repetida, com algumas alterações e inclusões em 2003, e nesta terceira edição, ano de 2008, compreendeu os seguintes tópicos: acesso e utilização de serviços de saúde, mobilidade física dos moradores e sobre a realização de exames preventivos da saúde das mulheres, algumas das investigações incluídas neste último ano foram sobre fatores de risco e proteção à saúde da população (atividade física, tabagismo, trânsito e violência), uso de medicamentos de uso contínuo, realização de cirurgia para retirada do útero e cadastramento dos domicílios no Programa de Saúde da Família.

A PNAD é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios, obtida em três estágios de seleção: unidades primárias - municípios; unidades secundárias - setores censitários; e unidades terciárias - unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos).

No primeiro estágio, as unidades (municípios) foram classificadas em duas categorias: autorrepresentativas (probabilidade 1 de pertencer à amostra) e não autorrepresentativas. Os municípios pertencentes à segunda categoria passaram por um processo de estratificação e, em cada estrato, foram selecionados com reposição e com probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico 2000.

No segundo estágio, as unidades (setores censitários) foram selecionadas em cada município da amostra, também com probabilidade proporcional e com reposição, sendo utilizado o número de unidades domiciliares existentes por ocasião do Censo Demográfico 2000 como medida de tamanho.

No terceiro estágio, foram selecionados, com equiprobabilidade, em cada setor censitário da amostra, as unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos) para investigação das características dos moradores e da habitação.

Para a investigação dos temas suplementares da PNAD, é utilizado esse Plano de Amostragem básico, sem qualquer adaptação que considere os propósitos específicos dos temas suplementares e de determinadas características de populações pequenas em números absolutos ou concentradas geograficamente.

O período da coleta de dados, no ano de 2008, foi de 29 de agosto a 20 de setembro.

5.3 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis apresentam duas características fundamentais: são aspectos observáveis de um fenômeno e devem apresentar variações ou diferenças em relação a este ou a outros fenômenos. Uma variável é definida como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, aspectos, propriedades ou fator, discernível em um objeto de estudo e de possível mensuração. As variáveis podem ser classificadas, dentre outras formas, como independente ou dependente (LAKATOS; MARCONI, 2010).

De acordo com o referencial teórico, neste estudo as variáveis foram categorizadas em grupos distintos: características individuais, que correspondem às seguintes variáveis: raça/cor, idade e sexo; comportamento e os estilos de vida individuais que está relacionada à composição familiar; condições econômicas, culturais e ambientais, composto por nível de instrução e renda mensal; condições de vida e de trabalho, que inclui instrução, trabalho e renda, morbidades referidas, estado de saúde e acesso a serviços preventivos de saúde. O estudo também classificou as variáveis quanto a sua forma de mensuração: quantitativa contínua, quantitativa discreta, qualitativa ordenável e qualitativa nominal, como demonstra o Quadro 1.

Quadro 1 Definições operacionais, categorizações e a classificação por nível de medição das variáveis do estudo, Salvador, 2011.

Variáveis	Definições operacionais	Categorias	Medição das variáveis
Características individuais			
Raça/cor	Cor autodeclarada	Branca e Negra (preta e parda)	Qualitativa nominal
Idade	Faixa etária (em anos)	25-34 35-49 50 e mais	
Comportamento e os estilos de vida individuais			
Composição Familiar	Tipo de família em relação às mulheres	Casal Sem filhos/as Casal com filhos/as Mãe com filhos/as Outros tipos de família	Qualitativa nominal

Condições econômicas e culturais			
Renda mensal	Rendimento mensal de todos os trabalhos (valor referência do salário mínimo de setembro 2008-R\$ 415,00)	Inferior a um salário mínimo 1-3 salários mínimos 3- 5 salários mínimos Superior a 5 salários mínimos	Qualitativa ordinal
Nível de Instrução	Nível de instrução mais elevado (completo e incompleto)	Sem instrução Fundamental Médio Superior	
Condições de vida e de trabalho			
Condição de atividade	Atividade (período de referência 365 dias)	Economicamente ativas Não economicamente ativas	
Posição na ocupação	Posição no trabalho (período de referência 365 dias)	Empregada com carteira assinada Empregada sem carteira assinada Funcionária pública Trabalhadora doméstica (com e sem carteira assinada) Não remunerada Autônoma (conta própria, empregadora, trabalhadora para o próprio consumo)	Qualitativa nominal
Horas trabalhadas por semana	Horas habitualmente trabalhadas por semana em todos os trabalhos	Até 14 horas 15 a 39 horas 40 e mais	Qualitativa nominal
Cobertura de plano de saúde	Plano de saúde, médico, particular, de empresa ou órgão público	Sim Não	Qualitativa nominal
Consulta médica	Realização de consulta médica (nos últimos 12 meses)	Sim Não	
Número de consultas médicas	Números de consultas médicas	Nenhuma Ate 2 Mais de 2 ate 5 Mais de 5	Qualitativa Ordinal
Tipo de serviço de saúde utilizado	Serviço procurado para receber atendimento de saúde	Posto ou centro de saúde Ambulatórios (consultório de clínica, consultório particular, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato) Pronto-socorro ou emergência Outros serviços de saúde	Qualitativa nominal
Exame clínico das mamas	Serviço que utilizou para a realização do exame clínico das mamas	Nunca fez SUS Plano de Saúde Ambos	Qualitativa nominal

Mamografia	Serviço que utilizou para a realização da mamografia.	Nunca fez SUS Plano de Saúde Ambos	Qualitativa nominal
Exame preventivo para o câncer de colo de útero	Serviço que utilizou para a realização do exame de colo de útero	Nunca fez SUS Plano de Saúde Ambos	Qualitativa nominal
Morbidades auto-referidas	Câncer, hipertensão, diabetes, tuberculose, Depressão	Nenhuma 1 2 3 e mais	Qualitativa Ordinal
Estado de saúde	Auto-referido	Muito bom/Bom Regular Ruim/Muito ruim	

Para identificar as desigualdades raciais na saúde entre mulheres negras e brancas e as suas características sociodemográficas, foi criado um indicador de acesso, pois o acesso e utilização dos serviços de saúde são componentes importantes para avaliar a organização e estruturas dos serviços, relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários, assim como para medir desigualdades em saúde e seus determinantes.

5.3.1 Indicador de acesso e utilização de serviços de saúde

Os indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde são componentes importantes para avaliar a organização e estruturas dos serviços, as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuárias (os), assim como para medir desigualdades em saúde.

A utilização de exames preventivos para o câncer de colo de útero e de mama tem se constituído um importante indicador de acesso, pois são exames preventivos de uso contínuo e obrigatório para as mulheres.

Neste sentido, a utilização de serviços públicos de saúde e serviços de planos de saúde para a realização de exames preventivos será tomada como referência para formular o indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres.

Considerado um problema de saúde pública na Bahia, o câncer da mama e do colo uterino pode ser tratado em seus estágios iniciais, reduzindo, com isso, as taxas de mortalidade feminina em geral.

A partir de 2004, as recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção secundária desses tipos de neoplasias incluem o exame preventivo do câncer de colo uterino, o exame clínico das mamas, realizado por enfermeiras (os) e/ou médicas (os), e a mamografia, para mulheres acima de 40 anos de idade.

De acordo com o Ministério da Saúde, o rastreamento por meio do exame clínico da mama, para as todas as mulheres deverá ser feito a partir de 40 anos de idade e deve ser realizado anualmente. Este procedimento, porém, é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

Entretanto, o acesso das mulheres a esses exames está condicionado a uma série de fatores ligados à oferta e organização dos serviços, dentre outros. Uma vez que o SUS não garante o acesso universal e igualitário aos exames preventivos citados, a utilização de planos de saúde torna-se elemento importante nesse processo. Por outro lado, o uso de plano de saúde não está acessível à parcela considerável da população feminina, caracterizada pelos mais baixos salários quando comparado aos homens, estando relacionado à reprodução das relações desiguais de gênero e raça.

O acesso e utilização dos serviços de saúde compõem os determinantes sociais em saúde, pois o acesso e utilização englobam diferenças nas condições de vida e assim como na oferta, deve ser distribuída e estruturada de forma não equitativa, sendo o fator gerador das desigualdades.

A partir do exposto acima, neste estudo o acesso a serviços preventivos de saúde do câncer de mama e do colo uterino por mulheres negras e brancas foi construído o indicador de acesso, considerando-se três níveis de acesso: bom, ruim e regular, conforme o número de exames realizados e o tipo de financiamento utilizado SUS e/ou Plano de Saúde.

As investigações epidemiológicas sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde, ao produzirem conhecimentos sobre os sistemas e serviços de saúde, podem oferecer subsídios para formulação de políticas públicas equânimes, quando reconhecem as desigualdades sociais que incluem pessoas e grupos populacionais excluídos socialmente.

A construção do indicador de acesso tomou como base a composição das seguintes variáveis ordinais, derivadas de variáveis relacionadas ao acesso e utilização de serviços preventivos de saúde do suplemento saúde da PNAD/IBGE 2008:

- Realização de exame clínico da mama:
0 Nunca fez; 1 SUS; 2 Plano de saúde; 3 ambos
- Realização da mamografia:
0 Nunca fez; 1 SUS; 2 Plano de saúde; 3 ambos
- Realização de exame do colo do útero:
0 Nunca fez; 1 SUS; 2 Plano de saúde; 3 ambos

O indicador de acesso foi qualificado como bom regular e ruim, sendo:

- Bom – a realização todos os exames preventivos (clínico das mamas, mamografia e colo de útero) e a utilização de plano de saúde e/ou serviços do SUS;
- Regular – a realização de dois dos três exames preventivos com a utilização do plano de saúde e/ou serviços do SUS;
- Ruim – a realização de somente um dos três exames e a não realização de nenhum dos três exames

Estas variáveis foram somadas com base na soma dos pontos de cada categoria, estratificou-se em 3 níveis, considerando-se que, quanto maior a quantidade de pontos, melhor o acesso e a utilização de serviços de saúde por parte das respondentes:

- Indicador de acesso e utilização de serviços de saúde:
 1. Até 2 pontos = Ruim
 2. 3 a 4 pontos = Regular
 0. 5 pontos e mais = Bom

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises descritivas com o objetivo de descrever as características sociodemográficas e de saúde da população de estudo e o perfil do acesso e utilização de serviços preventivos de saúde segundo a raça/cor.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de distribuições de frequências (uni e bi variadas). Para verificar as diferenças entre as proporções foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fischer (quando necessário). Foram realizados teste qui-quadrado Pearson e exato de Fisher para verificar as diferenças entre as

proporções das características sociodemográficas e dos níveis de acesso (bom regular e ruim), segundo a raça/cor. Foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 17.0 para a construção e armazenamento dos dados e o programa estatístico STATA v.8.0 para tratamento, construção do indicador de acesso e geração dos resultados. A formatação do trabalho foi elaborada segundo as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5.5 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo descritivo, segundo Pereira (2001), tem por vantagens a simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados, facilidade para obter amostra representativa da população e a não necessidade de seguimento das pessoas.

O estudo descritivo, frequentemente é considerado um estudo que procura determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas.

É importante destacar que, apesar das abordagens descritivas muitas vezes serem tratadas por alguns autores como “menos científicas” e com menor grau de sofisticação analítica do que os demais estudos epidemiológicos, que tratam de análises muitas vezes complexas, as questões teóricas, conceituais e metodológicas implicadas nos estudos descritivos são tão importantes e desafiadoras quanto aquelas relativas a outros tipos de desenhos utilizados nas demais estratégias epidemiológicas.

Com relação às desvantagens desta pesquisa, algumas limitações metodológicas devem ser consideradas. Ao trabalhar com banco de dados secundários, os produtos gerados são afetados pela qualidade do preenchimento do questionário. Os dados obtidos apresentam diferenças nos totais da população para algumas variáveis estudadas com perdas ocorridas no total das informações obtidas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios da Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa que envolve seres humanos para a coleta de dados de fonte primária.

Não foi necessário submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que se trabalhou com dados secundários oficiais.

6 RESULTADOS

Para este estudo foram obtidas informações de 10.291 mulheres com 25 anos ou mais de idade, sendo que 8140 (79,1%) são mulheres negras e 2151 (20,9%) são mulheres brancas.

Quanto às características sociodemográficas das mulheres, foi verificado que o valor de p expressou diferenças proporcionais estatisticamente significantes, demonstrando que há uma maior concentração de mulheres brancas (41,1%) no grupo etário 50 anos e mais, quando comparadas com as negras (33,6%) e aos outros grupos etários e as mulheres negras estão mais concentradas no grupo etário de 35 a 49 anos (35,9%) (tabela 1).

Tabela 1 Características sociodemográficas das mulheres de 25 anos e mais de idade, segundo raça/cor, Bahia, 2008.

Característica	Raça/Cor		valor de p
	Branca n (%)	Negra n (%)	
Grupo etário (em anos)			
25 a 34	570 (26,5)	2481(30,5)	
35 a 49	696 (32,4)	2924(35,9)	0,000
50 e mais	885 (41,1)	2735(33,6)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Composição familiar			
Casal sem filhos	335 (15,6)	1018 (12,5)	
Casal com filhos	1068 (49,6)	4057 (49,8)	0,000
Mãe com filhos	483 (22,4)	2206 (27,1)	
Outros tipos de família	265(12,3)	859 (10,5)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Nível de Instrução*			
Sem instrução	391 (18,2)	1580 (19,5)	
Fundamental	758 (35,3)	3373 (41,5)	0,000
Médio	635 (29,4)	2547 (31,4)	
Superior	363 (29,9)	619 (7,6)	
	2147 (100)	8119 (100)	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Nota: *Nível de instrução mais elevado, inclui curso completo e incompleto.

Os dados referentes à composição familiar, apresentados na tabela 1, apontam que casal com filhos (49,6% brancas; 49,8% negras) é o arranjo predominante entre as mulheres e tem como a segunda forma de composição familiar mães com filhos (22,4% brancas; 27,1% negras), sendo as mulheres negras com o maior percentual nesse arranjo familiar, com as diferenças proporcionais estatisticamente significantes $p < 0,000$. E com relação ao nível de

instrução, os achados mostram que as negras estão mais representadas no nível fundamental (41,5%) e médio (31,4%). Entretanto, é importante destacar que as mulheres negras têm as maiores proporções em todos os níveis de instrução, exceto o nível superior, as brancas superam (29,9%) quase quatro vezes mais (3,9), quando comparadas às negras (7,6%), cujas diferenças foram estatisticamente significantes $p < 0,001$ (tabela 1).

Tabela 2 Características das condições de trabalho e renda das mulheres de 25 anos e mais de idade segundo raça/cor, Bahia, 2008

Característica	Raça/Cor		valor de p
	Branca n (%)	Negra n (%)	
Posição na ocupação no trabalho			
Empregada com carteira assinada	301 (23,4)	1033 (20,22)	0,000
Empregada sem carteira assinada	182 (14,2)	732 (14,3)	
Funcionária pública	186 (10,6)	371 (7,3)	
Trabalhadora doméstica*	115 (8,5)	966 (18,9)	
Não remunerada	129 (10,0)	344 (6,7)	
Autônoma**	422 (32,8)	1662 (32,5)	
	1335 (100)	5108 (100)	
Renda pessoal***			
Inferior a 1 salário mínimo	486 (40,9)	2255 (49,2)	0,000
1 até 3 salário mínimo	466 (39,3)	1944 (42,6)	
3 até 5 salário mínimo	88 (7,4)	185 (4,0)	
5 salários mínimos e mais	147 (12,4)	188 (4,1)	
	1187 (100)	4572 (100)	
Condição de atividade			
Economicamente ativa	1344 (62,5)	5543 (68,1)	0,000
Não economicamente ativa	807 (37,5)	2597 (31,9)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Horas trabalhadas			
Ate 14 horas	121 (10,2)	554 (12,1)	0,157
15 a 39 horas	428 (36,1)	1662 (36,3)	
40 e mais	638 (53,7)	2367 (51,6)	
	1187 (100)	4583 (100)	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Nota: *com e sem carteira assinada; **conta própria, empregadora, trabalhadora para o próprio consumo, ***salário mínimo de referência R\$ 415,00

Sobre as características das condições de trabalho e renda, a tabela 2 apresentou em relação à posição na ocupação do trabalho, a categoria autônoma tem o maior percentual entre as ocupações, tanto para as negras (32,5%) quanto às brancas (32,8). Entretanto, destaca-se que, para a ocupação trabalhadora doméstica, quando comparadas mulheres negras (18,9%) e brancas (8,5%), as negras representaram o dobro (2,2).

Quanto à renda pessoal, as mulheres negras apresentavam maior proporção com menores níveis de renda, (49,2% inferior a 1 salário mínimo, 42,6% 1 a 3 salários) quando comparadas às brancas (40,9% inferior a 1 salário mínimo, 39,6% 1 a 3 salários) com diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p < 0,001$). E as mulheres brancas (12,4%) foram mais representadas entre aquelas que percebem entre 3 a 5 salários e aquelas com 5 salários e mais correspondeu a 3 vezes mais, quando comparadas às negras (4,1%).

Para a condição de atividade, tanto as mulheres brancas (62,5%) quanto as negras (68,1) têm um maior percentual em atividade economicamente ativa, ao se comparar com não economicamente ativa ($p < 0,001$) e as mulheres negras têm um maior percentual quando comparada com as mulheres brancas. No que se refere às horas trabalhadas, os grupos se mostraram proporcionalmente semelhantes, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,157$) (tabela 2).

A tabela 3 caracteriza o estado de saúde e o acesso e utilização dos serviços de saúde. Sobre o estado de saúde auto-referido as mulheres declaram como bom/muito bom (62,9% brancas, 59,8% negras), seguido de regular (30,1% brancas, 33,1% negras) com diferenças proporcionais significantes ($p < 0,000$). E para morbidade auto-referida com os agravos câncer, diabetes, hipertensão, doenças do coração, tuberculose e depressão as mulheres informam, em sua maioria, nenhuma morbidade (66,2% brancas, 68,3% negras) ou somente uma morbidade (24,7% brancas, 23,1% negras) delas, cujas diferenças proporcionais foram estatisticamente significantes ($p < 0,014$).

Em relação às características do acesso e utilização dos serviços de saúde, segundo raça/cor, no que se refere à cobertura de plano de saúde, 31,6% das mulheres brancas tem plano de saúde enquanto que apenas 19,4% das negras estão cobertas (valor de $p < 0,000$). A respeito de consultas médicas 84,5% das mulheres brancas e 82,2% das mulheres negras tiveram consultas nos últimos 12 meses, demonstrando diferenças significativas nas proporções (valor de $p < 0,000$).

Para os números de consultas durante o ano, 17,8% das mulheres negras não tiveram nenhuma consulta, enquanto que as mulheres brancas, 15,5% não realizaram esse procedimento. E ao verificar os dados relativos à realização de mais de 5 consultas, 20,0% das mulheres brancas atingiram esse número e as negras 19,6% (valor de $p < 0,000$). Sobre o serviço de saúde utilizado, 55,9% das mulheres negras utilizam o serviço do posto ou centro de saúde. No entanto, para as mulheres brancas (56,5%) ambulatoriais é o serviço mais utilizado, e para as negras é o serviço de ambulatório (37,8%) é o segundo mais utilizado tendo diferenças proporcionais significativas (valor de $p < 0,000$) (tabela 3).

Tabela 3 Características do estado de saúde e do acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres de 25 anos ou mais segundo raça/cor, Bahia, 2008.

Característica	Raça/Cor		valor de p
	Branca n (%)	Negra n (%)	
Estado de saúde auto-referido			
Bom/muito bom	1354 (62,9)	4865 (59,8)	0,000
Regular	659 (30,6)	2693 (33,1)	
Ruim/muito ruim	138 (6,4)	582 (7,1)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Número de morbidades auto-referida (câncer, diabetes, hipertensão, doenças do coração, tuberculose, depressão)			
Nenhuma	1423 (66,2)	5564 (68,3)	0,014
1	531 (24,7)	1880 (23,1)	
2	154 (7,2)	574 (7,0)	
3 e mais	43 (2,0)	122 (1,5)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Cobertura de plano de saúde			
Sim	679 (31,6)	1580 (19,4)	0,000
Não	1472 (68,4)	6560 (80,6)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Consulta médica (últimos 12 meses)			
Sim	1817 (84,5)	6687 (82,2)	0,000
Não	334 (15,5)	1453 (17,8)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Número de consultas médicas (últimos 12 meses)			
Nenhuma	334 (15,5)	1453 (17,8)	0,000
Ate 2	739 (34,4)	2703 (33,2)	
Mais de 2 ate 5	647 (30,1)	2388 (29,4)	
Mais de 5	431 (20,0)	1596 (19,6)	
	2151 (100)	8140 (100)	
Tipo de serviço de saúde utilizado			
Posto ou centro de saúde	594 (39,4)	2957 (55,9)	0,000
Ambulatórios (consultório de clínica, consultório particular, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato)	853 (56,5)	2000 (37,8)	
Pronto-socorro ou emergência	32 (2,1)	238 (4,5)	
Outros serviços de saúde	31 (2,0)	91 (1,72)	
	1510 (100)	5286 (100)	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Na tabela 4 está apresentada a realização e tipo de serviço de exames preventivos relacionados à saúde das mulheres com 25 anos ou mais de idade. Em referência à realização

de exame clínico das mamas, foi identificado um alto índice de mulheres (57,3% brancas, 61,7% negras) que nunca realizaram o exame. Para o serviço utilizado na realização deste exame, mulheres negras utilizam o SUS (23,3%) foi maior do que as mulheres brancas (15,5%) (valor de $p < 0,000$). Enquanto estas utilizam o plano de saúde em maior proporção (26,8%) quando comparado as mulheres negras (14,7%), verificando-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto à raça/cor (valor de $p < 0,000$). Para a realização do exame preventivo para o câncer de colo de útero, as mulheres negras (44,4%) utilizam, na maioria, os serviços do SUS para a realização deste exame e 31,8% das mulheres brancas utilizam, para o mesmo tipo de exame, o plano de saúde (31,8%) (valor de $p < 0,000$).

Tabela 4 Distribuição da realização e tipo de serviço utilizado para os exames preventivos de saúde das mulheres de 25 anos ou mais de idade segundo raça/cor, Bahia, 2008.

Característica	Raça/Cor		Valor de p
	Branca n (%)	Negra n (%)	
Serviço onde realizou o exame clínico das mamas			
Nunca fez	932 (57,3)	3680 (61,7)	0,000
SUS	252 (15,5)	1392 (23,3)	
Plano de Saúde	436 (26,8)	876 (14,7)	
Ambos	8 (0,5)	16 (0,3)	
Serviço onde realizou a mamografia			
Nunca fez	1143 (67,4)	4499 (71,3)	0,000
SUS	194 (11,5)	1109 (17,6)	
Plano de Saúde	357 (21,1)	681 (10,8)	
Ambos	1 (0,1)	23 (0,3)	
Serviço onde realizou o exame preventivo para o câncer de colo de útero			
Nunca fez	543 (36,8)	1948 (37,2)	0,000
SUS	455 (36,9)	2328 (44,4)	
Plano de Saúde	468 (31,8)	929 (17,7)	
Ambos	8 (0,5)	33 (0,6)	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

As tabelas 5, 6 e 7, apresentam a distribuição proporcional das características sociodemográficas, condições de trabalho e do estado de saúde, estratificadas por raça/cor e o indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde. Sobre o acesso em relação à raça/cor foi observado que para o acesso considerado bom as mulheres brancas representam 15,4%, enquanto que as mulheres negras 7,9% do total e, para o acesso regular, o indicador é representado por mais de 10% das mulheres (11,8% brancas; 13,6% negras). No entanto, no

que se refere ao acesso ruim, as mulheres têm uma alta concentração, chegando a mais de 70% do total (72,8% brancas; 78,6% negras). Em ambos os grupos (18,8% brancas e 10,4% negras), a relação entre o acesso e a distribuição etária mostra que há uma tendência de aumento do acesso com o aumento do grupo etário. Entretanto, as mulheres de 25 a 34 anos (80,4% brancas, 86,5% negras) têm um maior percentual do nível de acesso considerado ruim.

Na composição familiar e no acesso aos serviços de saúde, as mulheres que fazem parte do grupo outros arranjos familiares têm a maior proporção para o acesso considerado bom para ambos os grupos de mulheres (18,1% brancas, 18,1% negras). Na categoria de acesso ruim, as mulheres com filhos (75,4% brancas, 79,2% negras) têm o maior percentual.

A relação entre o acesso, a raça/cor e os níveis de instrução revela redução do acesso entre as mulheres com menores níveis de instrução, pois as mulheres sem instrução 90,6% das mulheres negras e 92,8% das mulheres brancas não acessam o serviço. Em ambos os grupos, o aumento ocorre a partir do nível médio (20,5% brancas, 12,4% negras) e nível superior (41,6% brancas, 17,6% negras).

A relação entre o acesso e a posição na ocupação das mulheres no mercado de trabalho mostra expressivas variações entre os diferentes níveis de ocupação em ambos os grupos. Nos resultados apresentados, é possível perceber que as mulheres que possuem carteira assinada (27,9% brancas, 15% negras) e funcionárias públicas (34,6% brancas, 27,2% negras), o bom acesso concentrou-se em maior proporção nestas categorias, em ambos os grupos. Já entre as trabalhadoras que não têm acesso, tanto para as mulheres negras quanto para as mulheres brancas são as sem carteira assinada (79,7% brancas, 82,6% negras), trabalhadoras domésticas (88,7% brancas, 83,6% negras) e não remuneradas (87,6% brancas, 93,3% negras). Com relação à condição da atividade, a distribuição é semelhante em ambos os grupos de mulheres, sendo as mulheres economicamente ativa (15,8% brancas, 7,7% negras) e não economicamente ativa (14,7% brancas, 8,3% negras) o maior percentual no acesso ruim.

A relação entre os níveis de renda e o acesso aos serviços de saúde é direta, quanto menor a renda menor o acesso. Em ambos os grupos, nota-se uma diminuição no nível do acesso entre aquelas que recebem menos que um salário mínimo (86,2% brancas, 87,3% negras). Entre as brancas, quanto maior os níveis de renda, maior o acesso aos serviços de saúde. Entre as negras há um aumento do acesso entre 1 até 3 salários mínimos e redução nos demais níveis de renda. A relação entre horas trabalhadas e o acesso é semelhante ao padrão apresentado pela renda pessoal, ou seja, quanto maior o número de horas trabalhadas maior o acesso aos serviços de saúde em ambos os grupos.

A relação entre o indicador de acesso e o estado de saúde e o número de morbidades auto-referidas é direta. Quanto melhor o estado de saúde (19,0% brancas, 9,4% negras) e menor o número de morbidades auto-referidas, melhor o acesso (16,2% brancas, 7,1% negras).

Sobre a utilização dos serviços de saúde e acesso aos exames preventivos de saúde, foi identificado que 46,1% das mulheres brancas que têm cobertura de plano de saúde têm um bom acesso aos serviços preventivos; para as mulheres negras a maior proporção de acesso foi identificado em regular (45,1%). Sobre consulta médica, para as mulheres que não realizaram nenhuma consulta durante o ano, tanto para as mulheres negras (99,4%) quanto para as mulheres brancas (98,8%) maior percentual foi no acesso regular. Há uma relação direta em referência aos números de consultas e o acesso aos serviços (25,3% brancas, 13,2% negras).

Em relação aos serviços de saúde utilizados e o acesso aos serviços preventivos, as mulheres brancas têm um bom acesso nos outros serviços de saúde (29,0%) e ambulatoriais (28,7%) e as mulheres negras ambulatoriais (20,8%) e pronto-socorro ou emergência (12,6%). As mulheres (87% brancas, 85,1% negras) tiveram um acesso regular em maior proporção para os centros e postos de saúde.

Tabela 5 Distribuição proporcional das características sociodemográficas estratificadas por raça/cor e pelo indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde, em mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008.

Características Sociodemográficas	Branca			Negra		
	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)	Bom N (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)
Raça/cor	331 (15,4)	254 (11,8)	1566 (72,8)	640 (7,9)	1103 (13,6)	6397 (78,6)
	valor de p< 0,000			valor de p< 0,000		
Grupo etário (em anos)						
25 a 34	43 (7,5)	69 (12,1)	458 (80,4)	93 (3,8)	241 (9,7)	2147 (86,5)
35 a 49	122 (17,5)	93 (13,4)	481 (69,1)	264 (9,0)	473 (16,2)	2187 (74,8)
50 e mais	166 (18,8)	92 (10,4)	627 (60,8)	283 (10,4)	393 (14,4)	2059 (75,3)
	valor de p< 0,000			valor de p< 0,000		
Composição familiar						
Casal sem filhos	53 (15,8)	36 (10,8)	246 (73,4)	92 (15,8)	149 (14,6)	777 (76,3)
Casal com filhos	165 (15,5)	140 (13,1)	763 (71,4)	321 (15,5)	534 (13,2)	3202 (78,9)
Mãe com filhos	65 (13,5)	54 (11,2)	364 (75,4)	143 (13,5)	316 (14,3)	1747 (79,2)
Outros tipos de família	48 (18,1)	24 (9,1)	193 (72,8)	84 (18,1)	108 (12,6)	667 (77,6)
	valor de p<0,328			valor de p<0,021		
Nível de Instrução						
Sem instrução	4 (1,0)	24 (6,2)	363 (92,8)	15 (0,9)	139 (8,8)	1426 (90,6)
Fundamental	46 (6,1)	86 (11,3)	626 (82,6)	132 (3,9)	470 (13,9)	2771 (82,6)
Médio	130 (20,5)	79 (12,4)	426 (67,1)	309 (13,1)	379 (14,9)	1859 (73,0)
Superior	151 (41,6)	64 (17,6)	148 (40,8)	181 (29,2)	116 (18,7)	322 (52,0)
	valor de p<0,000			valor de p<0,000		

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Tabela 6 Distribuição proporcional das características de condições de trabalho e renda estratificadas por raça/cor e pelo indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde, em mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008.

Características das Condições de trabalho e renda	Branca			Negra		
	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)	Bom N (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)
Posição na ocupação no trabalho						
Empregada com carteira assinada	84 (27,9)	50 (16,6)	167 (55,5)	155 (15,0)	194 (18,8)	684 (66,2)
Empregada sem carteira assinada	16 (8,8)	21 (11,5)	145 (79,7)	41 (5,6)	86 (11,7)	605 (82,6)
Funcionária pública	47 (34,6)	19 (14,0)	70 (51,5)	101 (27,2)	53 (14,3)	217 (58,5)
Trabalhadora doméstica	3 (2,6)	10 (8,7)	102 (88,7)	12 (1,3)	146 (15,1)	808 (83,6)
Não remunerada	3 (2,3)	13 (10,1)	113 (87,6)	5 (1,5)	18 (5,2)	321 (93,3)
Autônoma	55 (13,0)	51 (12,1)	316 (74,9)	92 (5,5)	203 (12,1)	1367 (82,3)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	
Condição de atividade						
Economicamente ativa	212 (15,8)	169 (12,6)	963 (71,6)	215 (7,7)	764 (13,8)	4354 (78,5)
Não economicamente ativa	119 (14,7)	85 (10,5)	603 (74,7)	215 (8,3)	343 (13,2)	2039 (78,5)
		valor de $p < 0,249$			valor de $p < 0,529$	
Renda pessoal (em salários mínimos)						
Inferior a 1	19 (3,9)	48 (9,9)	419 (86,2)	46 (2,1)	241 (10,7)	1968 (87,3)
1 ate 3	81 (17,4)	55 (11,8)	330 (70,8)	206 (10,5)	336 (17,2)	1413 (72,3)
3 ate 5	31 (35,2)	24 (27,3)	33 (33,5)	63 (34,1)	28 (15,2)	94 (50,8)
5 e mais	68 (46,3)	25 (17,0)	54 (36,7)	58 (30,9)	30 (16,0)	100 (53,2)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	
Horas trabalhadas						
Ate 14 horas	5 (4,1)	18 (14,9)	98 (81,0)	25 (4,5)	56 (10,1)	473 (85,4)
15 a 39 horas	52 (12,2)	46 (10,7)	330 (77,1)	101 (6,1)	211 (12,7)	1350 (81,2)
40 e mais	142 (22,3)	88 (13,8)	408 (64,0)	247 (10,4)	368 (15,5)	1752 (74,0)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Tabela 7 Distribuição proporcional das características do estado de saúde e da utilização dos serviços estratificadas por raça/cor e pelo indicador de acesso aos serviços preventivos de saúde, em mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008

Características do estado de saúde e da utilização dos serviços de saúde	Branca			Negra		
	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)
Estado de saúde auto-referido						
Bom/muito bom	257 (19,0)	177 (13,1)	920 (67,9)	457 (9,4)	659 (13,5)	3749 (77,1)
Regular	62 (9,4)	59 (8,9)	538 (81,6)	161 (6,0)	362 (13,4)	2170 (80,6)
Ruim/muito ruim	12 (8,7)	18 (13,0)	108 (78,3)	22 (3,8)	86 (14,8)	474 (81,4)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	
Número de morbidades auto-referidas						
Nenhuma	231 (69,8)	168 (11,8)	1024 (72,0)	397 (7,1)	706 (12,7)	4461 (80,2)
1	76 (23,0)	61 (11,5)	394 (74,2)	178 (9,5)	275 (14,6)	1427 (75,9)
2	20 (6,0)	21 (13,6)	113 (73,3)	50 (8,7)	104 (18,1)	420 (73,2)
3 e mais	4 (1,2)	4 (9,3)	35 (81,4)	15 (12,3)	22 (18,1)	85 (69,7)
		valor de $p < 0,662$			valor de $p < 0,000$	
Cobertura de plano de saúde						
Sim	313 (46,1)	111 (37,6)	255 (16,4)	595 (37,7)	273 (45,1)	712 (17,3)
Não	18 (1,2)	143 (89,1)	1311 (9,7)	45 (0,7)	834 (86,6)	5681 (12,7)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	
Número de consultas médicas (últimos 12 meses)						
Nenhuma	1 (0,3)	3 (98,8)	330 (0,9)	1 (0,1)	8 (99,4)	1444 (0,6)
Até 2	89 (12,0)	89 (75,9)	561 (12,0)	187 (6,9)	343 (75,9)	2173 (12,7)
Mais de 2 até 5	132 (20,4)	90 (65,7)	425 (13,9)	241 (10,1)	447 (65,7)	1700 (18,7)
Mais de 5	109 (25,3)	72 (58,0)	250 (16,7)	211 (13,2)	309 (58,0)	1076 (19,4)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	
Tipo de serviço de saúde utilizado						
Posto ou centro de saúde	7 (1,2)	70 (87,0)	517 (11,8)	24 (0,8)	417 (85,1)	2516 (14,1)
Ambulatórios	245 (28,7)	103 (59,2)	505 (12,1)	415 (20,8)	270 (65,7)	1315 (13,5)
Pronto-socorro ou emergência	5 (15,6)	2 (78,1)	25 (2,4)	30 (12,6)	33 (73,5)	175 (13,9)
Outros serviços de saúde	9 (29,0)	5 (54,8)	17 (16,1)	9 (9,9)	7 (82,4)	75 (7,7)
		valor de $p < 0,000$			valor de $p < 0,000$	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para análise da descrição entre raça/cor e acesso aos serviços de saúde, este capítulo será subdividido em três temas.

7.1 DESIGUALDADES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES NEGRAS E BRANCAS

Para medir as desigualdades sociais são utilizados os indicadores relacionados à distribuição das riquezas sociais, como renda, nível de instrução, sendo os mais representados para descrever as desigualdades de uma população.

As características sociodemográficas das mulheres acima de 25 anos no estado da Bahia, são majoritariamente negra, com renda mensal que varia de menos que um a três salários mínimos, economicamente ativas e com nível de instrução fundamental e médio.

O acesso à educação relaciona-se diretamente com a qualificação para o trabalho e amplia as chances de competir por uma melhor inserção no mercado de trabalho, pois o investimento em educação é uma das dimensões fundamentais para combater a exclusão e assegurar a mobilidade social (MOTTA; FAHEL; PIMENTEL, 2008).

Considera-se que as desigualdades nessas áreas se refletem no acesso aos bens de serviços, como saúde, educação, ocupação no mercado de trabalho e moradia. E quando se analisam as desigualdades raciais e de gênero, verifica-se que existe uma população específica que é mais atingida refletindo as disparidades sociais.

Os dados deste estudo sobre os aspectos sociodemográficos não difere de outros achados em pesquisas realizadas em âmbito nacional e em outras regiões do país, no entanto reforça e identifica a situação de desvantagem que as mulheres negras vivem, sobre a mediação das desigualdades que são estruturadas pelo racismo.

Dessa forma, o estudo apresentou que as mulheres negras no Estado da Bahia têm os maiores percentuais nos indicadores de menor renda, menor nível de instrução e, com isso, a ocupação no mercado de trabalho também é menos favoráveis, representando os indicadores que poderiam ser chamados de negativos, restringindo possibilidades de ascensão dessas mulheres.

Os indicadores sociais se relacionam, e neste caso, renda e nível de instrução, que são determinantes macrossociais e estruturam a condição socioeconômica da população,

sinalizam para uma ampliação de oportunidades, no que se refere, principalmente, à ocupação no mercado de trabalho.

Sobre renda pessoal das mulheres, o estudo apresentou que estão concentradas em menos que um salário mínimo até 3 salários, no entanto quando se refere a 5 salários mínimos ou mais, as mulheres brancas representam três vezes mais, quando comparada às negras. Os dados demonstram o reflexo das desigualdades de gênero e o impacto das disparidades raciais, pois acesso a melhores posições no mercado de trabalho podem resultar em uma melhor renda. O estudo demonstra os fatores relacionados renda e condição na ocupação do mercado, as mulheres negras representam duas vezes mais que as mulheres brancas como trabalhadora doméstica, enquanto que as mulheres brancas aparecem em maior percentual como funcionária pública.

A população negra se insere no mercado de trabalho de forma mais precária quando comparada à população branca, conseqüentemente, as mulheres negras sofrem esse impacto, pois as desigualdades sociais agregadas às desigualdades raciais e às de gênero contribuem para a construção de uma hierarquia que se repete em praticamente todos os indicadores sociais e econômicos com os homens e brancos que estão, em geral, em melhores condições de inserção no mercado de trabalho do que mulheres e negros.

Para Rosa (2009), os processos discriminatórios operam para restringir as oportunidades sociais de diversos grupos populacionais. E os dados são irrefutáveis, quando demonstram os efeitos desses processos na produção, na reprodução e, muitas vezes, no agravamento das desigualdades entre homens e mulheres, negros e brancos.

Uma das principais variáveis para a apreensão das desigualdades socioeconômicas é a diferença de renda, pois, em 2007, a renda média da ocupação principal de uma mulher negra no Brasil era de aproximadamente R\$ 436,00, aproximadamente 2,92 vezes menos que a de um homem branco para o mesmo ano (ROSA, 2009).

Os estudos de Paixão e Carvano (2008) demonstram a diferença de rendimento entre as mulheres no Brasil, de 2003 a 2006, sendo que essas diferenças estão em queda, mulheres brancas e negras, de 96,4%, para 91,8%, no entanto as assimetrias ainda persistem.

De acordo com Rosa (2009), em seu estudo sobre as desigualdades socioeconômicas e de pobreza existe uma sobrerrepresentação de mulheres e homens negros nos estratos inferiores da sociedade. Ao mesmo tempo também se observa que os processos discriminatórios se movimentam de forma não homogênea e hierarquizada, atualizando-se permanentemente, toda vez que se depara com corpos diferenciados pela raça e pelo sexo.

Para o nível de instrução, foi evidenciado no estudo que no nível superior as mulheres brancas são quase quatro vezes mais que as mulheres negras nesta mesma categoria. Este dado reflete as disparidades que ainda persistem devido ao processo histórico de discriminações raciais e de gênero que estruturam a sociedade, a falta de acesso a níveis mais elevados na educação reduz a oportunidade das mulheres negras no mercado de trabalho mais qualificado impactando também na sua renda.

É importante destacar que houve a implantação da política de ações afirmativas para o acesso ao ensino superior, ocorrido ao longo da década de 1990 e primeira de 2000, no entanto, essa política ainda não conseguiu garantir a equidade nas oportunidades no acesso entre negros e brancos ao ensino superior.

De acordo com Paixão et al (2011), com a adoção dessa política, esperava-se um aumento mais acentuado da taxa bruta da escolaridade em 2008, comparativamente às taxas registradas em 2006. Isso porque, no ano de 2006, no nível nacional, a taxa de escolaridade no ensino superior para os brancos foi de 30,7% e os negros chegaram a 12,1%, e no intervalo desses dois anos, o indicador avançou 5,1 pontos percentuais e, entre os negros, 4,3 pontos percentuais.

De acordo com Pinheiro et al (2008) , os indicadores educacionais, ainda que na média, evidenciem uma situação superioridade da participação feminina, quando se desagrega para outras dimensões como raça, geração e local de moradia, a situação pode se inverter.

Os dados demonstram que as mulheres negras vivem situações de vulnerabilidades com interseccionalidades de gênero, raça e classe social, que trabalham no sentido de aprofundar as desigualdades e impedir o acesso dos direitos sociais.

Em 1993, a taxa de analfabetismo para o homem branco de 15 anos ou mais era de 9,2%, caindo para 5,9% em 2007. Entre as mulheres de 15 anos ou mais, a taxa de analfabetismo para as brancas era de 10,8%, em 1993, enquanto que para as negras era de 24,9% após quinze anos, estes percentuais caíram 6,3% e 13,7%, respectivamente (PINHEIRO et al, 2008).

De acordo com os dados da PNAD/IBGE, 2007 o trabalho doméstico é a principal ocupação feminina, respondendo por 16,4% do trabalho das mulheres, sendo 21,4% das mulheres negras e 12,1% entre as mulheres brancas. O trabalho doméstico está, no entanto, entre as ocupações mais precárias, com níveis de remuneração muito baixos, com más condições de trabalho e altos riscos à saúde e integridade física das trabalhadoras (SANCHES, 2009).

Em relação à composição familiar, o estudo demonstrou que o modelo considerado hegemônico, composto por casal com filhos, ainda lidera os tipos de arranjos familiares, no entanto, tem a composição mulher com filho a segunda forma do arranjo, demonstrando o mesmo cenário que os dados nacionais.

Para Pinheiro, Galiza e Fontoura (2009), a sociedade brasileira vem passando por importantes mudanças em sua estrutura, pois há uma permanente queda da hegemonia do modelo de família formada por casal com filhos ao longo do tempo. Isso acontece devido ao mercado de trabalho que vem aumentando cada vez mais a participação das mulheres, desenhando assim o novo cenário social os brasileiros vivem mais, têm menos filhos e a sociedade é cada vez mais urbana.

É importante destacar a composição familiar formada por mulheres com filho, o estudo verificou que, para este arranjo, as mulheres negras têm um percentual maior que as mulheres brancas, e que não difere do cenário nacional, pois quando se compara população branca (14,3%) e negra (17,7%), as mulheres negras têm a proporção maior de mulheres chefiando domicílios, principalmente com filhos (IPEA, 2011).

Há um aumento das famílias que têm mulheres como as responsáveis pelo domicílio no país. Este aumento se deu tanto nas famílias com chefia de mulheres brancas como nas de mulheres negras. Em 1993, cerca de 20% dos domicílios eram chefiados por mulheres, enquanto que, em 2004, essa proporção cresce para quase 27% (SOARES; PINHEIRO, 2006).

Vários são os fatores promotores desta situação, como crescimento do número de divórcios e separações, a maior expectativa de vida das mulheres, o crescimento no número de jovens mães solteiras e a entrada das mulheres no mercado de trabalho são alguns dos fatores que podem explicar esse novo arranjo familiar que se instala no Brasil.

Os estudos sobre desigualdades socioeconômicas e demográficas evidenciam que, apesar da redução das assimetrias raciais, as mulheres negras, em alguma medida, estão expostas e vulneráveis aos processos de discriminatórios e de preconceito sobre a élide da raça e cor.

7.2 DETERMINANTES SOCIAIS NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES NEGRAS E BRANCAS

Os determinantes sociais da saúde estão estruturados em camadas, de acordo com o modelo da determinação social, influenciando no processo saúde-doença, no acesso e utilização de serviços de saúde da população, de acordo com as suas características individuais.

O nível de instrução e renda pessoal e são considerados macrodeterminantes, sendo caracterizado pelas condições econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade. No estudo pode ser identificado que as características sociodemográficas influenciam no acesso das mulheres aos exames preventivos de saúde, pois quanto melhor a renda, o nível de instrução e ocupação no mercado de trabalho, melhor o acesso.

Fatores associados às desigualdades de gênero, raça e geração determinam as disparidades sociais, hierarquizando o acesso aos serviços de saúde, por meio das diferentes características individuais pautadas pelas relações sociais.

O fator idade também é determinante sobre o acesso aos exames preventivos de saúde, pois o estudo demonstrou que há um gradiente, quanto maior a idade melhor o acesso. No entanto, ao ser analisado por raça/cor, as mulheres negras com 50 anos ou mais têm o acesso prejudicado, quando comparado com as mulheres brancas.

De acordo com Bairros, Meneghel e Olinto (2008), as mulheres negras mais velhas tornam-se ainda mais vulneráveis socialmente, pois, com mais de 40 anos de idade, elas têm maior probabilidade de não ter realizado exame citopatológico ou estarem com o exame em atraso.

As mulheres com nível de instrução mais elevado têm um melhor acesso aos serviços preventivos de saúde, sendo uma relação direta, quanto maior o nível de instrução, melhor acesso. E, neste caso, as mulheres brancas têm o maior percentual, quando comparadas às mulheres negras.

De acordo com Batista (2002), o acesso aos serviços e cuidados com a saúde são afetados pelo grau de instrução das pessoas, pois a escolaridade é importante para a saúde, nutrição e manutenção de cuidados apropriados, como a alimentação, a higiene e o manejo da enfermidade.

As dificuldades encontradas por pretos e pardos no sistema educacional no Estado de São Paulo não diferem das encontradas em outras partes do Brasil, sendo possível estabelecer

uma correlação entre a cor e o analfabetismo, repetência, evasão escolar e condições de vida, sempre com piores condições para os pretos (BATISTA, 2002).

Um estudo realizado com as PNADs de 1998 e 2003 demonstrou que as pessoas de maior renda e escolaridade apresentaram probabilidade maior de ter realizado consulta, quando comparado com as pessoas sem escolaridade e renda mais baixa. Sendo que, quanto mais alta a renda e a escolaridade, maior será a probabilidade do indivíduo ter consultado médico nos últimos doze meses (MOTTA; FAHEL; PIMENTEL, 2008).

O nível de instrução e renda, por serem aspectos socioeconômicos que determinam as condições de vida de uma população e, neste caso, por ter uma sociedade estruturada pelas desigualdades raciais, as mulheres negras tendem a estar em maior exposição sobre o aspecto de um acesso desqualificado aos serviços de saúde.

Em relação à posição na ocupação do mercado de trabalho, o estudo evidenciou que as mulheres que são funcionárias públicas têm um melhor acesso aos serviços preventivos de saúde. Isso pode ser explicado pelo fato de que essas mulheres têm acesso à cobertura de plano de saúde garantindo o acesso aos serviços.

Para Rodrigues (2009), que realizou um estudo em Salvador, ficou demonstrado que as mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto, que são, na maioria, negras, possuem, em grande parte, baixos indicadores socioeconômicos, atestado pela evidência de a maioria possuir renda de até dois salários mínimos, exercer atividade sem remuneração e ter, em média, 9,62 anos de estudo.

Um estudo sobre acesso aos exames de detecção precoce para saúde da mulher na Região Sul do Brasil observou quanto às características socioeconômicas, 56% das mulheres negras apresentaram menos do que oito anos de escolaridade, 45% pertenciam às classes D e E e 89% viviam com renda familiar *per capita* menor ou igual a três salários mínimos (BAIRROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008).

De acordo com Leal et al (2005), nos serviços de saúde as mulheres também se diferenciam, segundo o grau de instrução e cor da pele no pré-natal, as mulheres negras com menor nível de instrução tiveram menor acesso à atenção adequada, de acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, não há como deixar de constatar que na sociedade há dois níveis de discriminação: a educacional e a racial, que invadem a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde.

Lopes, Buchalla, Ayres (2007), no estudo sobre *Mulheres negras e não negras e vulnerabilidades ao HIV/Aids no Estado de São Paulo*, descrevem que as mulheres negras

entrevistadas eram detentoras de pior status socioeconômico, seja na escolaridade, no rendimento ou nas condições de moradia.

Batista (2002) descreve que o menor acesso aos bens e ao consumo social, menor escolaridade e a dificuldade de inserção da população negra no mercado de trabalho ajudam entender porque a população negra possui os piores indicadores de mortalidade, principalmente quando as causas ou os fatores diretamente ligados à morte têm relação com as condições de vida, acesso aos serviços de saúde, e qualidade da atenção.

Ao agregar as desigualdades sociodemográficas e raciais, as mulheres negras ficam mais expostas às iniquidades em saúde, o que causa prejuízo no processo saúde-doença, impactando nas condições de vida.

7.3 DESIGUALDADES RACIAIS COMO DETERMINANTE SOCIAL NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PREVENTIVOS DE SAÚDE DA MULHER

O estudo demonstrou que as condições sociodemográficas são determinantes para o acesso aos serviços preventivos de saúde, no entanto, para as mulheres negras, a situação é sempre desfavorável, mesmo quando estão alinhadas com as mulheres brancas, em relação a melhores rendas, níveis de instrução e ocupação no mercado de trabalho.

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 o acesso qualificado.

Neste estudo foi identificado que as mulheres negras acessam menos todos os serviços preventivos de saúde, ao se comparar com as mulheres brancas, e tem um maior percentual de falta acesso para o exame clínico das mamas, um exame de conduta preventiva, que pode ser realizado por um/a médico/a ou enfermeira/o, simples e de baixo custo, podendo reduzir, em cerca de 80%, a mortalidade por câncer de mama

O diagnóstico tardio tem impactado nos coeficientes de mortalidade que continuam elevados no Brasil, pois o câncer de mama é diagnosticado tardiamente no Brasil. Em cerca de 60% dos casos, a detecção precoce aumenta consideravelmente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres.

No Brasil, constata-se que a proporção de mulheres que nunca realizaram o exame clínico de mamas, de acordo com o Relatório Anual das Desigualdades Raciais, no ano de 2008 é de 29,8% das mulheres acima de 25 anos ou mais de idade que nunca realizaram esse exame ao longo de sua vida. Ao desagregar por raça/cor, verificou-se que, entre as mulheres brancas, era de 22,9% e das mulheres negras 37,5% (PAIXÃO; et al, 2011). Estes dados demonstram as assimetrias raciais na realização do exame no País, e que não difere dos estudos locais.

O estudo demonstrou que mais de 70% das mulheres brancas e negras têm o acesso aos serviços preventivos de saúde prejudicados, no entanto, as mulheres negras são as que mais sofrem esse impacto, evidenciando as desigualdades raciais no acesso aos serviços preventivos de saúde das mulheres.

O que pode ser evidenciado a partir deste estudo é que as mulheres tem um alto índice de morbimortalidade para o câncer de colo de útero e de mama devido a falta de acesso aos serviços preventivos de saúde associado a fatores como predisposição e a qualidade de vida.

De acordo com a pesquisa realizada com os dados da PNAD 2008 sobre a realização de consultas médicas ao longo do ano, ao desagregar a população feminina por raça/cor nas regiões do Brasil, é na região Sul onde se identifica as maiores assimetrias, pois 77% das mulheres brancas realizaram consulta médica ao longo do ano, enquanto que as mulheres negras o apurado foi de 74,1%, com uma diferença de 3,7 pontos percentuais (PAIXÃO et al, 2011).

O acesso aos serviços de saúde é um direito fundamental a todas de pessoas, no entanto o racismo institucional funciona como impeditivo na execução desse direito, várias autoras (BARBOSA, 2004; LOPES, 2004; BAIROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008) descrevem que as mulheres negras têm um acesso diferenciado aos serviços de saúde, o que prejudica a sua forma de viver, adoecer e morrer.

Para o ano de 2008, no Brasil, os dados com a PNAD demonstraram que os postos ou centros de saúde como o local mais procurado pela população brasileira, tanto para negros (64,5%), quanto para brancos (49,4%). No entanto, sobre os consultórios particulares, este é o serviço de saúde mais procurado pelos brancos (27,3%), quando comparado com os negros (10,9%), chegando a ser 2,5 vezes superior (PAIXÃO et al, 2011).

O estudo demonstrou que a cobertura de plano de saúde oportuniza às mulheres o melhor acesso aos serviços preventivos, no entanto, são as mulheres brancas que utilizam em maior proporção a cobertura do plano para o acesso aos serviços preventivos, pois as

mulheres negras utilizam em maior proporção o Sistema Único de Saúde para acessar os serviços de saúde.

O estudo sobre demografia e saúde descreveu que 73% da população feminina brasileira, em idade fértil, não possuíam plano de saúde ou convênio, sendo esta população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). E, ao analisar, por diferenciais de raça e cor da pele, observou-se que 80% são mulheres negras, em contraste com 64% correspondentes às mulheres brancas (BRASIL, 2009a).

Muitas pesquisas sobre o acesso e utilização dos planos privados de assistência à saúde apontam para a disparidade social acrescida das discrepâncias raciais. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que a população negra atinge rendimentos menores que a população branca, o que restringe o acesso aos planos privados de saúde (PINHEIRO et al, 2008).

O racismo é um determinante social para as condições de acesso aos serviços de saúde e ao entrecruzar-se com outras manifestações, como gênero, classe e geração, funciona como eixo estruturante e mediador das outras desigualdades.

Isso ocorre devido ao fato de que as desigualdades raciais, manifestadas no racismo institucional, submetem as mulheres negras à situação desfavorável, no que se refere ao acesso aos serviços, pois são elas as que mais utilizam os serviços públicos de saúde, no entanto, são as que menos acessam os serviços de forma integral e igualitária.

8 CONCLUSÕES

De modo geral conclui-se que as desigualdades sociodemográficas impactam nas condições de vida das mulheres, principalmente no que se refere ao acesso à educação e posição no mercado de trabalho e renda, no entanto, as mulheres negras têm essa situação mais agravada, pois as desigualdades raciais contribuem para esse cenário.

Ainda que levando em consideração que os determinantes sociais influenciam o acesso das mulheres aos serviços preventivos de saúde, o estudo demonstrou que mesmo as mulheres com melhor renda, nível de instrução e ocupação no mercado de trabalho, em alguma medida, são prejudicadas, pela falta de acesso a esses exames, o que, neste sentido, pode ser identificado que políticas de atenção à saúde das mulheres não estão sendo suficientemente implementadas nos serviços de saúde.

Ao evidenciar sobre indicadores os sociais, estudos atestam que há uma relação direta no processo saúde e doença e no acesso aos serviços de saúde, pois ascensão no mercado de trabalho e melhor renda possibilitam um melhor acesso aos serviços, pois nas características de saúde, as mulheres negras utilizam mais os serviços públicos de saúde, enquanto que as mulheres brancas utilizam planos de saúde, oportunizando, dessa forma, maior garantia do acesso integral aos serviços de saúde.

Apesar do sistema público de saúde (SUS) ser universal, igualitário e equânime, com garantia constitucional conferida a todas/os as/os cidadãs(os) brasileiras(os), independentemente de sua cor/raça, sexo ou qualquer outra característica, a sua aplicabilidade ideal ainda está distante, devido a vários fatores de contextos históricos, culturais e políticos.

Em relação ao acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres, pode ser destacado o exame clínico das mamas, que tanto as mulheres negras quantas as brancas têm uma mais de 50% sobre a não realização deste exame, considerando que é um exame de baixa complexidade, podendo ser realizado por enfermeira ou médica(o). Dessa forma, a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) fica prejudicada se as ações básicas e fundamentais para a saúde das mulheres não são realizadas pelos/as profissionais de saúde.

Esta análise evidencia que as mulheres não têm nas consultas com os profissionais de saúde a realização de uma consulta integral para a detecção precoce do câncer de mama, impactando nos altos índices de morbimortalidade para esta doença.

Nesse contexto, as desigualdades raciais na saúde são identificadas no estudo, pois as mulheres brancas sempre estão em situação de vantagens, quando comparada às mulheres negras, em relação ao acesso aos serviços preventivos de saúde.

Em relação ao acesso universal aos serviços de saúde, os estudos demonstram que existem determinados grupos populacionais com o acesso integral facilitado, em detrimento de outros. Em especial, neste caso, destacam-se as diferenças de acesso entre as mulheres negras e brancas

O estudo evidenciou que, em alguma medida, o racismo e as desigualdades raciais surgem como barreiras no acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras. E que as desigualdades raciais são determinantes sociais na saúde, que impactam nas condições de vida e no processo de adoecimento.

O estudo também conclui que, apesar de políticas para a promoção da igualdade racial e para as mulheres e no enfrentamento ao racismo institucional nos serviços públicos, tem se ampliado nos últimos dez anos em todo o País.

As desigualdades ainda persistem nas estruturas sociais, no acesso aos serviços de saúde, gerando reflexo nas condições de vida das mulheres negras do estado da Bahia, entretanto, deve-se considerar que as desigualdades raciais no Brasil, durante muito tempo, foi invisibilizada pelo mito da democracia racial, até o momento em que começou a haver o reconhecimento pelo estado da existência do racismo no País. Desde então, políticas de ações afirmativas estão sendo implantadas/implementadas no campo da saúde, educação, mercado de trabalho, entre outros, para a redução dessas desigualdades.

Há a necessidade da implementação de políticas públicas com as intersecções de raça e gênero, para que as mulheres tenham o acesso integral à saúde em todos os aspectos, pois é fundamental ter olhar sobre a diversidade e as intersecções em que todas as mulheres estão inseridas.

Estudos que abordem os aspectos de raça e gênero na saúde, como categoria analítica são importantes e necessários, pois o processo de exclusão e invisibilidade das mulheres e da população negra interfere na saúde, na medida em que afeta a integridade física e social, assim com o entendimento e o reconhecimento histórico e político que as mulheres e a população negra vivem dentro dessa organização social, determinando as condições de vida e o processo adoecimento.

É relevante que a enfermagem, por meio de pesquisas acadêmicas, insira temáticas sobre as desigualdades raciais na saúde, pois a enfermagem cumpre um papel fundamental para a redução das desigualdades na saúde, no entendimento de que a enfermeira tem em sua

formação o ensinamento no processo do cuidado integral, o olhar para a pessoa na sua integralidade sobre os aspectos físico, biológico, social e cultural.

O reconhecimento da enfermagem sobre as desigualdades raciais e de gênero na estrutura social, torna-se necessário para que a enfermagem possa assumir a politicidade na saúde, com engajamento na transformação social com participações nas formulações das políticas de saúde, com foco na diversidade e nas interseccionalidade de gênero, raça, classe social, geração e orientação sexual.

Dessa forma, a enfermagem tem um papel fundamental na superação das desigualdades raciais e de gênero, nas ações individuais e do cuidado e na participação em conselhos de saúde, nas entidades profissionais e nos espaços comunitários e políticos.

Por fim, este estudo tem como propósito evidenciar as desigualdades raciais na saúde das mulheres, que impedem o acesso igualitário aos serviços de saúde, mas também apontar as possibilidades de mudanças de práticas dos serviços de saúde, que estão estruturadas a partir do racismo institucional, para que as mulheres possam ter acesso aos serviços preventivos de saúde, como é garantido no Sistema de Saúde do País, como um sistema equânime, igualitário e universal.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de C.F.; ALVARENGA, Augusta Thereza de; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Quesito cor no sistema de informação em saúde. **Estud. av.**, São Paulo, v. 18, n. 50, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100011&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0103-40142004000100011.

BAHIA. Secretaria de Promoção da Igualdade. **II Plano Estadual de Políticas para as Mulheres**. Bahia, 2009.

BAIROS, Fernanda Souza de; MENEGHEL, Stela Nazareth; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(2):123-153, abr-jun 2008.

BAIROS, Luiza. Nossos Feminismos revisitados. **Estudos Feministas**. vol.3, n.2, p.458-463. 1995.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.

BARBOSA. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do “quarto do despejo”. **Jornal da Rede Saúde**. n. 23, Março, 2001.

BATISTA, Luís Eduardo. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte** [tese]. Araraquara (SP): Universidade Estadual Paulista; 2002.

BATISTA, Luiz Eduardo. ESCUDER, M. Mercedes L. Medindo desigualdade na saúde. **Boletim Epidemiológico Paulista**. abr, ano 2, n. 16, 2005.

BERNARDINO, Joaze. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estud. afro-asiát.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-546X2002000200002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 04 jul. 2010. doi: 10.1590/S0101-546X2002000200002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Brasília, 2004.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Artigo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out., 1998. Disponível em: http://www.planato.gov.br/ccivil_03/Constituicao.htm. Acesso em 20 de junho de 2010.

_____. Fundação Cultural Palmares. **Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e a Intolerância Correlata**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras.** Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes.** Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em Saúde.** Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Subsídios para o debate sobre a política nacional de saúde da população negra: Uma questão de equidade.** Brasília, 2001a.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 03 jun. 2011.

CARNEIRO, Sueli. Raça e etnia no contexto de Beijing. In: WERNECK, Jurema. MENDONÇA, Maísa. WHITE, Evelyn C. (org). **O livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe.** 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.

CHALHOUB S. Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte Imperial. São Paulo: Companhia das letras, 1996.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abril, 2008. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 26.05.2011.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. **Controle Social: uma questão de cidadania, saúde é assunto de mulheres.** Rede Feminista de Saúde. 2. Ed. 2002.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, vol.10, n.1, p.171-188. 2002.

CRUZ, Isabel C. Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2004; 38 (4): 448-57.

DAHIA, Sandra Leal de Melo. A mediação do riso na expressão e consolidação do racismo no Brasil. **Soc. estado.** Brasília, v. 23, n. 3, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922008000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jul. 2010. doi: 10.1590/S0102-69922008000300007.

FONSECA, Maria Godoy S. da. Gênero e saúde-doença: uma leitura do processo saúde-doença das mulheres. In: FERNANDES, Rosa Aurea Q.; NARCHI, Nádia Zanon (orgs.). **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Preconceito de cor e racismo no Brasil. **Rev. Antropol.** São Paulo, v.47, n.1, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012004000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jul. 2010. doi: 10.1590/S0034-77012004000100001.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad. Saúde Pública** [online] vol.23, n.2, 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.

IANNI, Octavio. Dialética das relações raciais. **Estud. av.**, São Paulo, v. 18, n.50, abr. 2004. Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 jul. 2010. doi: 10.1590/S0103-40142004000100003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos e pesquisa: Informação demográfica e socioeconômica**, n. 21, Rio de Janeiro, 2007.

_____. Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos e pesquisa: Informação demográfica e socioeconômica**, n. 23, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) 2008**. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em: jul. 2010.

JACCOUD, Luciana. Racismo e República: O debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, Mario (org). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil, 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008.

JANNUZZI, Paulo. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes e aplicações**. Campinas: Alínea/PUC-Campinas, 2008.

JONES, Camara Phyllis. Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale. **American Journal of Public Health**. August, Vol. 90, No. 8, 2000.

LAKATOS, EM; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. São. Paulo: Atlas, 2010.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, 2005.

LEMOS, Oliveira. A face negra do feminismo: problemas e perspectivas. In: WERNECK, Jurema. MENDONÇA, Maísa. WHITE, Evelyn C. (org). **O livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional da Saúde da População Negra**. Brasília, 2004.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, Jose Ricardo C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública**.41(Supl. 2):39-46; 2007.

LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. Mulheres jovens negras e vulnerabilidade ao HIV/ Aids: O lugar do Racismo. In: TAQUETTE, Stella R. (org) **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009.

MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: Um debate sobre o pensamento higienista no Brasil do século XIX. MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio. **Etnicidade na America Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MALTA, Deborah C. et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**,11(supl 1): 159-67, 2008

MOTA, Eduardo. Inquéritos populacionais integrados ao Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4):870-886, 2006.

MOTTA, Carolina Portugal Gonçalves da; FAHEL, Murilo Cassio Xavier, PIMENTEL, Eduardo Caldeira. **Desigualdades no acesso aos serviços de saúde da população ocupada: uma análise a partir dos dados das PNADS 1998 e 2003**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú - MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

OLINTO, M. T. A. & OLINTO, B. A. Raça e Desigualdades entre mulheres, um exemplo no extremo sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(4):1137-1142, out-dez, 2000.

OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e consequências opressivas do discurso nacional sobre raças. **Estud. psicol**, Natal, v.10, n.2, Aug. 2005.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra**. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Brasília, 2002.

PAIXÃO, Marcelo J. P. **Desenvolvimento Humano e relações raciais**. Rio de Janeiro, DP&A. 2003

_____. **Manifesto Anti-racista: Idéias em prol de uma utopia chamada Brasil**. Rio de Janeiro: DP&A; LPP/UERJ, 2006.

PAIXÃO, Marcelo et al. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil, 2009 – 2010**: Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor e raça. Garamond Universitária. Vol 2, Rio de Janeiro, 2011.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luiz M. **Relatorio das Desigualdades Raciais no Brasil, 2007 – 2008**. Garamond Universitária, Rio de Janeiro, 2008.

PENA, Sérgio D. J.. Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Aug.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva**. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2000. Disponível<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/rept14_2.pdf>

PINHEIRO, Luana et al. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. 3ª Ed. Brasília: IPEA: SPM: UNIFEM, 2008.

PINHEIRO, Luana; GALIZA, Marcelo; FONTOURA, Natália. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Rev. Estud. Fem.** vol.17, n.3, pp. 851-859, 2009.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **População negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde**. Atlas Racial Brasileiro, Brasília: PNUD: CEDEPLAR, 2004.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras: uma trajetória de criatividade, determinação e organização. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, dez. 2008. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300017&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 04 jul. 2010. doi: 10.1590/S0104-026X2008000300017.

RODRIGUES, Quessia Paz. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2009.

RODRIGUES, Quessia Paz; DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do sistema único de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; 19(2):242-8. 2011.

ROSA, Waldemir. Sexo e cor: categorias de controle social e reprodução das desigualdades socioeconômicas no brasil. **Rev. Estud. Fem.**, vol.17, n.3, pp. 889-899, 2009.

ROUQUAYROL, Zélia; ALMEIDA, Naomar Filho. **Epidemiologia e Saúde**, 6ª edição, 2003.

SANCHES, Solange. Trabalho doméstico: desafios para o trabalho decente. *Rev. Estud. Fem*, vol.17, n.3, pp. 879-888. 2009.

SANTIAGO, Alynne da C. et al. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 42(4):798-803, 2008.

SANTOS, Sony Maria; GUIMARÃES, Maria José B.; ARAÚJO, Thalia V. B. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres negras adultas no Recife 20001 a 2003. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, ano 2, vol. 16, maio/ago 2007.

SCHWARCZ, Lilia. As faculdades de medicina ou como sanar um país doente. In: _____. **O Espetáculo das Raças**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, Adailton et al. Entre o racismo e a desigualdade: da constituição à promoção de uma política de Igualdade Racial (1988-2008). In: JACCOUD, Luciana (org). **A construção de uma política de Promoção da Igualdade Racial: uma análise dos últimos 20 anos**. Brasília: IPEA, 2009.

SIMONETTI, Cecília. SOUZA, Lena. ARAÚJO, Maria Jose de Oliveira. **A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana**. IMAIS (org). Salvador, 2008.

SOARES, Sergei. A trajetória da desigualdade: A evolução da renda relativa dos negros no Brasil. In: THEODORO, Mário (org). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil, 120 anos após abolição**. Brasília: IPEA, 2008.

SOARES, Vera. PINHEIRO, Luana Simões. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. 2ª Ed. Brasília: IPEA: UNIFEM, 2004.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na America Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):607-621, 2002.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995. FROSSAD, Heloísa (org). **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

WERNECK, J. O Belo ou o Puro?: Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In Rotania, A. A & Werneck, J. (Org). **Sob o Signo das Bios: vozes críticas da sociedade civil**. Vol. 1. R.J.: E-papers Serviços Editoriais, 2004

_____. AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Rede Saúde*. n. 23, Março, 2001.