



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

AMANDA DOS SANTOS SILVA

**A ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL E
CONTRIBUIÇÕES PARA O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS
DAS GESTANTES NEGRAS**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lucélia Luiz Pereira

Brasília, Novembro de 2017

Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

AMANDA DOS SANTOS SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Lucélia Luiz Pereira.

Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

AMANDA DOS SANTOS SILVA

**A ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL NO PRÉ-NATAL E
CONTRIBUIÇÕES PARA O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DAS
GESTANTES NEGRAS**

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Lucélia Luiz Pereira – (SER/UnB) – Orientadora

Prof^ª. Ma. Maria Elaene Rodrigues – (SER/UnB) – Examinadora interna

Aparecida Maria Galdino - bacharela em Serviço Social – Examinadora externa

“Dedico este trabalho à todas as mulheres negras

Que me possibilitaram chegar até aqui”.

Agradecimentos

Agradecer é retomar as inúmeras narrativas que me deram sustentação durante toda a graduação. É reconhecer que fui presenteada por viver o mesmo tempo e espaço com todas as pessoas que serão citadas.

Agradeço a Deus por essa conquista e por sempre me ouvir e a Iansã que rege e ilumina os meus passos. À mulher símbolo de força, Ângela Maria minha mãe, por ser acalento nos momentos difíceis e acreditar e cuidar de mim, por me permitir sonhar dando todo suporte para isso.

Às minhas irmãs Roberta, Natália e Jaqueline por todo apoio, pela referência fundamental no meu acesso a Universidade e por insistentemente me apontarem o caminho certo. Ao meu irmão Silas por ser inspiração.

Aos amigos Caio, Kaic, Débora, Mika, Naila, Renatinha, Jarlene, Mel e Lídia por serem deboche, afeto, alegria e inspiração na minha vida.

Ao Léo por sempre acreditar em mim, por me permitir vivenciar inarráveis histórias ao seu lado, por ser meu irmão de outra mãe e por diariamente me transmitir força, resiliência e afeto.

Ao Cairo por trazer alegria nos momentos difíceis e por brindar comigo cada passo conquistado nesse processo.

Às manas negras Deia, Aline, Maíra, Kahena, Luiza, Obirin, Dyana, Stellinha, Lis, Lara, Camila e Thalita, por em algum ou vários momentos se fazerem presentes no compartilhamento da vivência e por serem referência, força e persistência. Sou porque nós somos.

A Giovanna que carrega luz nos olhos e preenche nossos dias de alegria. A Gabi por nunca me fazer esquecer de onde viemos e ao Biel por sempre transmitir boas energias. A Sarah Bicha por está presente em momentos tão especiais.

À Bia por ser a melhor companheira de BCE e pelo carinho.

Ao Matheus que mesmo em meio ao caos, se dispôs como refúgio nos momentos de angústia.

Ao Raimundo por ter participado de boa parte da minha graduação, sempre me ouvindo e me aconselhando nos momentos necessários.

Ao Gabriel que por ter açúcar na fala, me proporciona leveza e apoio nos momentos difíceis.

Ao Carminatti pela alegria via mensagens.

À Camilla por cada mensagem de apoio.

À Domingas por todos os ensinamentos e pela compreensão nos momentos de ausência do Estágio.

À professora Lucélia por ter me orientado nesse trabalho e por ter sido referência, me auxiliando em todos os momentos necessários. Por lutar por uma sociedade antirracista e deste modo, resistir.

À supervisora de estágio Regiane por despertar em mim o gosto pelo tema e por toda troca durante o período de estágio.

Às professoras do departamento de Serviço Social que por meio de seus ensinamentos foram importantes para a minha evolução pessoal.

À todas as amigas e amigos que a Universidade me deu de presente.

À professora Elaene por todo compartilhamento no pequeno período de prática de pesquisa mas, de muitos ensinamentos.

Por fim, a todos os profissionais que participaram da pesquisa e a todas as gestantes que me propiciaram momentos incríveis no campo de estágio.

Gratidão.

Resumo

O presente trabalho objetivou analisar de que maneira a adoção do pré-natal multiprofissional contribui para o acesso aos direitos sociais das gestantes negras. Para tal, considerou-se, sobre este tema, a percepção dos profissionais sobre a estratégia multiprofissional. Foi utilizado como procedimento metodológico a pesquisa qualitativa por meio de levantamento bibliográfico baseado nas seguintes categorias-chaves: Atenção Primária a saúde, promoção em saúde, educação em saúde, questão de gênero, raça, maternidade e pré-natal. Concomitante ao levantamento bibliográfico, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco (5) profissionais de um Centro de Saúde de uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal em outubro e novembro deste ano. Também foi analisado questionário aplicado com cinquenta (50) gestantes usuárias dessa instituição que realizaram o acompanhamento do pré-natal no ano de 2016. Com a análise das entrevistas foi possível perceber que a estratégia adotada na atenção ao pré-natal auxilia no acesso a informações e conseqüentemente aos direitos sociais. Verificou-se ainda a importância da abordagem das temáticas de gênero e raça nesse espaço de discussão e da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com essas questões. Percebeu-se também a mudança na prestação de serviços da instituição e do impacto na atenção a saúde das gestantes. Espera-se que este trabalho, contribua com a produção científica do Serviço Social abordando temas referentes à política de saúde, mais especificamente a Atenção Primária à Saúde (APS), relacionada à questão de gênero e raça.

Palavras-chaves: Pré-natal; Multiprofissional; Gênero; Raça; Maternidade.

Lista de ciclas e abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

ABS – Atenção Básica à saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CDS – Comissão de Determinantes Sociais de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde

DDS – Determinantes Sociais de Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Normas Operacionais Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS – Organizações Sociais

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNPS – Política Nacional de Promoção à saúde

PSMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

RA – Região Administrativa

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Introdução.....	11
Capítulo 1. A saúde como direito social e a Atenção Primária a saúde	13
1.1 A implementação do Sistema Único de Saúde: breve histórico	13
1.2 A Atenção Primária a Saúde (APS).....	16
1.3 Promoção em saúde – PS.....	18
1.4 Educação em Saúde	20
Capítulo 2. A Atenção ao Pré-natal de Mulheres Negras e os Determinantes Sociais da Saúde e da Doença.....	23
2.1 Determinantes Sociais da Saúde e da Doença	23
2.2 Gênero e matriarcalidade: Uma perspectiva afrocêntrica da maternidade.....	27
2.3 Pré-natal e a Atenção a Saúde das Gestantes Negras	35
Capítulo 3. Pré-natal multiprofissional: uma estratégia para o acesso aos direitos sociais das gestantes negras.....	43
3.1 Procedimentos metodológicos	43
3.2 A reestruturação da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal	44
3.2 Perfil Socioeconômico das gestantes.....	47
3.3 Análise das entrevistas dos profissionais e a abordagem temática de gênero e raça no pré-natal.....	54
Considerações Finais	65
ANEXO 1	73
ANEXO 2	74
ANEXO 3	75

Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisou de que maneira o pré-natal multiprofissional contribui para o acesso aos direitos sociais de mulheres negras. Para tal, foi considerada a percepção de profissionais de saúde que participaram de uma roda de conversa para gestantes.

O pré-natal é um período de inúmeras mudanças na vida da mulher. É comum que muitas delas não se sintam acolhidas integralmente na instituição. Os serviços de saúde prestados na Atenção Primária a saúde (APS), ainda encontram-se centrados na saúde física/biológica. Essa questão interfere diretamente nos determinantes sociais de saúde (DSS) e conseqüentemente na saúde das mulheres negras.

Esses determinantes somados ao não acesso a informações e ao despreparo dos profissionais, faz com que diversos direitos sociais sejam desconhecidos por essas mulheres. O pré-natal multiprofissional ainda é uma estratégia pouco adotada pelas instituições de saúde.

O trabalho foi elaborado com o intuito de dar visibilidade a este tipo de intervenção e refletir sobre como os profissionais têm tratado as dimensões de gênero e raça em suas atuações. Essa estratégia a partir da perspectiva da roda de conversa pode contribuir para a prevenção e o agravamento de doenças ocasionadas pela gestação bem como ao escopo de informações que não são discutidas nas consultas de pré-natal.

Para a elaboração do trabalho realizou-se um levantamento bibliográfico acerca das questões de gênero, raça e maternidade, da Atenção Primária à Saúde (APS) e do pré-natal para a melhor compreensão e consistência do tema abordado.

Foi utilizada a metodologia qualitativa, onde realizou-se entrevistas semiestruturadas com profissionais da área da saúde no Centro de saúde de uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal. Todos os princípios éticos previstos foram garantidos.

Este trabalho está estruturado em três capítulos: o primeiro aborda uma breve contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS); a Atenção Primária a Saúde (APS); a Promoção em Saúde e a Educação em saúde. O segundo capítulo aborda os determinantes sociais em saúde (DSS), discute a construção da maternidade e de gênero a partir da perspectiva afrocêntrica e a atenção ao pré-natal de mulheres negras. Por fim, o terceiro capítulo trata da reestruturação da APS no DF que trouxe alterações na

promoção a saúde das e dos usuários; a análise do perfil socioeconômico das gestantes e os dados coletados a partir das entrevistas com os profissionais.

Pretende-se com este trabalho contribuir com a discussão acerca da saúde de gestantes negras e da produção científica do Serviço Social, abordando temas referentes à política de saúde, mais especificamente à Atenção Primária à Saúde (APS), relacionada à questão de maternidade, gênero e raça, considerando os determinantes sociais em que as mulheres negras estão expostas e a intervenção dos profissionais de saúde nessa questão.

Capítulo 1. A saúde como direito social e a Atenção Primária a saúde

1.1 A implementação do Sistema Único de Saúde: breve histórico

A saúde enquanto um direito social foi um marco para a população brasileira em meio ao período pós-ditatorial de redemocratização e materialização da seguridade social.

Durante o processo histórico do Brasil a questão sanitária passou por mudanças que acompanharam a dinâmica da sociedade. Ainda no Brasil Colônia, a saúde foi pautada no modelo liberal privado tradicional, modelo este caracterizado pelo atendimento individual realizado pelas Santas Casas de Misericórdia (BRASIL 2007); (PAIM 2009) e dependia da autorização dos detentores do poder para que os pacientes recebessem qualquer tipo de atenção a saúde, os mais pobres dependiam da caridade da igreja.

Em meados do século XX a estratégia adotada permitiu a realização de medidas sanitárias para combater epidemias. Vale refletir, que esse “cuidado” com a saúde dos trabalhadores visava à manutenção da força de trabalho e, portanto, da produção, pois neste período o país vivenciava o início da urbanização e sua econômica era agroexportadora.

Anos antes da década de 1930 a saúde se efetivava por meio de três eixos específicos: a saúde pública, a medicina do trabalho e a medicina preventiva (PAIM, 2009). Esses modelos ainda estavam distantes da efetivação da saúde como um direito de todas e todos.

Nesse período a saúde pública era direito apenas daqueles que trabalhavam semelhante à lógica de saúde como mercadoria, a assistência em saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados (AGUIAR, 2011).

A atuação focava-se na prevenção de doenças como tuberculose e lepra. Posteriormente é incorporada a previdência social por meio das CAPs (Caixas de aposentadoria e pensões) amparada pela lei Elói Chagas (1923).

Na era Vargas a saúde ainda pretendia manter a força de trabalho oferecendo assistência médica por meio dos IAPs (Institutos de aposentadoria). Os avanços para materialização da saúde como um direito social eram pontuais e paliativos (PAIM, 2009).

Em 1983 foi implementada pela primeira vez as AIS – Ações integradas de Saúde – e a SUDS – Sistema Unificado de descentralização da saúde que objetivava consolidar e desenvolver qualitativamente as AIS, além de ser um esboço de atenção a saúde que se pretendia alcançar mais tarde com o SUS.

Em meio ao período ditatorial, na década de 1970 foi criado o Sistema Nacional de Saúde que obteve poucos avanços no que tange a cobertura dos serviços, atendendo às demandas das áreas rurais e o controle de doenças materno-infantil (PAIM, 2009) ainda distante da perspectiva de um sistema único de saúde. No final dessa década, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) com a lógica de medicina preventiva foi criado para ampliar em pequena escala o contingente de atendimentos para a população.

A reforma sanitária inaugura a sua agenda de construção ainda na década de 1970 em um contexto de transformações política e social, objetivando o que seria mais tarde o Sistema único de Saúde (SUS). A crítica ao modelo vertical, centrado meramente na cura de doenças e a necessidade de descentralizar o acesso aos serviços de saúde foram pautas pertinentes nesse processo.

A conjuntura da época influencia novos sujeitos (movimentos sociais, estudantes, sociedade civil) a se organizarem para a reformulação e a concretização da saúde como seguridade social. Neste sentido o movimento sanitarista e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) desempenharam importante papel de luta. Paim (2009) caracteriza essa tomada de decisão como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. A estratégia adotada foi à elaboração e o envio de contrapropostas para os governantes, além do fomento do debate acerca da saúde como um novo mecanismo de estruturação.

Bravo (2001) afirma que cada setor da sociedade civil e dos movimentos sociais ruminou propostas para serem discutidas onde

as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (p. 9).

Em 1979 essas propostas foram encaminhadas para a Câmara dos Deputados onde se formulou a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação, reforçando que a saúde essencialmente deveria ser um direito social livre de privilégios, condicionando igualdade e equidade na atenção a saúde.

A crítica feita contra o modelo vigente de saúde da época reforçou que a superação do mesmo seria a única estratégia para promover a garantia deste direito, pois o Estado se manteve omissivo a situação não efetiva dos direitos sociais porque não existia de fato um marco regulatório que colocasse em cheque essas questões como a Constituição Federal colocou, além do interesse capitalista no modelo de assistência médica, que promovia uma gestão corrupta e ineficiente e um sistema totalmente excludente.

Em 1986 acontece a Oitava Conferência Nacional de Saúde que promoveu debates diversos a respeito da reformulação do sistema de saúde. A conferência se organizou por meio de eixos temáticos, abordando temas pertinentes a saúde como direito na perspectiva mais abrangente compreendendo de maneira não abstrata o seu conceito; a reforma do sistema de saúde, o financiamento do setor com a participação dos estados e municípios juntamente com a proposta de reformulação tributária para descentralizar os recursos que até então eram destinados quase que exclusivamente para o setor privado.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco para a saúde pública que finalmente é reconhecida como um direito social, inerente às condições de vida sendo de responsabilidade do poder público: a saúde é direito de todos e dever do Estado (Art.196), direito este garantido por meio de políticas sociais.

Paim (2009) destaca a importância da intersecção entre as políticas sociais para garantir concretamente o acesso a saúde

As políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e distribuição da riqueza e da renda, emprego, [...] influenciam sobre a saúde dos indivíduos. [...] A educação, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco à doenças e agravos compondo as políticas sociais. (p. 44).

A implementação do SUS trouxe avanços significativos para o acesso a saúde da população. Nos dias de hoje, seu atendimento é mais humanizado, a universalidade deve atender a todas e todos, sem qualquer tipo de discriminação e gratuitamente. A equidade firma que a saúde dos indivíduos deve ser tratada como um todo, de maneira integral e

equitativamente onde é importante tratar desigualmente os desiguais, de modo a amenizar as diferenças, oferecendo os recursos necessários para cada necessidade. A descentralização distribui os serviços conforme a proximidade da população, assim as ações são promovidas pela esfera municipal, estadual e federal. A regionalização porque nem todos os municípios conseguem atender a todas as demandas, por isso se organizam regionalmente e a hierarquização organiza os níveis de atenção à saúde que se caracterizam por baixa, média e alta complexidade (atenção primária, secundária e terciária). Esses níveis auxiliam na atenção à saúde e na implementação de ações.

1.2 A Atenção Primária a Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde no Brasil foi resultado de conferências internacionais. A descentralização das formas de atendimento as demandas de saúde vêm sendo discutida há pelo menos quarenta anos.

Ainda no século XX, os níveis assistenciais a saúde já começavam a se contornar, no entanto foi na Conferência de Alma-Ata (1978) que é traçado um norte para as discussões sobre os princípios e diretrizes do que se tornaria a APS. Sendo assim, a Conferência de Alma Ata junto a Organização Mundial da saúde (OMS) e as Nações Unidas para a Infância (UNICEF), objetivou estimular a discussão de meios capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, bem como de experiências alternativas de cuidados primários existentes à época (AGUIAR, 2003, p 42).

A Alma Ata propôs que a APS correspondesse às demandas relacionadas aos aspectos gerais que interferem no processo de prevenção e na concepção de saúde-doença. São elas:

a educação em saúde ; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizáveis e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. (STARFIELD, 2002, p.31).

A APS prioriza ações de prevenção, promoção e proteção saúde, de forma integral e continuada. A Política Nacional de atenção Básica (PNAB) caracteriza a atenção básica como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (2012).

É importante destacar, que as terminologias Atenção Primária e Atenção Básica de saúde são comumente consideradas sinônimas. Ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009, p. 204). A grande maioria dos documentos oficiais adota o termo ABS. No distrito Federal, o termo mais utilizado tem sido APS¹, fato é que não existe um consenso entre os diversos estudiosos da temática. Os termos podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009).

Starfield (2002, p.28) ressalta que a atenção básica possui a função de abordar os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. A atenção básica é a porta de entrada para a identificação das demandas da comunidade.

Em consonância com essa perspectiva, em 1994 foi implementado o Programa saúde da família, o primeiro da APS, que reestruturou a prática de saúde em novas perspectivas, onde os níveis de atenção à saúde passam a ser compreendidos como baixa, média e alta complexidade.

Para isso, o programa foi estruturado a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, sediando o programa, assumiriam a responsabilidade pela população a ela adscrita e desenvolveriam ações de prevenção, cura, promoção e reabilitação, além de garantir a referência e a contra-referência para os outros níveis do sistema de saúde. (AGUIAR, 2003).

Influenciada pela Norma operacional básica de 1996 (NOB/96), o PSF se expande para concretizar a descentralização de seus recursos e reorganizar os serviços, e passa, portanto, a adotar a nomenclatura de Estratégia de saúde da família (ESF).

¹ O termo adotado será APS. A ABS somente será utilizado quando referenciada por autores que utilizam o termo.

A ESF também integram os agentes comunitários de saúde (ACS), que são profissionais da própria comunidade que junto a outros profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), auxiliam no acompanhamento de famílias de um território específico.

De um modo geral, as práticas de saúde na APS se materializam por meio de práticas preventivas que envolvem tanto os profissionais como a comunidade. Por ser “porta de entrada” aos serviços do sistema de saúde, a APS deve promover ações para além da prevenção, pensada em um espaço de socialização de informações e promoção da saúde de maneira coletiva, compreendendo todas as suas dimensões.

Embora a sua concretização seja submetida a interesses contra hegemônicos que englobam a dimensão política, econômica e ideológica a mesma é imprescindível não apenas para prevenir o agravamento de doenças como para aproximar a comunidade aos seus próprios interesses diante dos mecanismos de participação.

1.3 Promoção em saúde – PS

Para a compreensão do conceito de promoção de saúde, é importante constatar que o mesmo em suas dimensões teórico e social, auxiliam na construção de políticas de saúde. A primeira noção de promoção preconizou quatro características essenciais: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Esse primeiro modelo segundo Teixeira (2006) foi pensando por Henry Sigerist.

Ao longo dos anos, necessariamente na década de 1970, a promoção em saúde desenvolve formas mais consistentes de conceituação e, portanto, a materialização de sua prática.

Em 1974, foi criado o Relatório Lalonde no Canadá onde as mudanças foram pensadas por meio do estilo de vida das pessoas e os riscos os quais estavam expostos. Este foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde. Os fundamentos deste informe se encontravam no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. (HEIDMANN, et al., 2006, p.353).

Este relatório foi de primazia para fomentar as discussões acerca da PS. Para Buss (2006), a Lalonde em sua centralidade

parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava. (p. 22).

Anterior a esse período de construção teórico e conceitual, a PS estava direcionada exclusivamente para a prevenção de doenças. A Carta de Otawwa criada em 1986, finalmente define que a PS deveria atuar na melhoria e na qualidade de vida das/os sujeitas/os. Assim, seu enfoque deveria preconizar a dimensão política e técnica para a compreensão e intervenção sobre o processo “saúde-doença-cuidado” (TEIXEIRA, 2006 p. 87).

A partir de então, houve um esforço maior em discutir as questões pertinentes a ampliação da PS. A primeira pós-conferência de Otawwa foi à de Adelaide na Austrália, Sundsvall na Suécia, Bogotá na Colômbia e Jacarta Indonésia e México, a ideia das mesmas foi formular políticas para a saúde para a melhoria da qualidade de vida e fomentar estratégias para a promoção (BUSS, 2006).

No Brasil, a promoção de saúde ganha maiores contornos com a Constituição Federal de 1988 e com a estruturação do SUS. A política nacional de promoção á saúde define a mesma como:

Uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (PNPS, 2010 p.10).

A estratégia a ser adotada para a PS deve conter políticas públicas de saúde que desenvolvam a perspectiva do ser saudável enquanto compreensão mais ampla que englobe o ambiente, a qualidade de vida enquanto direito e condição de sobrevivência. Carvalho e Gastaldo (2007) acrescentam a essa premissa o ambiente sustentável e a reorientação dos serviços de saúde prestados a comunidade.

Por outro lado, a fusão entre os conceitos relacionados a PS como a educação em saúde e os seus determinantes sociais, expandem essa prática a intervenções que oscilam entre o que é mecanismo de promoção e os processos para se chegar a ele. PS neste sentido é ponte para a participação da comunidade e o desenvolvimento da capacidade individual e coletiva para a alternativa de praticas educativas e garantia de condições para o controle dos determinantes de saúde e doença.

A promoção à saúde contribui para reafirmar o conceito de saúde mais amplo, descentralizado e que não se estrutura apenas no modelo centrado na cura de doenças. É imprescindível para a implementação de políticas públicas que atendam as demandas da população. Heidmann (2006) afirma que é importante fortalecer as estratégias de promoção e, “compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo”. No entanto, é notável a dificuldade em materializar a PS porque a mesma possui um caráter desafiador onde

o grande desafio da promoção à saúde, principalmente no contexto latino americano é a de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los. (HEIDMANN, p. 356).

É necessário pensar a PS a partir da realidade, onde as relações sociais estabelecidas pelo sistema capitalista dependem de diversos fatores que alteram a sua promoção e efetivação. Neste sentido, o constante esforço dos profissionais da área da saúde em pensarem novas práticas e outras possibilidades e o suporte maior do Estado por meio de políticas públicas, contribuem para essa condição. Deste modo, Teixeira utiliza o termo “cidade saudáveis” para expor a importância de uma visão ampliada da gestão governamental, incluindo a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias. (2006, p. 87).

A elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. (PNPS, 2010 p. 15).

A PS se concretiza, por conseguinte em ações desenvolvidas pelos mecanismos estatais junto à comunidade e aos seus gestores, no entanto, sua responsabilidade não deveria ser apenas do setor saúde visto que a sua real promoção altera todas as ramificações ligadas as condições de sobrevivência na sociedade.

1.4 Educação em Saúde

Educação em saúde para além de um termo utilizado comumente para designar pratica educativas na área da saúde pode ser definida como aprendizagem, combinando

múltiplos determinantes e troca de experiências dos profissionais da área da saúde com os pacientes, são quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. (CANDEIRAS, 2007)

As ações educativas em saúde surgiram no século XIX para meramente conter as epidemias da época. Alves (2004) afirma que o discurso arraigado na sociedade era higienista voltado exclusivamente para as intervenções normalizadoras. Logo, o Estado se exigia em promover a saúde e culpabilizava de forma individual os problemas de saúde.

Alves (2004) expõe ainda que a relação de poder que o Estado mantinha na época sob as classes sociais faziam com que a educação em saúde funcionasse como um mecanismo de manutenção das forças produtivas, que conformavam apenas ao interesse da classe dominante e que, portanto, controlavam os hábitos e comportamentos da população.

Com a hegemonia do modelo biomédico as práticas de saúde voltam-se preferencialmente para as ações curativas, ficando as ações preventivas e educativas confinadas a um seguimento restrito de setor saúde: os centros de saúde e as campanhas sanitárias. (ALVES, 2004, p. 16).

Na década de 1960 o apelo dos profissionais em expandir a educação em saúde a coletividade não trouxe grandes avanços porque a tendência em culpar os indivíduos (agora de maneira coletiva) ainda era latente, situação essa que reverberou até o fim do período da ditadura, onde as ações educativas ainda eram no sentido de manter minimamente o controle sobre a saúde da população só que de forma estigmatizada.

O período pós-ditatorial foi essencial para a mudança na educação em saúde por contar com a luta dos trabalhadores e dos movimentos sociais que promoveram mudanças significativas para a saúde da população (Vasconcelos, 2004). Os saberes construídos entre a população e os profissionais passam a concretizar a educação em saúde, orientada pelas ações do Estado.

Atualmente educação em saúde ainda é comumente confundido com a promoção em saúde, o que as torna diferentes é que a educação em saúde é um dos mecanismos, uma das estratégias de promoção a saúde, pois dialoga com a comunidade por meio de práticas de conscientização, orientação e troca de saberes numa perspectiva horizontal, sem que a postura dos profissionais seja levada a um patamar superior a das/os usuárias/os (CANDEIRAS, 2007).

A conscientização crítica é um processo que auxilia na promoção por possibilitar autonomia dos sujeitos a reivindicar demandas específicas e propicia o profissional a conhecer a realidade.

As práticas educativas em saúde também são vistas como prática social por compreender todas as dimensões que envolvem o processo de saúde-doença nos indivíduos, dialogando com Alves (2004) as dicotomias presentes no indivíduo/coletivo e curativo/preventivo perpassam a questão da educação em saúde por serem dimensões estruturais que englobam a função social.

Outra perspectiva importante adotada por Vasconcelos (2004) no que tange a educação em saúde é reconhecer a mesma como um mecanismo de luta contra a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde colocando a educação popular como um instrumento de ampliação dos direitos sociais e de autonomia.

Para que seja possível materializar a educação em saúde, é importante compreender as necessidades de dada comunidade se utilizando de mecanismos que compreendam a realidade, não somente por meio da troca de experiências entre comunidade e profissionais, mas, por meio da escuta qualificada e da pesquisa de campo.

A escuta qualificada possibilita o profissional identificar quais são as demandas e orientar a sua prática a ela. Lefèvre (2004) aponta que as práticas voltadas para educação em saúde, como já vem sendo feito, deve migrar do indivíduo para o coletivo e transpassar as questões de saúde ainda reducionistas em busca dos problemas levantados pela população compreendendo que a sociedade em si é responsável por esses problemas.

A educação em saúde criada inicialmente para controlar a classe trabalhadora de forma que a mesma se mantivesse em condições de servir ao capitalismo, se resinifica a partir do momento que a população e os profissionais da área da saúde se organizam para concretizar um novo modelo pautado na educação popular e na troca de diversos saberes, livres de discursos focalizados.

Levando em consideração sua historicidade a educação em saúde vem alcançando cada vez mais as comunidades e reorientando as práticas em saúde, logo é de extrema importância na contribuição de uma nova realidade e na percepção tanto da saúde como um direito, como de sua autonomia em frequentar espaços institucionalizados e apresentar as suas demandas.

Capítulo 2. A Atenção ao Pré-natal de Mulheres Negras e os Determinantes Sociais da Saúde e da Doença.

*“Foi de mãe todo o meu tesouro
veio dela todo o meu ganho
mulher sapiência, yabá,
do fogo tirava água
do pranto criava consolo”*
De mãe, Conceição Evaristo.

2.1 Determinantes Sociais da Saúde e da Doença

O conceito de determinantes em saúde só começa a ser discutido no final do século XIV, naquela época predominava a perspectiva miasmática que consistia em mudanças no modo de compreender o processo de doença, levando em consideração a industrialização e urbanização além dos fatores sociais como determinantes de saúde.

Buss e Filho (2007); Souza e Silva (2013) apontam que os bacteriologistas Kock e Pasteur foram percussores na mudança de paradigmas quanto ao processo de saúde-doença por propiciarem o debate acerca da medicina de caráter econômico e social. Ao contrário do que se planejava, com a criação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, a Universidade Johns Hopkins² se distanciava cada vez mais do caráter político e social que a saúde pública deveria ter.

Superado esse período o século XX foi considerado um período de tensão que transitou entre o enfoque na questão biológica, individual e tecnológica e entre os fatores sociais, ambientais e econômicos que a OMS começa a propor (BUSS, FILHO 2007). Essa relação dupla dos determinantes de saúde foi importante para tratar as doenças contagiosas que cresciam cada vez mais, e ao mesmo tempo fomentar o debate acerca da saúde como direito, e introduzir a questão social e política. A Conferência de Alma Ata (1978) foi percussora para os determinantes de saúde.

Em 2005, foi criada pela OMS a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS, que propunha promover em âmbito internacional a conscientização de que os determinantes sociais de saúde necessitariam ser discutidos assim como as iniquidades que são consequências dos determinantes sociais de saúde. Sua constituição

² A proposta era que as doenças fossem estudadas de maneira centralizadora, em laboratórios e focada no médico biológico.

diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. (BUSS e FILHO, 2007, p. 87). Os objetivos que a CNDSS propõe foram estabelecidos por meio do decreto presidencial, são eles:

gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema. (CNDSS, 2008, p. 10).

Os determinantes sociais em saúde passam a adotar estratégias para a sua definição que a princípio relacionava a saúde com a pobreza, depois com a economia e por fim, a estratégia que tem sido mais eficaz que consiste em pensar as iniquidades como um fator amplo e extremamente necessário.

A iniquidade considera os aspectos materiais e físicos, psicossociais, os multiníveis e a desigualdade nas condições de vida. A CNDSS define os determinantes sociais de saúde como determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, sociais e culturais (2008, p. 3).

Percebendo essas determinações, a CNDSS adotou três compromissos para que fosse possível materializar os objetivos propostos: a equidade, a evidência e a ação³.

Neste sentido o primeiro desafio para a concretização desses compromissos é conseguir avaliar se as intervenções têm sido de fato efetivadas para amenizar as iniquidades nos determinantes de saúde. Para, além disso, é importante compreender a relação entre o fator econômico, político e social, compreendendo que entre eles existe uma hierarquia (BUSS e FILHO, 2007). A essa prerrogativa acrescenta-se o quesito racial como fundamental para o conhecimento histórico o qual as iniquidades se aprofundaram ao longo dos anos e é fator basilar nos dias atuais, portanto agir por meio de mediações para conhecer a situação de saúde da população.

³ A equidade é importante porque o Brasil é um dos países mais desiguais em relação à saúde em se tratando de grupos populacionais específicos, a exemplo da população negra, os determinantes sociais se aprofundam. A evidência consiste em mobilizar estudos científicos que possibilite ter conhecimento das intervenções que precisam ser feitas, a ação é o mecanismo para combater as iniquidades.

Para desmistificar de forma mais ampla os fatores determinantes no processo de saúde e da doença, Buss e Filho (2007), Badziak e Moura (2010) e Silva e Sousa (2013) esquematizam dois modelos que apontam os fatores determinantes de saúde. O primeiro modelo de Dahlgren e Whitehead focalizada no indivíduo leva em consideração o sexo, idade e fatores genéticos. Os macrodeterminantes consideram o comportamento e o estilo de vida, a coesão social que influencia na tomada de decisão quanto aos hábitos coletivos e a economia, a cultura e o ambiente, caracterizando assim os determinantes sociais por modo de camadas, onde essas se interligam. O segundo modelo esquematizado foi pensado por Diderichsen e Hallqvist que considera a estratificação social gerada pelo contexto social como um determinante, além das posições sociais que provocam condições de saúde diferentes, esses dois fatores se interligam com os mecanismos sociais a exemplo da educação e do trabalho.

Dialogando com esses dois modelos, é possível constatar que ambos contribuíram para a formação de ideias para a CNDSS, pois se configuram como intervenções políticas. O determinante comportamental e o estilo de vida perpassam a cultura e o ambiente, deste modo é necessário que as políticas sociais sejam mais abrangentes e que sejam capazes de transformar esses comportamentos.

Para isso é importante fortalecer as relações de solidariedade por meio da rede comunitária e da rede de apoio institucional. Tomar atitudes como estas, faz com que a responsabilização do indivíduo, como aponta o primeiro modelo, não se fortifique para justificar os determinantes comportamentais e estilos de vida. Muitas das vezes, o estilo de vida de determinada população tem mais relação com o modo de sobrevivência do que com uma tomada de decisão.

Souza e Silva (2013) abordam os determinantes sociais na perspectiva histórica dialética - considerando também a questão social como fator determinante no processo de saúde-doença, desmistificando o que os dois modelos propuseram, - eles ressaltam que o que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletéria à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta. (SOUZA, 2013, p. 55-56).

Logo, os determinantes sociais enquanto uma expressão da questão social, necessariamente precisa ponderar a questão racial. Werneck (2016) ressalta que

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito de determinantes sociais de saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde. Nele, o racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde (p. 540).

Pensar a questão racial a partir dos determinantes de saúde é ter um entendimento mais amplo da realidade e ainda trazer as demandas da população negra para o espaço institucional. A Política Nacional de Saúde da população negra juntamente com os movimentos sociais foi importante para alcançar essa discussão.

É fato que historicamente o trabalho foi um dos principais fatores a determinar a questão de saúde-doença, pois com o modo de produção em massa e a integração da tecnologia, a classe trabalhadora foi submetida a grandes jornadas de trabalho, em locais insalubres e sem direitos sociais assegurados. Atualmente, essa situação - ao passo que se reestruturou dando condições mínimas de trabalho e assegurando direitos trabalhistas - , ainda interferem nos determinantes de saúde dos trabalhadores, logo a adoção de estratégias de interseccionalidade das políticas sociais na prevenção e no agravamento de doenças (ocasionada pelo mundo do trabalho) é necessária para garantir o acesso à saúde.

O processo de saúde-doença e o que os determina, não pode ser considerado de maneira isolada e nem individual, pois o que determina socialmente a saúde é complexo e se diferencia de acordo com a população, a cultura, e as condições objetivas que agravam a saúde. Os condicionantes gênero e raça atrelados a sexualidade exercem fator determinante na desatenção e despreparo do Estado em amenizá-los. A exposição aos diversos tipos de violência, as necessidades especiais, o não acesso ao saneamento básico, a alimentação, ao poder de escolha, ao lazer, e contraditoriamente ao trabalho - pois este possibilita acesso aos bens e consumos em uma sociedade classista e desigual - e principalmente políticas sociais são estruturantes neste processo.

Neste sentido, uma nova perspectiva seria a de tratar as questões de saúde de maneira mais ampla, descentralizando a responsabilidade aos indivíduos e transferindo para toda a sociedade. Os determinantes de saúde são assim chamados por serem responsáveis por promover ou não o acesso a qualidade de vida. Cabe aos profissionais da saúde promoverem medidas educativas, livre de qualquer tipo de julgamento moral aos menos favorecidos e auxiliar na emancipação dos sujeitos.

No próximo subitem deste capítulo optamos por fazer um resgate histórico da mulher negra enquanto condição de determinação socioeconômica ao acesso a saúde.

2.2 Gênero e matriarcalidade: Uma perspectiva afrocêntrica da maternidade.

Para termos conhecimento acerca das condições estruturantes das mulheres negras brasileiras nos dias atuais é necessário fazer um resgate do período histórico anterior à escravidão, compreendendo a relação de Brasil-África com a construção histórica da maternidade e do ser mulher. O resgate a ser feito é um esforço em refletir as condições sociohistóricas das mulheres negras a partir de outra perspectiva, afastada do eurocentrismo contado pelo homem branco burguês.

As sociedades matriarcais ou matrilineares⁴ africanas surgem cerca de 800 a.C. onde era de responsabilidade da mulher a linhagem uterina (no Egito faraônico), além das funções políticas que eram definidas como essencialmente da “rainha-mãe-soberana” (Diop, 1989), portanto a mulher negra, matriarca era dona dos afazeres sociopolíticos e familiares.

A perpetuação do poder de uma forma geral dependia exclusivamente da hereditariedade onde a descendência era primordial. Diop (1989) faz uma relação entre duas sociedades, chamadas de meridional e setentrional. A primeira de origem africana e com características matricêntricas forjou sua história ao redor da mulher. A segunda de origem européia foi pautada na centralidade ao homem e na xenofobia.

Cheick Anta Diop (1989) também pensou as sociedades africanas e europeias na perspectiva de berços. Os berços matriarcais e os berços patriarcais. O primeiro de África e o segundo de origem europeia. Os chamados “berços matriarcais”, receberam críticas ferrenhas as quais se defendia o patriarcalismo como uma condição de oposição ao matriarcalismo por este ser inferior, no entanto, o autor afirma que essas sociedades são berços separados não apenas pelo território, mas, por realidades radicalmente opostas, em função da organização da vida, das relações sociais e dos seus valores (DIOP, 1989 p. 176-177).

⁴ Sociedades africanas onde a centralidade do poder e das relações sociais são pautadas na mulher.

A sobreposição do ideário europeu de sociedade a matriarcalidade se perpetua em um primeiro momento pelo fenótipo, compreendendo que os/as africanos/as eram inferiores por sua tonalidade de pele e por sua não capacidade, reforçando o argumento de inferioridade e dando início a um processo exploratório do território africano e de seus recursos. Como resultado, ocorreu à subjugação das populações mais escuras pelas mais claras com a imposição do patricentrismo sobre o matricentrismo. (Bonfim apud Nascimento, 2008).

Essa deslegitimação do matriarcado enquanto uma sociabilidade inferior diz muito sobre o quanto incomodou os homens brancos, pois jamais seria vantajoso a exploração que se pretendia instaurar em África sob uma sociedade como descreve a autora Dove (1998):

O matriarcado destaca o aspecto da complementaridade na relação feminino-masculino ou a natureza do feminino e masculino em todas as formas de vida, que é entendida como não hierárquica. Tanto a mulher e o homem trabalham juntos em todas as áreas de organização social. A mulher é reverenciada em seu papel como a mãe, quem é a portadora da vida, a condutora para a regeneração espiritual dos antepassados, a portadora da cultura, e o centro da organização social. (p. 8).

É fato que a matricentralidade enquanto uma forma de vivência societária também foi contraditória. Mesmo que a relação entre homem e mulher tenha sido horizontal, o recorte classista viabilizava a hierarquia entre mulheres “rainhas” e mulheres agricultoras. A mulher com melhor condição financeira dependia também do trabalho da mulher do campo (BONFIM, 2008). A figura do homem não era compreendida enquanto uma condição de diferenciação e, portanto, de reprodução misógina. A figura do homem era vista enquanto um apoio a organização como um todo.

Neste sentido, a concepção de gênero é definida de modo diferente. Oyèwùmí define gênero como antes de tudo, uma construção sociocultural, além de um princípio organizador da família (2000). A autora critica o conceito de gênero enquanto uma categoria que foi e é até hoje vista como universal e centrada na família nuclear (mulher subordinada, marido patriarcal, filhas e filhos). A ideia é descentralizar o feminismo branco e repensar essa categoria enquanto uma condição estruturante e não hegemônica pautada também em outras condições do que é ser mulher. Falar de gênero, portanto, é falar de homens e mulheres.

Nessa necessidade de reflexão sobre a maternidade partindo de outra perspectiva que não a já conhecida, concordando com a ideia de que pensar em maternidade e, sobretudo pensar a família, deste modo citaremos como exemplo a sociedade iorubá que vivencia a maternidade de modo diferente.

A família iorubá tradicional denominada por Oyěwùmí como “não-generificada⁵” tem em sua centralidade a antiguidade enquanto uma experiência dinâmica e fluída de apreensão da família e suas relações. As crianças não são divididas por gênero. O que diferencia a mulher e o homem é a forma como um ou o outro entrou para esta família, ou seja, pelo casamento. A relação hierárquica está relacionada com os irmãos e irmãs de sangue. Assim, a maternidade é vista enquanto intuição e como experiência e cultura (Oyěwùmí, 2000, p. 7).

A palavra mãe foi construída por mulheres africanas como uma reivindicação de respeito e de ancestralidade, tanto é que existe um eixo em torno dela do qual as relações familiares são delineadas e organizadas Oyěwùmí, (2000). Assim, os filhos e filhas que se casam vão sempre se referenciar a mulher mais velha da família a qual ele ou ela passa a fazer parte.

Em todos os arranjos familiares africanos, o laço mais importante está dentro do fluxo da família da mãe, quaisquer que sejam as normas de residência no casamento. Estes laços ligam a mãe aos/as filhos/as e conectam todos os filhos da mesma mãe, em vínculos que são concebidos como naturais e inquebráveis. (Oyěwùmí, 2000, p. 5)

Vale ressaltar que esse tipo de organização da maternidade não serve de regra a todo o continente africano, pois partimos da ideia de que enquanto uma cultura extremamente densa que é a africana, existem outras ramificações de maternidade além da citada. O que se pode afirmar é que a grande maioria delas possuem em sua raiz a matriarcalidade como eixo fundante.

A ideia de submissão ao homem e da condição de mulher focada na fertilidade foi construída culturalmente em outras sociedades que não as de África, pois o papel da maternidade não se limita apenas a mulher na matriarcalidade, o que se reivindica é o respeito à mulher enquanto um corpo ancestral, visando à coletividade na organização

⁵ Os papéis socialmente construídos de parentesco e suas categorias não são diferenciadas por gênero.

nas atividades e a criação das crianças como responsabilidade de todas e todos da comunidade. Ser mulher e mãe nessa perspectiva é recorrer ao sentido de descrever a natureza das responsabilidades comunitárias envolvidas na criação dos filhos (*e filhas*) e no cuidar dos outros. (DOVE, 1998, p. 8). Sendo assim, podemos inferir que a origem da maternidade enquanto uma condição atrelada ao ser mulher, à fertilidade e ao cuidado é de responsabilidade do patriarcado.

Quando retornamos ao período colonial no Brasil, estamos fadados a pensar a escravidão como um regime já estruturado que ganha força e se instaura no país. Trata-se em última análise de uma continuidade bem estruturada da organização social arquitetada eminentemente sobre a exploração e a obliteração do outro fenotípico (MOORE, 2007), ou seja, a violência contra os negros e negras se perpetua a partir do estereótipo branco que afirma e que legitima tal violência exclusivamente pelas características físicas dando margem ao latente racismo que insiste em considerar a população negra como raça inferior e, portanto, passível a estratificação de seus corpos.

Compreendendo a mulher negra brasileira a partir da perspectiva diáspórica⁶, Bonfim (2007) recorre às chamadas “sociedades matriarcais africanas” onde a primazia da ordem social correspondia à mulher. Neste sentido a autora afirma que o lugar da mulher negra enquanto identidade social é atingida pelo racismo e sexismo por serem estas consciências históricas que ocasionaram a exclusão, a hegemonia, a subalternização e a resistência (BONFIM, 2007 p. 219-220).

As condições subalternizadoras, de ordem sexista e racista que recaem sobre a mulher negra brasileira, especialmente aquela cujas feições, tipo de cabelo e pigmentação de pele aproximaram das mulheres negras oriundas do Oeste africano, são frutos de um processo enraizado, desde a antiguidade, nas estruturas sociais dos povos euro-semitas, que culminou com a escravização nas Américas (BONFIM, 2009, p. 236).

A subalternização das mulheres negras recém-chegadas ao Brasil, se inicia ainda no tráfico transatlântico onde negros, negras e crianças foram trazidos em condições desumanas, estruturando a partir dali as relações sociais da população negra (LOPES, WERNECK, 2012).

Neste período, as/os descendentes de África juntamente com a população negra que se formava no país vivenciaram a extrema violação de direitos que abalam todos os

⁶ Referência aos negros e negras africanos dispersados de seus territórios a força por colonizadores europeus, trazidos ao Brasil no Navio Negreiro no século XV.

seus condicionantes de sobrevivência. A ideia dos colonizadores sempre foi o extermínio dessa população de maneira a tornar o país totalmente embranquecido, ideia essa que não obteve cabimento algum, visto que as mulheres escravizadas já sofriam estupros e acabavam por gestacionar filhos dos senhores burgueses brancos.

Mesmo adotando estratégias de sobrevivência e resistência essas mulheres estavam expostas as altas taxas de mortalidade infantil e materna (LOPES, WERNECK, 2012), com o agravante de sofrerem com a separação de laços com os seus iguais (irmão, filhos, companheiros). O afeto é ressignificado nessas relações e tornam essas mulheres verdadeiras muralhas.

É sob essas condições que as mulheres negras que tiveram seus corpos violentados por colonizadores são identificadas como mulheres coisificadas, como mão de obra escrava e sexual, um ventre gerador de mão de obra também escravizada. Compreende-se, portanto, essas condições como contraditória, pois ao passo que essas mulheres tinham o controle de suas subjetividades nas mãos dos senhores burgueses gerando desprezo e todas as violações já citadas, esses corpos eram desejados e hipersexualizados.

A mulher escrava e mãe não poderia exercer a sua maternidade, e sim a obrigação de cuidar e alimentar os filhos das mulheres brancas, eram as chamadas amas de leite. A saúde nesse período era inexistente não havia nenhum tipo de preocupação com as condições física, mental e social da população negra, o que se objetivava era o embranquecimento do Brasil com a política de imigração, assim como ressalta as autoras:

Para além do agravante de não mais haver senhores ou o Estado para suprir as necessidades mínimas de africanos e afrobrasileiros libertos, ainda havia a aposta do Estado brasileiro em fazer desaparecer progressivamente as marcas africanas, tidas como inferiorizantes (LOPES, WERNECK, 2012 p. 5).

Essas ações contra a população negra vão ser perpetuadas em todos os programas pensados para a promoção da saúde, pois com a vinda dos imigrantes e o fim da escravidão, mantiveram-se as condições discriminatórias e subalternas para essa população, pois elas e eles não foram agregados ao mercado de trabalho formal e eram proibidos de frequentar a escola.

A maternidade da mulher negra influenciada pelo patriarcalismo nunca foi de fato relembrada por autoras brancas que utilizam a categoria de gênero para a partir dela explicar as diversas discriminações que todas as mulheres estão expostas. O que se pretende não é fazer uma crítica a esses pensamentos, mas sim compreender que estas são

narrativas impostas pela escrita eurocentrista, e que mesmo assim trazem diversas contribuições para pensarmos as questões das mulheres brasileiras, no entanto carente do recorte atrelado de classe e raça.

O homem sempre esteve em posição de prestígio no espaço público e privado. Neste sentido, o patriarcado tem base estruturada nas relações sociais, o mesmo é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens. (SAFFIOTI, 2015). Essa dominação perpassa todas as condições de sobrevivência das mulheres e interfere diretamente na posição em que elas ocupam na vida profissional e na relação com o corpo. Barreto (2011) afirma que o patriarcalismo também é caracterizado por uma autoridade imposta institucionalmente, do homem sobre mulheres e filhos no ambiente familiar, permeando toda organização da sociedade, da produção e do consumo, da política, à legislação e à cultura (p. 64).

A mulher na estrutura patriarcal tem a função de procriar, cuidar da casa e dos filhos. O corpo da mulher sempre foi visto como “fielmente biológico a procriação” (COLARES e MARTINS, 2016, p. 17). A maternidade sempre foi influenciada por uma série de fatores sociais onde o mito do amor materno afirma a todo o momento que este é um instinto da mulher. Por isso, na perspectiva religiosa a sexualidade feminina sempre foi restrita a conceber a vida, reforçando a estrutura machista da sociedade.

Na idade média a idealização de maternidade não era pensada sem a efetivação do casamento onde este era arranjado e visava apenas às condições econômicas entre o “casal”. Ser mãe era gerar a criança e os cuidados não tinham tanta importância, a obrigação em cuidar dos filhos não responsabilizava de fato o núcleo familiar (GRADVOHL; OSIS e MAKUCH, 2014).

Influenciado pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista e a divisão sexual do trabalho, a mulher (pobre) desenvolvia tripla jornada de trabalho, era dela a função de cuidar da casa e dos filhos, além do trabalho nas fábricas, ela tinha a obrigação de exercer a maternidade dando todo suporte emocional e educativo, já que o seu “instinto materno” era uma tendência feminina inata. (Gradvohl; Osis e Makuch, 2014, p. 57). O homem deveria apenas prover o sustento familiar sem exercer a sua paternidade de fato.

Ao mesmo tempo em que o Estado capitalista europeu exaltava a maternidade por favorecer o enriquecimento da nação (Gradvohl; Osis e Makuch, 2014), dois movimentos feministas se destacaram na época (movimento radical e movimento maternalista) por

questionarem a concepção da maternidade e maternagem atribuídos a mulher. O movimento radical não concordava que a maternidade deveria ser imposta pela estrutura patriarcal da sociedade, e sim que a vontade e a opção da mulher necessariamente fossem consideradas. Já o movimento maternalista considera a maternidade tão importante e essencial na vida da mulher que elas deveriam ser remuneradas por tal cuidado. O feminismo deste período suplicava pelo direito da mulher em poder optar por ter filhos e se inserir cada vez mais na vida pública, ocupando os mesmos espaços de poder do homem.

Neste sentido, buscando dar outra perspectiva a esse feminismo branco, concordamos com Sueli Carneiro:

Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto (2003, p. 49).

Nos dias atuais, a concepção da maternidade necessita de um olhar mais ampliado, pois enquanto tradição ela foi permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem hoje é estabelecida no vínculo afetivo ao filho por uma mãe (GRADVOHL; OSIS e MAKUCH, 2014). A concepção de família como não sendo apenas por consanguinidade e sim por laços afetivos, reconceitua a ideia principal de maternidade, pois neste sentido ela depende única e exclusivamente da vontade da mulher em ser mãe, independente do aspecto biológico, da relação sexual e de todos os paradigmas postos pela sociedade.

Os novos arranjos familiares também é um fator que contribui para a nova compreensão de maternidade. A exemplo da união homoafetiva, esse novo tipo de família suscita a questão do exercício da maternagem por dois pais ou duas mães (GRADVOHL; OSIS e MAKUCH, 2014, p. 60), onde a/o filha/a pode ser concebido por meio da inseminação artificial ou com o uso do material genético dos pais e da adoção.

A maternidade se expande para além da orientação sexual e perpassa a identidade de gênero, um homem transexual pode passar pelas mesmas experiências gestacionais que uma mulher cisgênero, assim como uma mulher transexual pode exercer a maternidade, pois o que a define é a afetividade.

Vale ressaltar que a maternidade nos dias atuais, possibilita a opção das mulheres em não ter filhas/os ou não vivenciar a maternidade. No entanto, não é meramente uma opção das mulheres como um todo. As mulheres brancas, de maioria com estruturas socioeconômicas favoráveis optam por não vivenciarem a maternidade, ao passo que um número expressivo de mulheres negras não dispõe de alternativas, pois a mulher negra sempre esteve no papel de mãe preta (González, 1984), a exemplo do planejamento familiar que denota controle do Estado, e não meramente uma escolha de ter ou não uma gestação em determinado momento e quando optam por não gestacionar, exercem a maternidade das/os filhas/os das mulheres brancas ou ainda de parentes próximos ou pessoas desconhecidas.

Apesar das riquíssimas contribuições que as Autoras Gradvihl; Osis e Makuch (2014) trazem para o debate da maternidade, não podemos concordar que a maternidade pode ser vista de maneira desvalorizada. As autoras afirmam que o padrão desvalorizador da maternidade consiste no cuidado da/o filha/o por terceiros, quando na verdade não nos cabe julgar essa questão e sim compreender que isto é uma condição subjetiva determinada por inúmeros fatores, assim como mulheres pobres perdem o direito de cuidar das/os filhas/os, mulheres negras necessitam abrir mão deste cuidado para venderem a sua força de trabalho.

A sexualidade feminina ainda é tratada como um tabu, a mulher deve está a todo o momento preparada para suprir os desejos sexuais do homem, no caso da maternidade, o seu significado exerce fator determinante quanto à raça. A gestação da mulher branca, rica e casada ainda é vista como um momento importante, carente de cuidados, embora um dos elementos nucleares do patriarcado reside exatamente no controle da sexualidade feminina, a fim de assegurar a fidelidade da esposa a seu marido. (SAFFIOTI, 2015 p. 51). O sexismo imperante e o discurso do senso comum, tende a culpabilizar a mulher que acidentalmente engravida, mas mesmo nesse caso, a gestação ainda é bem vista por ser uma mulher privilegiada por sua cor e classe.

A mulher negra também vítima do sexismo, tem seu corpo objetivado para o prazer, a maternidade não é bem vista, pois o planejamento familiar é perpetuado pelo Estado e com o agravo de sofrer com a desassistência do homem e da solidão amorosa. A figura masculina é validada em todos os momentos vividos por uma mulher, a gestação e a concepção da maternidade, quando não conta com a presença do homem aloca

discriminação e julgamento a mesma, podendo esta ser desacompanhada, solteira, bissexual, lésbica ou produtora independente, seja qual for a ramificação, a maternidade solo é vista carregada de preconceitos.

Fazer esse pequeno retorno às origens nos faz refletir que embora a construção histórica das mulheres negras tenha sido diretamente influenciada pelo racismo, sexismo e o patriarcado, alterando a relação social das mulheres advindas de África, a mulher negra brasileira e pobre mantêm em suas relações socioculturais e econômicas, resquícios das sociedades matriarcais. Por três condicionantes: A descendência de outra mulher negra em sua linhagem ancestral, agregando valores e culturas, dando sentido aos saberes populares que permanecem na religião, na culinária, no modo em que expressam afetividade e etc. O segundo condicionante está presente na família onde as relações de mulher mãe com as/os filhos, companheiras/os remetem sempre ao cuidado que mesmo sendo imposto, é referenciado a todo o momento em nossa sociedade. A maternidade dessas mulheres ao passo que é questionada é reverenciada por serem elas a força motriz de suas famílias. E por último, o fator econômico. A grande maioria dessas mulheres são trabalhadoras informais e estão na base da pirâmide econômica, os espaços sociocupacionais mais pauperizados são ocupados por elas que ainda assim são provedoras do sustento de suas famílias.

Por esses condicionantes, as mulheres negras são em maior número, as usuárias das políticas públicas, em especial do SUS. Expostas as três condições estruturantes de discriminação (gênero, raça e classe), conseqüentemente necessitam de maior cuidado e atenção ao pré-natal.

2.3 Pré-natal e a Atenção a Saúde das Gestantes Negras

Para contextualizar o pré-natal é necessário retomar ao século XX, quando a saúde da mulher estava voltada exclusivamente para a maternidade e os seus aspectos biológicos. A mulher era vista como frágil, adoeceria mais em relação aos homens, além de “ser nascida para parir”. Inicialmente, os cuidados específicos com a gravidez se baseavam apenas em medidas e aconselhamentos dietéticos e visavam, prioritariamente, ao organismo materno (CRUZ et al, 2014, p. 90). Isso porque antigamente o cuidado era feito por parteiras ou mulheres mais velhas dando ênfase aos saberes populares.

Na década de 1970 o cuidado à saúde da mulher era realizado por meio de programas existentes que preconizavam ações voltadas exclusivamente à saúde materna infantil. A Política Nacional de Saúde Materno-infantil era focalizada na assistência ao parto, puerpério e a gravidez, sem que outros tipos de ação fossem pensados. Durante este período, vários documentos foram elaborados abordando as questões da saúde da mulher. Entre eles: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que instituía a criação de programas voltados para a assistência ao parto, puerpério e à gravidez de risco; Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com foco na relação entre a nutrição infantil, gestantes, puérperas, parturientes e mulheres em idade fértil; e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com a finalidade de prevenir as gestações de alto risco (Jorge et al., 2014, p. 141).

Em 2004 o Ministério da saúde criou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve como objetivo abordar a temática de gênero, promover a integralidade e contribuir para a promoção da saúde da mulher. Outro avanço foi consolidar a discussão acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

O pré-natal pode ser definido como um conjunto de procedimentos e cuidados realizados durante o período gestacional. É ele o responsável por diagnosticar a gravidez, classificar o nível de risco que a mãe pode ou não estar exposta e acompanhar o desenvolvimento do feto. Esse período é um marco para a vida das mulheres, isso porque a chegada de um/uma filho/filha altera as condições estruturais dos envolvidos. As mudanças ultrapassam a questão física e biológica e altera a lógica familiar, interfere nos aspectos econômico, mental, social, ambiental, etc. Logo, o pré-natal é de extrema importância para o acompanhamento da mãe e da criança.

Na rede pública de saúde ele deve conter pelo menos seis consultas, divididas entre os profissionais médico, enfermeiro e dentista, o agente em saúde também deve acompanhar a gestante por meio de visitas domiciliares, se necessário (BRASIL, 2012). A mulher gestante obrigatoriamente deve ser imunizada e ainda deve receber complementação de vitaminas, fazer exames periódicos a fim de constatar possíveis doenças ocasionadas pela gestação (hipertensão, diabetes) e doenças sexualmente transmissíveis.

O Manual de pré-natal e puerpério (2005) preconiza que atenção ao pré-natal deve estar voltada para a humanização, que por meio de condutas acolhedoras, do fácil acesso aos serviços de saúde e de ações que integrem promoção e prevenção, consiga prestar a devida assistência a gestante e ao recém-nascido, integrando desde a atenção primária até o atendimento hospitalar de alto risco.

Souza, Roecker e Marconn (2011, p. 200) acrescentam que é preciso entender a humanização como prática pautada em princípios como integralidade e equidade das ações, evidenciando as/os usuárias/os como sujeitas/os de direitos e participantes ativos do seu processo saúde/doença.

É direito da gestante ser orientada quanto a todas as transformações que ocorrem durante este período, se estendendo para além da saúde biológica e perpassando a vida social, econômica e emocional, orientação está feita por uma rede de apoio.

É vasto os fatores positivos que o pré-natal pode contribuir para a saúde da mulher e do/a filho/a durante a gestação. No entanto, a população negra possui menos acesso a política de saúde e em se tratando das mulheres negras, a situação é ainda mais preocupante. Segundo Pithan et al (2014), vários fatores podem interferir na gestação das mulheres negras, pois elas são mais expostas a

hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, dificuldades econômicas, nível educacional, cardiopatias associadas, obesidade, síndromes hemorrágicas relacionadas ao parto, infecções no puerpério e complicações decorrentes de abortos realizados incorretamente. A taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras pode chegar até seis vezes maior do que entre as brancas. (p.14).

Todas as doenças que tem afetado a população negra têm, no racismo um terrível fator agravante (PENNA e GUEDES, 2008). A exemplo das gestantes negras que desenvolvem diabetes nesse período específico. Muitos profissionais culpabilizam as mulheres alegando a má alimentação sem considerar os fatores sociais e econômicos. O médico em muitos casos, não se preocupa em saber qual a ocupação ou quais as condições de acesso a alimentação saudável daquela mulher.

O racismo institucional⁷ é uma prática decorrente acometida por profissionais da área da saúde contra a população negra. As mulheres negras que estão em número mais

⁷ Para além do já conhecido racismo velado, este desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. (WERNECK, 2016).

expressivo nas unidades de saúde vivenciam em seu cotidiano o despreparo desses profissionais em lidarem com as particularidades, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível (WERNECK, 2016, p. 541).

A prática do racismo institucional vai desde o mau atendimento em decorrência do número elevado de demandas ao modo como a consulta é conduzida. A baixa escolaridade da gestante pode facilitar a não qualidade do atendimento, os profissionais exercem poder em função do cargo que ocupam e não se atentam a equiparar o seu modo de transmitir orientações, o setor saúde é uma das áreas na qual ocorrem as maiores injustiças em que as mulheres negras recebem um tratamento desigual no atendimento pré-natal e ao parto (PENNA e GUEDES, 2008).

Esse tratamento desigual atrelado a nova condição da mulher (de gestante) não são levados em consideração quando as discussões acerca da saúde da mulher são feitas em espaços institucionais como os centros de saúde. A saúde reprodutiva e o controle da natalidade são assuntos cotidianamente discutidos nas unidades de atenção primária a saúde. No entanto, essas ações promovidas pela política de saúde têm uma relação mais próxima com o julgamento moral do número de filhos que as mulheres pobres geram do que com uma discussão visando à autonomia sobre o corpo e os direitos reprodutivos.

A saúde reprodutiva da mulher negra sempre esteve à margem das discussões. Falar sobre essa questão é recorrer as ideias do controle de natalidade versus o direito ao aborto. Davis (2016) quando mobiliza esse debate afirma que historicamente a mulher negra não foi amparada pelas lutas feministas por estas compreenderam que a mulher racializada estava comprometida apenas com a luta de seus povos contra o racismo e que por isso também não possuíam uma dimensão crítica acerca do sexismo.

A ideia de controlar a natalidade estava ligada ao fato da mulher poder optar por ter filhos, uma luta importante do movimento feminista, mas que tem significado diferente para a mulher negra, que nunca teve a gestação como algo positivo, uma criança negra não é desejada pela sociedade.

As mulheres negras têm autoconduzido abortos desde os primeiros dias da escravidão. Muitas escravas se recusavam a trazer crianças a um mundo de trabalho forçado interminável, em que correntes, açoites e o abuso sexual das mulheres eram as condições da vida cotidiana. (DAVIS, 2016, p. 207).

O aborto enquanto uma questão de saúde pública ainda é um tema pouco discutido entre os profissionais e as usuárias, isso porque ainda existe um tabu em debater o assunto atrelado às dimensões culturais e religiosas. Neste sentido, falar sobre esse assunto é refletir a respeito do contexto social que grande parte das mulheres (independe da classe social) já vivenciou. O problema é que as mulheres mais pobres ficam expostas a riscos ainda maiores quando decidem abortar.

O Estado caminha a passos muito lentos de debate sobre essa questão e mais uma vez expande as suas contradições, pois ao passo que ele controla a sexualidade das mulheres pobres por meio do planejamento familiar para evitar que tenha mais filhos, eles (profissionais a serviço do Estado da área da saúde) negligenciam atendimento a mulheres que materializaram o aborto clandestinamente. A questão em voga é a autonomia a sexualidade e ao corpo da mulher que não são levadas em consideração em nenhuma das estratégias adotadas. A mulher pobre que têm muitos filhos é vista como irresponsável desleixada e aquela que decide abortar é criticada moralmente por praticar tal ato. A saúde dessas mulheres enquanto uma grave expressão dos determinantes sociais de saúde permanece no caráter controlador e punitivo do Estado.

As jovens negras estão expostas a todos os tipos de violações racistas de direitos ainda mais destacados. Elas engravidam mais cedo em relação às jovens brancas, e essa população não é vista nos corredores dos centros de saúde. A desatenção ao pré-natal na gravidez precoce pode ser revisada a partir da equidade, assim como aponta Penna e Guedes (2008) onde um atendimento com equidade proporciona as gestantes e sua prole a garantia de uma assistência de saúde pautada nos princípios que norteiam o SUS. As estratégias de equidade podem ser pensadas a partir do atendimento as gestantes jovens pautado no momento em que estão vivenciando a gestação, abordando assuntos que comuniquem com as suas expectativas, onde exista um espaço aberto para o diálogo.

Sabendo que o pré-natal da rede pública se materializa na atenção primária a saúde, a educação em saúde pode ser um mecanismo de debate e promoção a saúde importante. Atrelado ao acompanhamento multiprofissional onde a equipe de saúde ao realizar a assistência precisa priorizar a humanização durante o atendimento aos distintos grupos populacionais e, em particular, a mulher gestante (Souza; Roecker e Marcon), esses profissionais podem auxiliar significativamente na prevenção e na superação dos diversos tipos de violência sofrida por mulheres negras.

As intercorrências durante a gestação não correspondem apenas aos fatores genéticos que as mulheres negras estão propiciadas. O acesso a informação é direito e deve conter todas as inquietações e dúvidas dessas mulheres, embora não é isso que aconteça. Neste sentido, o debate acerca das questões de gênero e raça nos grupos voltados para a educação em saúde, auxiliam não apenas as gestantes, como os profissionais.

Partindo do que a política de pré-natal propõe as intervenções que visam acolher e acompanhar o período gestacional ainda está engessado em temáticas que não ultrapassam a visão da saúde como “mera ausência de doença”. Fomentar o debate sobre o pré-natal na perspectiva descentralizadora e expandir o conceito de saúde é essencial para possibilitar mudanças na perspectiva da maternidade e assim correlacionar os demais aspectos estruturantes a este período na vida da mulher.

Analisando o Manual Técnico do pré-natal⁸ e no Caderno de Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco foi possível constatar que as condutas e ações que devem ser adotadas durante o período gestacional são: rotinas estabelecidas pelas unidades de saúde (consulta e exames); acompanhamento gestacional por meio da ficha de acompanhamento ao pré-natal; mapa de atendimento diário; cartão da gestante e relatório de encaminhamento, bem como uma série de normas para diagnosticar a gravidez e conduzir o acolhimento.

Não se pode negar que esses procedimentos são essenciais para promover uma gestação segura, no entanto, o manual acrescenta: “o acompanhamento da gestante e da puérpera na atenção básica deve ser multiprofissional, com ênfase na participação do profissional médico e de enfermagem”. (pg. 19). Outro ponto que desperta atenção nestes documentos são os determinantes que caracterizam o pré-natal como não seguro (gravidez de risco), alguns merecem destaque: baixa escolaridade (inferior a cinco anos de estudos); condições ambientais vulneráveis (vulnerabilidade social); dependência de álcool e outras drogas; transtorno mental; ocupação (esforço físico excessivo, carga

⁸ Desenvolvido pela secretária de saúde do Estado de São Paulo. A publicação deste manual integra um conjunto de ações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Com o fornecimento ininterrupto de métodos contraceptivos aos municípios, esperamos ter facilitado o acesso de mulheres e homens aos meios seguros e eficazes para evitar uma gravidez não desejada. Paralelamente, medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério vêm sendo adotadas, particularmente em regiões com piores indicadores maternos e neonatais.

horária extensa, estresse, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos) onde se entende por profissão e local de trabalho, além da situação conflituosa afetiva e a violência doméstica. Um último ponto que vale a pena ser discutido diz respeito a informações que devem ser prestadas durante o pré-natal, considerando as mais relevantes: promoção da alimentação saudável, direito de acompanhamento no parto, planejamento familiar e saúde mental atrelada à violência sexual e doméstica.

Essas informações auxiliam na sustentação de que embora a Política de pré-natal preveja a participação multiprofissional e enumere diversas ações que possibilitam a promoção à saúde das gestantes, a fim de evitar morbidade materno infantil, os únicos profissionais previstos nas consultas de pré-natal são o médico, enfermeiro, agente comunitário e o dentista. Desde modo, para ampliar o acesso a informações que ultrapassam a intervenção destes profissionais é necessário que outros profissionais também participem das consultas a exemplo do psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, doula, nutricionista etc.

Se considerarmos os agravos gestacionais que podem ser causados pela não participação no pré-natal ou ainda por determinantes acima citados, podemos considerar que as gestantes que sofrem com um ou mais desses fatores possuem raça e classe determinada: são mulheres negras e pobres.

Dados da campanha “SUS sem racismo” (2014) apontam que 60% das vítimas de mortalidade materna no país são negras e apenas 27% tiveram acompanhamento durante o parto, enquanto as mulheres brancas 46,2%. Quanto a orientações 62,5% receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno contra 77% das mulheres brancas.

Segundo o “Dossiê Mulheres negras” (2013), no Brasil 51% das famílias de baixa renda são chefiadas por mulheres negras e cerca de 70% delas criam seus filhos sozinhas. A taxa de escolaridade em relação ao nível mais elevado de estudos possui diferenças consideráveis quanto à raça, onde as mulheres negras são apenas 9,9% em relação às mulheres brancas que chega a 23,8%.

Como aponta os dados, a mulher negra na esfera social é preterida pela desigualdade estrutural não só de gênero como de raça e classe. A mulher branca possui o privilégio de cor em relação à mulher negra nos espaços institucionalizados, o homem

negro a vantagem de ser homem em uma sociedade patriarcal e misógina e o homem branco, em sua maioria têm a classe e o gênero para justificar o seu lugar de poder na sociedade. Neste sentido, a mulher negra se encontra a margem por ser atingida pelos três pilares interseccionados gênero, raça e classe (Crenshaw, 2002).

A vulnerabilidade socialmente produzida em relação às mulheres negras é comprovadamente fator determinante na desatenção ao pré-natal e os seus agravos, especialmente, as restrições impostas à autonomia reprodutiva feminina e o controle de natalidade em muitos casos propostos pelo profissional de saúde, bem como da gravidez indesejada e o alto índice de abuso e violência sexual.

A maternidade e o gênero definem papéis socialmente forjados do patriarcado para estruturar a sua dominação sobre as mulheres. A questão racial neste sentido reforça a visão racista de que a mulher negra não necessita de cuidados e deve exalar força, mesmo sendo as usuárias mais frequentes do sistema único de saúde, ainda é possível identificar o despreparo dos profissionais em lidar com a particularidade da mulher negra.

A discussão com diversos profissionais da saúde pode contribuir para fortalecer a multidisciplinaridade e a troca de experiências sobre o período gestacional. O pré-natal multiprofissional pode ser visto como um mecanismo para autonomia das mulheres frente às políticas sociais e o acesso a elas, ao corpo e a maternidade como um direito de escolha.

Capítulo 3. Pré-natal multiprofissional: uma estratégia para o acesso aos direitos sociais das gestantes negras

Neste capítulo, para melhor compreensão, iniciaremos com os procedimentos metodológicos adotados. Devido a mudanças na reestruturação da APS no DF, faremos uma breve contextualização sobre essas alterações que têm impacto diretamente na atenção ao pré-natal.

Em seguida, será apresentado o resultado do questionário socioeconômico aplicado a cinquenta (50) realizado em 2016 e analisados os dados coletados a partir de entrevistas qualitativas realizadas com cinco (5) profissionais que participaram de uma roda de conversa, na perspectiva de um pré-natal multiprofissional no mesmo local, realizado em 2017.

3.1 Procedimentos metodológicos

Para a realização da pesquisa, foi utilizada a metodologia qualitativa, que segundo Minayo (1992) é caracterizada nas ciências sociais por compreender a realidade que não pode ser quantificado por ser um “universo dos significados, motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (p. 21). Esse conjunto de fenômenos é a parte da realidade.

Para tanto, a pesquisa se dividiu em três partes onde na primeira fase foi realizado levantamento bibliográfico, acerca dos marcos de constituição da saúde enquanto um direito social, da APS, da promoção e educação em saúde, bem como os determinantes sociais em saúde e à construção de maternidade e de gênero, e ao pré-natal e a atenção as gestantes negras.

A segunda parte referiu-se à coleta de dados por meio de questionário e entrevistas. O questionário foi aplicado em 2016 com cinquenta (50) gestantes usuárias de uma instituição de saúde da APS em uma região administrativa (RA) do DF e elaborado pela equipe com intuito de mapear o perfil das mulheres atendidas. A instituição autorizou a sistematização dos dados. Trata-se de um Centro de Saúde tradicional⁹ onde as intervenções consistem em acompanhamento de doentes crônicos, a saúde da mulher e da criança e atendimentos preventivos, tendo como especialidades a clínica médica, ginecologista, odontologia, pediatria, nutrição e o serviço social. As

⁹ O termo enquanto estrutura física ainda se mantém. No entanto, devido as mudanças ocorridas no ano de 2016, está intitulado como Unidade Básica de Saúde.

perguntas feitas no questionário (anexo) tiveram como objetivo conhecer o perfil socioeconômico das usuárias. Também foi realizado entrevistas semiestruturadas com cinco (5) profissionais, onde três (3) deles atuam na mesma instituição acima citada. A fim de assegurar os critérios éticos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo), assinado pela aluna e pelos profissionais envolvidos, os mesmos não serão identificados.

A última parte constitui-se da reestruturação da APS no DF, que como resultado trouxe mudanças significativas no atendimento ao pré-natal. Em seguida será exposto as condições socioeconômicas das gestantes e por fim, a análise das entrevistas com os profissionais. Para realização das entrevistas, os profissionais foram contatados antecipadamente, foi elaborado um roteiro de entrevista (em anexo) com treze perguntas semiestruturadas revisadas a partir do percurso bibliográfico até então pesquisado. Composto de perguntas relacionadas à atuação multiprofissional, e as dimensões de gênero e raça, a entrevista foi gravada mediante autorização previa dos entrevistados por meio de gravador de voz e posteriormente transcrita.

Todos os profissionais foram convidados a participar da roda de conversa que acontecia na instituição nos anos de 2015 e 2016. Para garantir o sigilo das informações passadas durante a entrevista e a identificação desses profissionais, os mesmos serão identificados por meio da letra “P” que se refere à profissional, seguido do número de 1 a 5 por ordem cronológica de realização das entrevistas.

3.2 A reestruturação da Atenção Primária a Saúde no Distrito Federal

A APS desde a sua implementação no Distrito Federal, pós Constituição de 1988 se estrutura por meio de diretrizes estrategicamente planejadas para o atendimento universal e regionalizado. No entanto, ainda na construção de Brasília, passando por cinco períodos de mudanças, Gottens et al (2009) faz um resgate destes períodos, onde a APS é alvo das políticas de governo e complementação dos serviços prestados do setor privado. Deste modo, seremos breve na caracterização destes.

No primeiro período (década de 1960), a saúde ainda contrastava com as perspectivas curativa e preventiva atrelada a praticas coletivas e individuais. Foi criado o Plano Bandeira de Melo que construiu novas unidades de atendimento e lançou a base

das políticas de saúde. Com a construção da nova capital, foi possível modernizar os serviços públicos prestados à população.

No segundo período compreendido entre 1960 – 1983 a saúde passa a dar maior enfoque a APS. Cria-se o Plano Frejat que não consegue alcançar grandes mudanças, ao contrário, fragiliza a capacidade resolutiva da APS e focaliza na vigilância epidemiológica e começa a se pensar sobre o Programa de Saúde da Família.

No terceiro período entre 1983 – 1990, com a reforma sanitária em voga, e a influência de Alma Ata, ocorrem mudanças significativas onde o atendimento à saúde da mulher e da criança passam a ser priorizados, bem como a humanização, o controle das doenças sexualmente transmissíveis.

Entre os anos de 1990 – 1998 foi implementado o Programa Saúde em Casa atuando junto ao Programa Saúde da Família. Neste período, o Distrito Federal vivenciava um crescimento desordenado demográfico e por isso, foram construídos vários Centros de Saúde nas regiões administrativas. Embora tenha havido um aumento no número de pessoas atendidas, a ESF também foi realizada pelo terceiro setor, foi à chamada “duplicação de estruturas de funcionamento” (GOTTEMS et al, 2009). Em 1995, o governo local propôs (...) o Plano de Reformulação do Modelo Assistencial (REMA), privilegiando estratégias do modelo tradicional de APS baseado em centros de saúde e de fortalecimento da gestão e do controle social (GOTTEMS, PIRES, 2013, p. 11).

No quinto e último período, entre 1998 e 2007, foi implementado de fato a ESF, ocorreram mais contratações e a APS torna-se um objeto de disputa político-partidário (GÖTTENS et al, 2009). O Plano de Conversão da Atenção Primária à saúde criado em 2005, adota os princípios da ESF e implementa de maneira parcial as equipes de saúde.

A reestruturação da APS sempre esteve na agenda de governo do DF. A década de 1990 foi divisora no modo de atenção à saúde até então prestados à população. Com a influência neoliberal na seguridade social e o movimento de contrarreforma em favor do grande capital, essas mudanças acarretaram grandes obstáculos

Á concretização da política pública apregoada a instabilidade do financiamento, a hegemonia do modelo hospitalocêntrico em detrimento da atenção primária à saúde, a dicotomia na oferta de serviços, bem como os conflitos entre os grupos de interesse público e privado. (GÖTTENS et al, 2009, p. 23)

Atualmente, a APS vive mais um momento de reestruturação na gestão e no atendimento a população. Gottems e Pires (2013) caracterizam a saúde no DF no ano de 2013 como uma

ampla rede pública, com oferta de atenção em todos os níveis de complexidade – primária, média e alta. A Secretaria de Estado da Saúde (SES-DF) conta com 76% do total de leitos SUS disponíveis na Capital. Em relação à Atenção Primária, a rede física regionalizada dispõe, em média, de uma unidade básica de saúde para cada 25 mil habitantes (p. 13).

É fato, que o DF por abrigar a capital do país, possui condições menos desfavoráveis no atendimento à saúde da população. Mas, comumente a mídia divulga inúmeros casos de desatenção do Estado com a saúde. Usando o argumento, que sempre reforça que “tudo que é público não presta” a sociedade civil, o governo e o grande capital, instauram a reestruturação do SUS, como solução para a má gestão e os desvios no investimento. Neste sentido, Medeiros (2013) afirma que a contrarreforma iniciada ainda no governo FHC e continuada nos governos seguintes, cria um novo modelo de gestão com a criação da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), uma empresa de direito privado que tem por finalidade a privatização dos hospitais universitários do país.

O processo de financeirização que atinge diretamente a política de saúde transferiu a responsabilização do Estado para as OSs (Organizações Sociais) e OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), isso porque, o capital para atingir suas taxas de lucro viu na mercantilização dos direitos sociais um mercado rentável (Medeiros, 2009, p. 8).

O atual governo do DF e o secretário de saúde Humberto da Fonseca nomeado em 2016, criaram o novo modelo de assistência à saúde, alegando que os recursos destinados a saúde são mal gastos devido à má gestão. O secretário afirma: “Acredito que a mudança de modelo de assistência e as parceiras com a iniciativa privada podem nos ajudar a fazer saúde mais rápido e com mais eficiência”. Segundo o jornal Correio Braziliense as mudanças começaram na APS.

O ponto central do projeto se baseia na chamada atenção primária, com o aumento da cobertura de equipes de Saúde da Família, de forma a conseguir, aos poucos, frear a grande demanda nas emergências. (...) A ideia é que os centros de saúde sejam a porta de entrada da população no sistema público. Para efetivar o plano, será necessário fechar contratos de gestão com as chamadas organizações sociais, que passarão a gerenciar os centros e também as unidades de pronto atendimento (UPAs) (Correio Braziliense, 2016).

Essas mudanças alteram a forma de atendimento da população. A saúde da família por meio da ESF se divide neste novo modelo em equipes regionalizadas, com profissionais que atendem as demandas daquela população. As unidades e os centros de saúde tradicionais, não deve se organizar da mesma forma, neste sentido, cada região é atendida pela equipe responsável por aquela área e se necessário, encaminhados a atenção de média e alta complexidade. O que acontece na prática é o encerramento de práticas de saúde nas unidades de saúde, de grupos para a população idosa, gestantes e doentes crônicos.

Para justificar essas mudanças, o secretário da saúde afirma:

Dentro da mudança de modelo de assistência, as parcerias com a iniciativa privada podem nos ajudar a fazer mais rápido e com mais eficiência. Temos hoje o modelo de gestão da administração direta, baseado em licitações e concursos públicos. Esse sistema gera extrema dificuldade para trabalhar. Eu demoro hoje um ano para fazer uma licitação. (...) Quando um hospital privado demite um médico, ele repõe em algumas horas. Hoje, uma organização social, por exemplo a que gere o Hospital da Criança, perde um pediatra e repõe em uma semana. Eu preciso fazer um concurso público, que leva um ano. (...) Pretendemos fazer essas parcerias de forma complementar para nos ajudar nessa expansão. Vamos sim utilizar parcerias com a iniciativa privada, temos a Lei nº 4.081, que trata do uso de organizações privadas para a saúde. (...) Precisamos mudar o modelo de assistência e o modelo de gestão. (Humberto da Fonseca, em entrevista ao Jornal Correio Braziliense em junho de 2016).

Para essas mudanças na APS, o secretário criou o projeto Brasília saudável, onde o objetivo é que todas as 170 Unidades Básicas de Saúde funcionem com equipes da ESF que visa focar o atendimento dos centros de saúde tradicionais apenas a ESF com as equipes territorializadas. Esses argumentos nada mais são do que a reorientação dos investimentos da APS para as organizações sociais na perspectiva de em pouco tempo, privatizar os serviços de saúde.

Esse novo modelo de gestão já está impactando diretamente o atendimento da população nos antigos centros de saúde, que hoje, abrigam as equipes e não promove atividades de educação em saúde, por exemplo.

3.2 Perfil Socioeconômico das gestantes

No ano de 2016, foi aplicado um questionário com cinquenta gestantes de um centro de saúde estudado, localizado em uma região administrativa do DF. O objetivo foi caracterizar o perfil das gestantes dessa instituição e compreender os motivos da pouca adesão a roda de multiprofissional para gestantes realizado pelo centro de saúde.

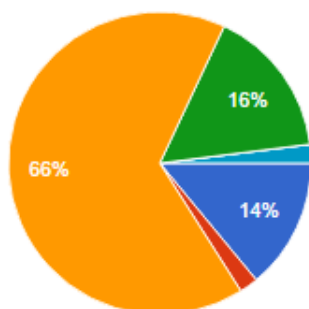
A roda de conversa para gestantes foi proposta por uma assistente social a fim de ampliar o acesso a informações durante o período gestacional junto a outros profissionais. Os encontros aconteciam quinzenalmente e os temas abordados foram: direitos sociais durante e após a gestação, cuidados com o recém-nascido, aspectos emocionais e nutricionais, medicações, preparação para o parto, amamentação e outros.

Foram feitas perguntas relacionadas às condições econômicas e sociais, o acesso aos serviços prestados pela instituição e a participação nas atividades da mesma, a concepção de saúde, se a gestação foi planejada, se são trabalhadoras formais, as dúvidas em relação ao pré-natal e a importância dele. O questionário foi aplicado durante os meses de abril e maio de 2016, com as usuárias gestantes independente da participação da roda de conversa.

O gráfico 1¹⁰ a seguir aponta que apenas oito das cinquenta entrevistadas se consideram pretas (16%), sete (14%) delas se consideram brancas e trinta e três se consideram pardas (66%). O restante das entrevistadas se consideram amarelas ou indígenas. O número expressivo de mulheres que se afirmam pardas têm ligação direta com a construção histórica da identidade racial e da representatividade no Brasil.

A autodeclaração parece ser a forma mais utilizada para identificação racial em saúde, sendo também aquela que, em situação de entrevista, tem sido apontada como problemática, chegando a causar constrangimento. Entretanto, esse constrangimento só se manifesta quando a pessoa entrevistada é negra ou preta (SACRAMENTO, NASCIMENTO, 2010 p. 2).

Gráfico 1: Autodeclaração de cor/raça das gestantes, 2016



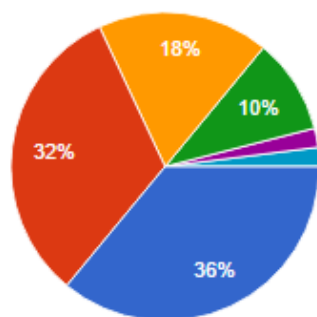
Legenda: **pardas** - **pretas** - **brancas** - **amarelas** - **outros**

Fonte: Elaboração própria.

¹⁰ Gráficos gerados a partir dos dados coletados no questionário.

Segundo o IBGE o termo pardo tem sido adotado desde o primeiro censo demográfico realizado no país em 1872, quando também era usado o termo caboclo para designar a raça dos indígenas e no censo seguinte foi substituído o pardo pelo mestiço. O Brasil passou sessenta anos sem designar a raça em suas pesquisas demográficas. O termo pardo, portanto, é usado desde 1980, quando as pessoas passaram a se afirmarem pardas por não se considerarem brancas. Considerar pessoas pardas é confirmar que ainda existe uma grande dificuldade da população negra em se reconhecer como tal, reflexo da política colonizadora do embranquecimento da população brasileira, ao passo que, se afirmar enquanto parda/o ou negra/o depende de diversos fatores o principal deles é a tonalidade de pele. Comumente o discurso para dizer que não existe racismo no Brasil, é afirmar que somos povos mestiços, misturados. Fato é que o mito da democracia racial exerce violência simbólica de maneira especial na mulher negra (Bento, 2002). Por isso, o perfil dessas gestantes são mulheres com idade entre 27 e 45 anos, com ensino médio completo e com renda de até um salário mínimo. Considerando a junção de mulheres pardas e pretas quarenta dessas mulheres são negras.

Gráfico 2: Renda Familiar das gestantes entrevistadas, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

Legenda¹¹: **R\$ 880,00 - R\$ 881,00 até R\$ 1.600** - **1.601,00 até 2.500,00** - **2.501,00 até 4.000,00** - **4.001,00 até 7.500,00** - Superior a 7.500,00

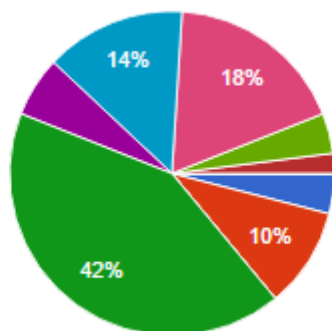
Quanto à renda familiar e o nível de escolaridade, das mulheres que se afirmaram negras, dezesseis (32%) delas possuem ensino superior completo, cursando ou

¹¹ Valor estabelecido de acordo com o salário mínimo de 2016.

incompleto contra apenas três (6%) das mulheres brancas. No entanto, a renda familiar das mulheres brancas é maior em relação a das mulheres negras (entre 1 salário e meio e 3 salários) dos 32% que tem renda até esse valor, dez (20%) delas são brancas. Ao passo que a renda das negras, dezoito (36%) das entrevistadas é de apenas um salário. Se considerarmos que a cidade onde foi realizada a pesquisa é uma região pobre, esses números são favoráveis e apontam que as mulheres estão estudando mais, no entanto, isso não garante o aumento da renda familiar, quando os homens ainda possuem renda superior e nos casos onde as mulheres são as responsáveis pelo provimento familiar. Apenas duas das avaliadas possuem renda familiar acima de 4 mil reais.

Nove das gestantes com renda familiar de até R\$2.500,00 possuem nível superior completo. O perfil dessas mulheres trouxe resultados inesperados em relação ao grau de escolaridade e a própria renda. Existe sim um avanço ainda que pequeno em relação às condições socioeconômicas. Essa tendência pode ser confirmada pelo acesso ao ensino superior, pois ele tem crescido consideravelmente pelo aumento das faculdades e das políticas voltadas para o acesso ao ensino privado. Mas ainda assim, não é garantia de melhoria da renda.

Gráfico 3: Grau de escolaridade das gestantes pesquisadas, 2016.



Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: **Ensino Médio completo** – **Ensino Médio Incompleto** - **Ensino Fundamental Incompleto** – Não alfabetizadas – **Ensino Superior cursando** – **Ensino Superior completo** – **Superior incompleto**

Como o gráfico aponta, vinte e uma (42%) mulheres possuem ensino médio completo, contra apenas cinco (10%) com ensino fundamental incompleto, duas (5%) delas não sabem ler e escrever. Sete delas (14%) ainda não concluíram o ensino médio.

A faixa etária das mulheres gestantes é considerada alta quando 60% delas têm no mínimo 27 anos de idade, não foi possível identificar se estão na primeira gestação. Apenas uma (2%) das gestantes entrevistadas era menor de 18 anos. Dados do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde, (2017) apontam que o número de gravidez na adolescência obteve queda de 17%, a região Centro Oeste possui o menor quantitativo, apenas 8% das mulheres que engravidaram em 2016 eram adolescentes. Essa mudança foi justificada pela expansão do programa Saúde da Família, que aproxima os adolescentes dos profissionais de saúde, mais acesso a métodos contraceptivos e ao programa Saúde na Escola que oferece informação de educação em saúde (Lamare, 2017).

Quanto ao mercado de trabalho, vinte e quatro delas, praticamente metade não exercem trabalho remunerado, deste quantitativo, vinte são negras, dessas apenas nove recebem Bolsa Família ou outros benefícios socioassistenciais, que expõe o não acesso a estes benefícios mesmo com a renda considerada baixa, nos casos onde a renda não passa de 1 salário mínimo (36%). Das vinte e seis trabalhadoras inseridas no mercado de trabalho, vinte e quatro delas são formais.

A segunda parte do questionário traz as seguintes perguntas: o que você entende por saúde, se participa de algum grupo no centro de saúde, se conhecem o grupo de gestantes, se possuem dúvidas em relação às consultas do pré-natal e se essas dúvidas são sanadas, se existe algum tipo de dificuldade em comparecer as consultas e por último, como as entrevistadas avaliam a importância do pré-natal.

Sobre a compreensão do que é saúde, treze relacionaram com o bem-estar sem especificar quais e onze não souberam opinar. Cinco das entrevistadas correlacionaram à saúde como um direito social ou avaliaram a situação do SUS na atualidade. As respostas mais evidentes em relação a essa visão foram: *“É o direito de toda pessoa”* e *“É uma prioridade que o governo deveria ter”*. Nessas afirmações foi possível identificar que o grau de escolaridade não interfere na concepção do que é saúde, quando a grande maioria associou o bem-estar a não está doente.

Em relação à participação das gestantes em atividades da instituição, todas as entrevistas afirmam não participar, o que confirma que os grupos e outros tipos de atividades estão centrados em grupos específicos de doentes crônicos. O problema não é existir um grupo voltado para esse público específico e sim a maneira como os assuntos são discutidos, pois a não participação da comunidade nas atividades do Centro de Saúde chama atenção para a própria ideia de saúde que essas pessoas têm. Apenas sete tinham conhecimento do grupo de gestantes, número inferior ao esperado devido às inúmeras tentativas de divulgação ampla do grupo.

Quanto às consultas do pré-natal vinte mulheres disseram ter algum tipo de dúvida e dessas, apenas três conseguem sanar essas dúvidas. Verifica-se que o tempo das consultas não têm sido suficientes para sanar as dúvidas, por serem rápidas podem não possibilitar a compreensão das gestantes do que de fato deve ser abordado. As dúvidas mais frequentes foram em relação ao parto, aos enjoos e o desenvolvimento do bebê, o que enfatiza que o pré-natal ainda está focado na procura por doenças ou agravos e não pela promoção da saúde em sua totalidade. As dúvidas em relação aos direitos sociais não foram relacionadas com o pré-natal, existiu uma tendência nas respostas em relacionar o pré-natal apenas com a saúde e o desenvolvimento do bebê. Mesmo com esses dados, é muito frequente a procura pelo Serviço Social para atendimento de demandas relacionadas a benefícios variáveis, direitos trabalhistas, provimento de alimentação e enxoval.

Das entrevistadas que não conseguem sanar as dúvidas, as queixas mais frequentes são: As consultas são rápidas, o médico ou enfermeiro não sabem responder e a vergonha em perguntar. Essas três respostas trazem algumas reflexões: quais são as condições de trabalho que esses profissionais estão submetidos? (Número de atendimentos, equipamentos adequados, mão de obra qualificada); a necessidade de um pré-natal multiprofissional é uma possibilidade para sanar as dúvidas das gestantes e ampliar as dimensões em relação ao período de gestação. Além disso, a figura do médico como central e vista como a mais qualificada, pode fazer com que as gestantes não se sintam à vontade para criticar a sua prática ou sanar dúvidas.

A intervenção dos profissionais da APS deveria ser pensada na perspectiva da equidade, compreendendo que o acesso aos serviços de saúde e a informação é um direito de todas e todos. Nos relatos do questionário aplicado, as queixas se apresentaram sempre

em relação ao atendimento e a falta de atenção dos profissionais. Uma das gestantes afirmou: *“Eu até quero perguntar, só que o médico não dá espaço pra perguntas”*.

É importante ressaltar, que mesmo com todas as dificuldades expostas pela pesquisa do pré-natal na rede pública, as consultas são mais bem avaliadas em relação aos planos de saúde, e as gestantes que fazem acompanhamento na saúde privada não abrem mão da rede pública. Outro aspecto positivo, é que o hospital da região, é referência para os partos dessas gestantes, possui uma perspectiva mais humanizada que incentiva o parto natural e a amamentação.

Por fim, a maioria das usuárias afirmam não ter nenhum tipo de dificuldade em comparecer as consultas do pré-natal e avaliam o mesmo como muito importante (88%), e das que possuem dificuldades, a mais comum é à distância de sua moradia e a dispensa do trabalho. Essas questões interferem diretamente na participação do pré-natal, e são motivos frequentes para a não adesão ao grupo de gestantes.

Diante dos resultados constatados, o centro de saúde enquanto espaço de socialização da comunidade, não realiza atividades suficientes para o fortalecimento do vínculo dos pacientes com a instituição. Essa fragilidade, afasta a possibilidade de compreender a saúde em seu sentido ampliado e de utilizar o espaço para promover atividades de educação em saúde que perpassam a prevenção e o cuidado de doenças crônicas. Neste caso,

os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009, p. 583).

A pouca adesão a roda de conversa na perspectiva de um pré-natal multiprofissional pode ser justificada pela prática engessada dos profissionais ou ainda pela não compreensão das usuárias de que o centro de saúde pode e deve ser um espaço de promoção e prevenção a saúde e aos seus determinantes.

Contudo, a compreensão dos profissionais mais ativos no pré-natal, deve ser orientada a uma lógica afastada da prática tradicional e mais próxima as particularidades da população. Divulgar o grupo de gestantes possibilitaria sanar dúvidas frequentes, e abriria um leque de possibilidades para se repensar um pré-natal multiprofissional e para,

além disso, garantir de fato todos os direitos enquanto gestante de ser consultada adequadamente, de poder ser acolhida pela instituição.

Diante do exposto, a pesquisa apontou a importância da educação popular na saúde, são nesses espaços de socialização que se identifica demandas não atendidas nas consultas, onde as gestantes se sentem de fato acolhidas pelo espaço e pelos profissionais. Neste sentido, é competência também do Serviço Social na saúde enquanto profissional que detém de conhecimento teórico e metodológico promover intervenções capazes de auxiliar na geração de autonomia aos os indivíduos, orientar e defender o acesso a informação.

Mioto (2004) afirma que as ações educativas estão cada vez mais sendo entendidas também como ações que se desenvolvem no interior dos serviços na busca da qualidade do atendimento e na defesa de direitos. O Serviço Social articulado às outras profissões da área da saúde, por meio da interdisciplinaridade teve papel importante na construção do diálogo entre os profissionais e entre as gestantes.

3.3 Análise das entrevistas dos profissionais e a abordagem temática de gênero e raça no pré-natal.

Os profissionais entrevistados participaram do pré-natal multiprofissional organizado como roda de conversa realizada em um centro de saúde de uma região administrativa do DF.

Multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico (ROQUETTE, et al 2012, p. 465).

Embora, a discussão tenha se pautado na multidisciplinaridade, a roda de conversa pode ser caracterizada de maneira ainda mais ampla, deste modo, a interdisciplinaridade é mais bem colocar nessa experiência.

A interdisciplinaridade é definida como uma abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente relacionam-se entre si para alcançar maior abrangência de conhecimento (ROQUETTE, et al 2012, p. 467). A intervenção interprofissional¹² é

¹² Compreendemos que a mesma é mais ampla e se enquadra melhor na concepção de roda de conversa.

constituída por duas ou mais categorias profissionais que compartilham conhecimentos e práticas para o planejamento e execução de projetos e atividades no seu contexto de trabalho (ROCHA; BARRETO, MOREIRA, 2010, p. 2).

Foram entrevistados cinco profissionais, sendo que três deles atuam a quatro anos na APS, e apenas um dos entrevistados possui mais de vinte anos de atuação na área. Em relação ao perfil das usuárias gestantes, a maioria dos profissionais entrevistados relacionaram o perfil com as demandas que elas apresentam para cada profissional, as respostas mais frequentes foram: adolescentes de baixo peso, mulheres com dificuldade de aceitação da maternidade, trabalhadoras domésticas, com baixa renda e baixa escolaridade. Embora os profissionais caracterizem a classe social, apenas um deles afirmou a raça preponderante sendo a negra. O profissional entrevistado P4 acrescenta: *“Normalmente com mais de um filho sem ter realizado planejamento familiar”*. O planejamento familiar costuma ser pauta constante dos profissionais da saúde. Dados do IBGE de 2016 afirmam que a taxa de filho por mulher tem caído expressivamente, na década de 1980 era de 4,1 por mulher e hoje não passa de 2. A pesquisa não revela a cor/raça dessas mulheres e nem classe. Souto (2008) considera que o debate acerca dos direitos sexuais e reprodutivos

Reafirma a necessidade de reconhecer as desigualdades existentes nas relações de gênero e o seu papel diferenciado no processo saúde/doença, resgatando as particularidades das mulheres em sua dimensão de geração, classe social, raça/etnia e orientação sexual e inova, principalmente por incluir os direitos sexuais e reprodutivos como direito humano (SOUTO, 2008, p. 169)

Sabemos que as mulheres pobres, que possuem mais de um filho são preferencialmente destinadas ao planejamento familiar, este tem como intuito o controle da natalidade, é necessário, portanto, englobar um debate mais amplo e menos estigmatizante.

A respeito das demandas, as respostas mais comuns foram relacionadas com: dores e enjoos, gestantes que experimentam a diabetes gestacional ou a hipertensão; dúvidas relacionadas ao parto e a amamentação; informações sobre o acesso aos direitos sociais (salário maternidade, auxílio natalidade, direitos trabalhistas). O entrevistado P3 acrescenta que:

“No dia da inscrição (no pré-natal) é uma tarde inteira que eu passo com elas porque a gente faz a roda de conversas e tem o pré-natal do pai também. Então eles vêm, a gente senta em roda e conversa e nesse primeiro contato a gente já dá muitas informações pra elas de como vai ser o pré-natal, fala um pouco das modificações gravídicas porque a gestante normalmente ela fica muito ansiosa né, em relação aos sintomas (...)”

A roda de conversa é considerada uma intervenção comunitária designada por um método que possibilita a discussão, expressão de desejos e desabafos, tendo como resultado as trocas e o aprendizado (COSTA et al, 2015, p. 32). Neste sentido, é interessante porque por meio do levantamento de demandas individuais, é possível sanar as questões de outras gestantes, dando espaço de fala e principalmente de acesso a informação que é direito de todas, o entrevistado P3 também afirma que a participação dos pais no pré-natal foi uma demanda das próprias usuárias.

Sobre a identificação da necessidade de atuação de outros profissionais no atendimento a determinada demanda, foi questionada a forma de trabalho em equipe entre os profissionais. A maioria dos profissionais afirma atuar de maneira interdisciplinar. Segundo P1:

“Geralmente quando (...) paciente complica, muitas vezes ou então precisa de um atendimento sei lá, com o enfermeiro ou com a assistente social, geralmente eu tento conversar diretamente com o profissional e depois a gente dá um jeito de encaminhar o paciente”.

O entrevistado P5 ressalta que essas intervenções por razão da dinâmica da instituição não acontecem com muita frequência:

P5: “Sim, em geral a comunicação é relativamente tranquila, às vezes a intervenção não sai como o esperado, mas a gente consegue conversar, discutir os casos, não é rotina”.

O profissional P3 afirma que as articulações com outros profissionais têm sido dificultadas por conta das mudanças ocorridas na reestruturação da APS:

P3: “a gente tem a nutrição e a assistente social (...) então no alto risco a gente tem mais acesso do que os outros profissionais de saúde que hoje tá bem difícil de conseguir uma consulta com a nutrição por conta de coisas bobas que é a questão de conversa mesmo entendeu? Tá muito difícil. Desde junho eu não conseguia marcar nenhuma paciente né e agora a gente conseguiu umas vagas pra esse mês depois de muita conversa por conta justamente dessa transição (...) do modelo tradicional para estratégia de saúde da família mas é uma coisa que eu acho que nem precisaria existir essa dificuldade de acesso né?”

O trabalho interdisciplinar, mesmo sendo de extrema importância para a promoção em sua totalidade da saúde, tem sido fragilizado devido à conjuntura atual que comprime cada dia mais a atuação coletiva e estabelece uma rotina mecanicista aos profissionais. A conjuntura Atual exige que os profissionais se rearticulem. Para tanto, a negociação e o estabelecimento da comunicação permanente se fazem necessário, o que

representa a construção de uma ética reflexiva sobre as decisões e os atos que se realizam nos serviços de saúde (GELBCKE, MATOS, SALLUM, 2012, p. 35). A tentativa que está sendo feita atualmente, é transformar os centros de saúdes tradicionais em ESF.

Questionado aos profissionais se eles realizam outro tipo de intervenção (roda de conversa, palestra, atividades) além das demandas do cotidiano, apenas um entrevistado ainda consegue manter rodas de conversas e o outro pretende promover orientações a este público durante a espera das consultas, três dos entrevistados colocaram como dificuldade em desenvolver outros tipos de intervenção, a reestruturação da APS:

P2: “a mudança no sistema foi radical então praticamente ela excluiu (...) outros profissionais e ficou com o trabalho de equipe só, enfermeiro, médico, técnico e só. Há uma exclusão, eles querem na realidade que essa equipe seja tudo: assistente social, nutricionista, farmacêutico, que eles sejam tudo”.

Os profissionais têm tentado realizar outras estratégias para que as gestantes continuem com o atendimento interprofissional no pré-natal:

P5: “Por conta dessas mudanças né? (...) que é tornar o centro de saúde que era tradicional em Estratégia de saúde da família, eu até conversei com algumas equipes pra gente começar a fazer atividades de sala de espera para as gestantes né? Que aí ao invés de fazer roda que ela teria que vir em outro momento a gente aproveitaria o momento que ela já estaria aguardando a consulta, demoraria um pouquinho mais pra ela ser chamada na consulta e a gente passaria as informações na forma de roda de conversa né, essa troca, mas a gente ainda não conseguiu começar (...) tá restritivo e tá incerto, as coisas têm mudado com muita velocidade que nem a gente fica sabendo, tá na prova que isso compromete o trabalho também”.

É nítido que as constantes mudanças ocorridas na APS têm fragilizado a perspectiva interdisciplinar no atendimento as gestantes. Se a dificuldade anterior era a adesão a roda de conversa, hoje o grande desafio é retomar essas intervenções.

Sobre a experiência de participação da roda de conversa, todos os profissionais avaliam positivamente. As respostas mais comuns enfatizaram a importância de trocar saberes entre as usuárias e entre eles.

P2: A experiência de trabalhar com roda que além da gente trocar informações a gente aprende muito a questão da vida delas não é? (...) elas aprendem, nós também aprendemos com elas né? Vários fatores, tanto o fator social o fator alimentar, o convívio em família, as dúvidas delas então a gente tem muito o que aprender. Eu acho que em termos preventivos é a melhor forma .

P5: “Eu acredito que essa é a melhor estratégia de atendimento, porque a gente reconhece quem é a população que a gente tá atendendo, a gente dá voz para essa população dizer quais são as demandas dela, e a gente contribui de uma maneira horizontal né, e não com essa hierarquia que é eu sou o

profissional, você é o paciente que espera pacientemente a intervenção né, então acredito que essa é a melhor forma de reconhecer as pessoas como sujeitos de direitos, e de viabilizar a troca entre elas também”.

Um momento que trouxe incomodo aos profissionais entrevistados, foi quando eles foram questionados sobre a abordagem da categoria gênero e da categoria raça em suas atuações. Esse incomodo pode ter se dado pelo fato de que os profissionais entrevistados eram pessoas brancas e ainda existe uma certa resistêcia em abordar esses temas por parte dos mesmos. Apenas um dos entrevistados é negro. Dois dos profissionais afirmou não ter abordado essas categorias em nenhum momento. Um dos entrevistados afirmou não ter abordado essas questões porque: *“P3: as vezes que me chamou foi pra falar especificamente de cuidados com o bebê, que é a minha especialização né? Então né, eu não botei esse tema não de gênero, de raça...”*

A categoria gênero foi abordada por apenas dois profissionais, visto que, se tratando de maternidade, gestação, a temática está mais presente. Ainda assim, ela foi pouco abordada nas discussões:

P4: “De gênero sim no tocante à história da mulher relacionada à maternidade e contextos sociais exigentes atualmente do papel destas na sociedade. De raça especificamente não. ”

O profissional P5 justifica a não abordagem de raça porque:

P5: “De gênero sim, de raça não. De raça se essa demanda é trazida por elas, a gente aborda, mas, em geral, muitas vezes não é né, inclusive eu acho que tem uma certa dificuldade de reconhecimento da própria gestante negra de dizer que é negra, quando você pergunta a raça ela não sabe o que dizer que raça que é parda né, é difícil ela se reconhecer enquanto negra, e por mais que a gente saiba que tem alguns aspectos que são diferentes na saúde da população negra, se ela não se reconhece consequentemente ela não vai conseguir identificar essa diferença né, e aí realmente talvez esse seja um espaço pra gente trabalhar essa questão”.

A colocação trazida pelo profissional foi interessante para compreendermos que a questão racial no Brasil não é considerada importante porque falar sobre raça é afirmar que existe racismo nas relações sociais e isso incomoda. Se afirmar enquanto mulher negra é um processo de reconhecimento constante de suas condições e subjetividades na sociedade, é sentir na pele o tratamento diferente em espaços públicos pelo simples fato de ser negra. Esse reconhecimento começa quando abordamos essa questão nos espaços que ocupamos de socialização de saberes como a roda de conversa. Por isso não foi

surpresa na pesquisa apresentada no tópico anterior, que mulheres negras se afirmarem enquanto pardas, mesmo considerando que pardas são negras, se afirmar negra ainda é uma dificuldade para mulheres que não possuem acesso a essas discussões ou não se sentem representadas.

Para exemplificar ainda mais a não abordagem de gênero e raça, na pergunta seguinte foi questionado se esses profissionais consideravam que as gestantes negras estão expostas a condições menos favoráveis de saúde. As respostas foram:

P1: “Olha eu acho que de certa forma para a população negra de um modo geral ela tá exposta a condições inferiores de saúde. Enfim, por tudo aquilo que a gente sabe, do processo histórico e enfim, é um fato né?! Tanto que a gente tem pouca participação de mulheres negras né? Eu tô tentando lembrar aqui a maior parte das mulheres que a gente atendeu na roda de conversa era mulheres brancas. Agora o porque exatamente a gente não tem como saber mas eu acredito que sim, por conta dessa questão social enfim, da questão da pobreza que geralmente tá associado, eu acho que o acesso aos serviços é muito mais difícil.”

Com a resposta do entrevistado, a entrevistadora rebateu que a maioria das gestantes eram negras e que portanto, seria estranho que o público da roda de conversa fossem mulheres brancas. O mesmo afirmou: *P1: “É mesmo? Aqui na roda? (...) Você tá falando isso, mas como eu nunca percebi? Olha só”*.

A resposta do entrevistado confirma que embora, se reconheça que a população negra vivencia discriminações históricas, e que são a maioria da população do país, 53% segundo o PNAD (2014), os profissionais ainda não reconhecem esse público nas unidades de saúde, mesmo sendo comum o relato de racismo institucional acometido a gestantes negras, reafirmamos, portanto, que a questão racial só pode ser enfrentada quando discutida abertamente entre os profissionais e as usuárias.

O profissional P2 discorda que exista discriminação por motivo de raça:

P2: “Acho que não. A questão de ser negra, branca, preta acho que não. Acho que todas as... como é que fala? Todas as raças tem a mesma coisa né as condições de saúde são as mesmas, independento de raça, eu acho.”

O profissional P4 reconhece essa diferenciação, mas afirma que a questão racial está relacionada ao indivíduo:

P4: “Considero que as gestantes de classe social inferior estão. Entretanto, sabemos que existem alguns estudos que relatam que as negras sofrem mais discriminação. A meu ver, o preconceito existe, entretanto, vejo mais

dificuldades de melhor acesso à saúde e condições melhores de um parto saudável em locais públicos por deficiência de materiais e piores condições de atendimento por falta de RH. A questão de raça enquadraria em aspectos pessoais, preconceitos individuais.”

A fala dos profissionais não nos trouxe surpresa, obviamente nenhuma pessoa quer ser chamada de racista, quer se reconhecer como tal, e para legitimar isso ainda se utiliza do mito da democracia racial. Em 2003, 90% da população afirmavam que existe sim racismo no país, só que a conta não bate. Eles reconhecem as desigualdades raciais, só que não associam essas desigualdades raciais à discriminação e isto é um dos primeiros sintomas da branquitude (BENTO, 2002, p. 26).

Os profissionais entrevistados associaram a intervenção onde se pauta gênero e raça como uma responsabilidade de um profissional específico. Normalmente o profissional negro ou mulher. Neste sentido Souto (2008) afirma que políticas direcionadas a mulheres como é o caso do pré-natal não necessariamente vão abordar a questão de gênero e não se reduzem apenas à articulação de equipes multiprofissionais e gestão. A intervenção deve, portanto, se direcionar a integralidade das ações, pensando a política de saúde na perspectiva dialética.

Falar sobre essas dimensões é responsabilidade de todas e todos os profissionais, pois se a maioria dos entrevistados reconhece a pobreza como fator determinante, não a como negar a questão racial. Assim, tentar diluir o debate sobre raça analisando apenas a classe social é uma saída de emergência permanentemente utilizada (BENTO, 2002, p. 27). Consideramos que classe, gênero e raça impactam diretamente nas condições de saúde dessas mulheres e embora concordamos que a saúde pública vivencia inúmeras dificuldades, as discriminações raciais é uma estrutura muito bem arquitetada no argumento da dita democracia racial e o aspecto pessoal ele é apenas uma das dimensões do racismo institucional.

O profissional P5 traz uma compreensão mais próxima da realidade pesquisada considerando diversos fatores:

P5: “Considerando que a saúde em um olhar mais ampliado a gente precisa considerar os determinantes sociais, historicamente a população negra está em situação de vulnerabilidade né? Então por conta da precarização nas relações de trabalho, do vínculo, da inexistência dele, do trabalho por conta de muitas vezes o não acesso ao benefício, ou mesmo a alimentação adequada, isso vai ter uma repercussão maior na saúde dessa população, que em geral, em sua maioria é a população negra.”

Em seguida os profissionais entrevistados foram questionados se eles percebiam algum tratamento diferenciado de outros profissionais a pessoas negras. Todos os profissionais afirmaram não perceber. Apenas dois dos entrevistados percebem alguma desigualdade no atendimento. No entanto, as respostas se direcionaram a questão de classe e instrução intelectual na diferenciação do atendimento, o profissional P2 percebe esse tratamento desigual as pessoas LGBT e o outro não considera que o quesito raça determine essa diferenciação.

P2: “Aqui não. Se existe eu nunca vi. É assim, eu acho que existe mais na questão de gay. (...) Porque por mais que as pessoas falem, que são profissionais e tudo elas sempre referem aquele, aquela pessoa que é gay seja homem ou mulher de forma diferente e as vezes até cômica, entendeu?”

P5: “Não especificamente por ser negra né, mas as vezes um tratamento um pouco diferenciado com a população um pouco mais pobre, aí você acaba discriminado ou pela falta de cultura, de conhecimento, de escolaridade, das condições precárias que mora, e talvez esse preconceito ele se materialize mais quando tem uma situação de pobreza, uma pessoa negra com uma maior instrução não sei se talvez teria essa mesma questão. Mas, especificamente por ser negra, eu nunca vi.”

As respostas apresentadas não surpreendem quando os profissionais têm dificuldade em afirmar qual é o público da instituição, quando não relacionam as diversas mudanças ocasionadas no período gestacional com as dimensões de gênero e raça e quando não se discute raça no pré-natal. É necessário compreender que a condição de pobreza ainda está diretamente atrelada a questão racial e pessoas pobres são tratadas de maneira desigual, mas considerar apenas a questão de classe nesse sentido é reafirmar que o racismo é velado.

Sobre a eficácia do pré-natal multiprofissional, todos os profissionais reconhecem a importância do mesmo, e afirmam que ainda não é possível quantificar os resultados dessa experiência, visto que a roda de conversa foi adotada a cerca de dois anos. Os profissionais reconhecem esse espaço como uma estratégia ampla de informações e atenção integral ao pré-natal.

P1: “Um diferencial num tipo de trabalho como esse, que você fortalece a comunidade e (...) é o objetivo da atenção primária a saúde, a gente ainda tá muito errada nela assim, (...) a gente tá mais como tratamento de doença do que como prevenção e educação em saúde. A ideia é que a atenção primária ela seja mais um trabalho de proteção e de prevenção mesmo.”

O profissional P2 afirma que o pré-natal multiprofissional foi importante, mas que atualmente ele é impossível de ser concretizado sob as condições que se encontra a unidade de saúde pesquisada:

“Praticamente nos excluiu. Porque hoje eu atendo aqui enquanto puder, a hora que eles quiserem nós estamos saindo. Então equipe basicamente ficou só essa: enfermeiro, médico e técnico.” (P2).

Um dos entrevistados não considera a perspectiva multiprofissional ainda como eficaz:

P3: “Não tem sido eficaz infelizmente. Eu acho que é porque a gente não tem NASF, (...) ta começando a ampliar a questão da só ser família agora, porque antes era centro de saúde tradicional, a unidade básica tradicional, pode ser que agora comece a ficar um pouco melhor essa questão mas, ainda é bem precário a questão multiprofissional.”

O profissional P4 aponta os desafios para o trabalho multiprofissional no pré-natal:

P4: “Sempre é eficaz. O problema é encontrá-lo mais frequente em locais de atendimento à gestante justamente pela falta de tempo, de RH e de perfil profissional que o veja como necessário. Para mim, todo atendimento em saúde deveria ser multicêntrico e transdisciplinar.”

Todos os profissionais ainda encontram dificuldades para a realização do pré-natal multiprofissional. Isso se deve a defasagem de recursos humanos e financeiros, a sensibilização por parte dos profissionais em reconhecerem na educação em saúde um espaço amplo para discussões e acolhimento de demandas e mais uma vez, pela reorganização da APS.

Por fim, pretendíamos tomar conhecimento sobre como o pré-natal multiprofissional pode contribuir para o acesso aos direitos sociais das gestantes, em especial, das negras.

P1: “Com certeza (...) até eu aprendi assistindo as conversas quando a assistente social vinha falando dos direitos, eu não sabia que a gestante tinha o direito de um acompanhante durante o parto, isso é lei, então quando a gente fala pessoa que é lei e que ela pode exigir é outra história. (...) evita que ela passe por procedimentos desnecessários, por mutilação genital por exemplo, que é um tema que a gente ver acontecendo, então porque ela se senti confiante porque tem alguém do lado dela (...) Então a chance daquilo não acontecer com ela é muito maior porque ela vai tá sendo prevenida, então eu acho que a roda de gestantes ela super contribui nesse aspecto”.

P4: “Contribui para qualquer raça. Indígenas igualmente não possuem a cultura que a maioria e sofrem muitas vezes com um parto cesáreo o qual não é comum em sua tribo e retornam à ela com esse “fardo”. A roda de conversa ajuda a esclarecer diversas dúvidas, ajuda a trocar experiências e disseminar informações. Com isso, os direitos são conhecidos e uma vez sabidos, podem

ser melhor cobrados e exercidos. Assim como as gestantes possuem direitos e deveres, os profissionais também o possuem. Se todos estão conscientes do seu papel, não há brechas para maiores problemas.”

P5: “eu acredito que contribua na medida que amplia o conhecimento entre esses direitos, aumenta o acesso a esse profissional, de você reconhecer, olha nessa unidade tem tal profissional, então se eu tiver uma dúvida (...) porque acaba que a roda de conversa não é esgotar aquele assunto naquele momento, em torno de eliminar as possibilidades de gerar dúvida, porque a gente sabe que na roda de conversa a gente traz assuntos que ainda são muito teóricos considerando que as vezes é a primeira gestação (...) a ideia da roda de conversa é ela ser referenciada com os profissionais pra saber que naquela unidade tem um profissional que se quer tirar uma dúvida ela não precisa ficar sozinha, ela recorre a esse profissional, e isso é muito válido e contribui bastante, mais do que se fosse um atendimento individual, (...) por conta dessas mudanças, se ela se limita a ser referenciada por um profissional, muitas vezes ela vai ter um atendimento restrito, mas se ela tem um leque maior de possibilidades.”

Foi constatado que o assunto raça ainda é um entrave nas discussões, existiu para além do incomodo a necessidade de não se reconhecerem enquanto profissionais racistas, o que queremos expor é que não estamos afirmando que os profissionais entrevistados possuem práticas racistas em suas atuações e sim que o incomodo gerado trouxe a eles reflexão sobre a questão racial.

O discurso de que não é atribuição deles falarem sobre raça também foi muito utilizado e neste sentido, se continuarmos pensando que a questão racial só diz respeito às pessoas negras, não conseguiremos superar o mito da democracia racial. Os diversos profissionais discutem e defendem a interdisciplinaridade, porém permanecem limitados as suas disciplinas e práticas individuais, fragmentadas (GELBCKE, MATOS, SALLUM, 2012, p. 36). O pré-natal multiprofissional pode sim ser um mecanismo de enfrentamento ao racismo institucional e as inúmeras violações de direitos acarretados por ele, quanto mais informações e atenção no pré-natal as gestantes negras tiverem acesso, menor será a chance de terem os seus direitos violados. No entanto, isso não garante que as mesmas não venham a sofrer com o racismo e a discriminação. O que queremos afirmar é que, a discriminação racial é histórica e estruturada nos discursos do senso comum, logo, as práticas racistas na atuação dos profissionais da saúde irão ser superadas quando tornarem-se pautas das discussões.

A autonomia é considerada um alcance importante neste sentido, pois como um dos profissionais expôs, quando temos reconhecimento dos nossos direitos, temos maiores condições de lutar por ele e por uma saúde de fato universal. No entanto, acredita-

se que o acesso a informações por si só não supera o racismo institucional. O mesmo vai ser superando com a ampla divulgação de que ele existe e de que não é velado.

É importante ressaltar que o recorte racial proposto aqui é uma tentativa de tornarmos a pauta como um eixo de discussão nas práticas educativas em saúde. Na conjuntura atual, a estratégia a ser adotada deve ser guiada na luta pela manutenção do direito. Em diversas falas dos entrevistados, a reestruturação da APS foi posta de maneira negativa, e ela de fato é. A estratégia de roda de conversa multiprofissional no pré-natal não está sendo realizada atualmente por circunstâncias do novo modelo de gestão e da nova dinâmica de atendimento da instituição. Outras atividades também realizadas para outros públicos como grupos e palestras não se materializam mais. Profissionais que não são médicos, enfermeiros e técnicos ou agentes de saúde, tentam manter-se inseridos nas atividades da instituição. Um dos profissionais afirma que a estratégia é realizar o atendimento com as gestantes sob a organização de sala de espera, aproveitando o público que espera pela consulta. Por fim, o pré-natal multiprofissional é um espaço importante para a ampliação dos direitos os quais elas possuem e não tem conhecimento, as discussões acerca das questões de gênero e raça deveria ser incluída, mas antes disso o pré-natal multiprofissional necessariamente precisa existir.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi analisar de que maneira a estratégia do pré-natal multiprofissional contribui para o acesso aos direitos sociais das gestantes negras, por meio da roda de conversa de um centro de saúde. Também se objetivou tomar conhecimento acerca dos assuntos tratados e se as dimensões de gênero e raça foram consideradas nas discussões. Para tanto, foi considerado o perfil socioeconômico dessas usuárias e a percepção dos profissionais sobre essa estratégia.

A hipótese inicial da pesquisa foi de que o pré-natal multiprofissional amplia o acesso aos direitos sociais, no entanto, não pauta as dimensões de gênero e raça. Com a análise dos dados foi possível testar esta hipótese, considerando que todos os profissionais de saúde afirmaram ser importante a estratégia adotada e o pré-natal para todas as gestantes que responderam ao questionário também foi avaliado como muito importante.

A experiência do pré-natal multiprofissional sob orientação de roda de conversa trouxe contribuições essenciais para a ampliação das ações de saúde voltadas para a educação em saúde. Sem dúvidas, essa estratégia contribuiu para uma gama de acesso a informações e aos direitos sociais, visto que o perfil das mulheres inscritas no pré-natal aponta para uma mudança, ainda que pequena das condições de acesso a saúde, ao mercado de trabalho e a educação.

Em relação às dimensões de gênero e raça, os profissionais ainda possuem uma insensibilidade e um despreparo para tratar essas questões em suas atuações. Podemos identificar que o racismo estrutural e a negação dele dificultam a abertura a esse debate. A falta de capacitação e a estrutura física da instituição também contribuem para a dificuldade de ampliar as atividades realizadas nos centros de saúde. Vale ressaltar, que a capacitação dos profissionais da saúde é constante e que ainda assim, a adesão é baixa.

Neste sentido, o pré-natal enquanto estratégia multiprofissional por si só, não altera as diversas violações de direitos e o racismo institucional vivenciado por mulheres negras, visto que os profissionais pesquisados não reconhecem a questão racial como uma condição fundamental no acesso e atenção à saúde. Ele altera a relação das usuárias com a instituição e com os profissionais, tornando como referência o pré-natal na rede pública de saúde. A estratégia adotada também fortifica o acesso a informações que não são prestadas durante as consultas tradicionais, e, portanto, contribui para a construção de autonomia dessas mulheres.

O debate de gênero e raça necessita ser base teórica na formação profissional de todas as categorias que exercem suas atribuições na área da saúde. Para isso, é imprescindível a inclusão de disciplinas voltadas para essas questões.

Outra estratégia a ser adotada, é a ampliação das ações em saúde voltadas para a promoção e prevenção. Foi constatado que embora a APS preveja essas ações, o quantitativo de profissionais que exercem atividades ainda é baixo. Sem dúvidas, as mudanças ocorridas nos últimos dois anos, fragmentaram a atuação dos profissionais e atingiram a população. Cabe, também, aos profissionais tomarem para si a luta por uma APS mais ampla e descentralizada.

A não discussão sobre os determinantes sociais da saúde e da doença a questão racial, corrobora para a ideia de que não existe um público predominante nas unidades de saúde ou ainda, que a vulnerabilidade social e econômica deva ser pensada de modo isolado. É necessário por fim, avançar no debate de gênero e raça não apenas no âmbito da saúde, mas, em todas as esferas da vida social.

Referências Bibliográficas

ALVES, Vânia Sampaio. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa Saúde da Família. Dissertação de mestrado, UFBA, 2004.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

BADZIAK, Rafael. P. F, MOURA, Victor. V. Determinantes sociais da saúde: Um conceito para a efetivação do direito à saúde. R. Saúde Pública, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, 2010.

BONFIM, Vânia Maria. A identidade contraditória da mulher brasileira: bases históricas. São Paulo: Selo negro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 3ªed.

_____. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 3ªed.

_____. Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5 Brasília - DF 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portal da saúde. “Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil”. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

_____. Maria Inês. MATOS Maurício Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001

BENTO, Maria aparecida. Branquitude e Branqueamento no Brasil. In: Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. (25-58).

BRAZILIENSE, Correio. “Sem recursos para investir e com dificuldade de contratação, secretário só vê uma saída: a reformulação do modelo de gestão”. Julho/2016. Disponível em:

http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2016/06/12/interna_cidadesdf_535960/secretario-de-saude-do-df-precisamos-reformular-o-modelo-de-gestao.shtml

BUSS, Paulo M. FILHO, Alberto P. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In> CZERESNIA, D. Freitas, C.M (org). Promoção da saúde. Rio de Janeiro: 2003.

Campanha “SUS sem racismo” (2014). Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus> Acesso em junho de 2017.

CANDEIAS, Nelly M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, 31 (2): 209-13, 1997.

CARNEIO, Sueli. Enegrecer o feminismo: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2003

CARVALHO, Sergio. GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. 2007.

COLARES, Sthephany C. S., MARTINS, Ruimarisa P. M. Maternidade: uma construção social além do desejo. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 6, n. 1, 2016, p. 42-47.

COSTA, Raphael; FILHO, João; MEDEIROS, Soraya. SILVA, Betania. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. Rev. de Atenção à Saúde, v. 13, jan./mar. p.30-6, 2015.

CRENSHAW Kimberlé W. A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. 2004.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. Edição Boitempo, 2016.

DIOP, Cheick Anta. A unidade cultura da África negra: Domínios do matriarcado e do patriarcado na antiguidade clássica. 1989.

DOVE, Nah. Definindo uma Matriz Materno-Centrada para Definir a Condição das Mulheres. 1998.

GELBCKE. Francine; MATOS, Eliane, SALLUM, Nádia. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012.

GONÇALVES, Roberta Lima. Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GOTTEMS, Leila; EVANGELISTA, Maria; PIRES, Raquel. SILVA, Aline; SILVA, Priscila. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jun, 2009.

GRADVOHL Silvia M. O. OSIS, Maria J. D. MAKUCH, Maria Y. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. Pensando Famílias, 18(1), jun. 2014, (55-62).

HEIDMANN, Ivonete. ALMEIDA, Maria Cécilia. BOEHS, Astride. WOSNY, Antônio. MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Florianópolis, 2006.

IBGE, “De 4,1 filhos por mulher em 1980, taxa de natalidade irá a 1,5 em 2030”.

Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2016/10/ibge-de-4-1-filhos-por-mulher-em-1980-taxa-ira-a-1-5-em-2030-9405.html>

IPEA, Dossiê Mulheres Negras retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. 2013

JORGE. M. F. Herla, HIPÓLITO C. V. Maiza, MASSON, A. Valéria. SILVA, MAGALHAES, S. Raimunda. Assistência pré natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrada. Fortaleza, CE. 2014.

LEFÈVRE, Fernando, LEFÈVRE, Ana Maria. A promoção de saúde. A negação da negação. Ed. Futura. Rio de Janeiro, 2004.

MELLO, Guilherme; FONTENELLA, Bruno; DEMARZO, Marcelo. Atenção Básica e Atenção Primária a saúde: origens e diferenciações conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MINAYO, Maria C. S. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais, Nº 3, ano III, dez. 2004.

MOORE, Carlos. Racismo e sociedade: novas epistemologias para a compreensão do racismo na história. 2007.

NASCIMENTO. Elisa Larkin (org). Afrocentricidade uma abordagem inovadora. São Paulo: Selo negro, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. In: Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.33 n. 81, p. 27-37, 2009.

_____, Jairnilson Silva. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Fiocruz 2008.

_____, Jairnilson Silva. O que é o SUS? Editora: Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

“Pretas recebem menos anestesia” Disponível em:
<http://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,pretas-recebem-menos-anestesia-imp-703837>

PENNA, Lúcia H. GUEDES, Cláudia. Violência institucional no atendimento pré-natal: percepção das gestantes negras. 2008.

ROQUETE, Fátima; AMORIM, Maria Marta; BARBOSA Simone; SOUSA, Daniele ; CARVALHO Dócle. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: em busca de um diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. R. Enfermagem, 2012.

SACRAMENTO, Amália. NASCIMENTO, Enilda. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. R. Enfermagem, 2011.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero Patriarcado Violência. 2ª edição. São Paulo, 2015.

SOUSA, Diego O. SILVA, Sóstenes E. V. SILVA, Neuzianne O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

SOUSA, Viviane; ROECKER, Simone; MARCON, Sônia. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. R. enfermagem. 2011.

SILVA. Cheila, P; RODRIGUES, Angelo B.; OLIVEIRA, CARLA L.; RODRIGUES, Thamy, B. SOARES, Nayana R. Educação em saúde: uma revisão histórico-crítica com enfoque no município de Sobral – CE. Sobral, v.9,n.2, p.29-37, jul./dez. 2010.

SOUTO. Kátia. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. Ser Social, Brasília. 2008.

STARFIEL, Barbara. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

VASCONCELOS. Eymard M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde.

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

OYÈWÚMI, Oyèrónké. Family bonds/Conceptual Binds: African notes on Feminist Epistemologies. Signs, Vol. 25, No. 4, Feminisms at a Millennium (Summer, 2000), pp. 1093-1098. Laços Familiares conceituais: notas africanas sobre epistemologias feministas.

OYÈWÚMÍ, Oyèrónké. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms. CODESRIA Gender Series. Volume 1, Dakar, CODESRIA, 2004, p. 1-8.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário gestantes

Dados Pessoais

Nome: _____ Data de nascimento: __/__/__

Idade gestacional: _____

Unidade de saúde que realiza o Pré-natal:

Gestação planejada: () SIM () NÃO Data provável do parto: __/__/__

Cor: () Branca () amarela () parda () negra () indígena () não sei

Perfil Socioeconômico

Grau de escolaridade:

Você trabalha? () SIM () NÃO Contribui para o INSS? () SIM () NÃO

Recebe algum benefício social? () SIM () NÃO Se sim, qual? _____

Renda familiar: () até R\$ 880,00 () R\$ 881,00 até R\$ 1.600,00 () 1.601,00 até 2.500,00 () 2.501,00 até 4.000,00 () 4.001,00 até 7.500,00 () Superior a 7.500,00.

Pesquisa de opinião

O que você entende por saúde?
_____.

Você participa de algum grupo no Centro de Saúde nº 02? () SIM () NÃO, Se sim, qual? _____.

Você conhece algum grupo específico para gestante? () SIM () NÃO

Quais são as principais dúvidas durante as consultas do pré-natal?

_____ Você consegue esclarecer essas dúvidas durante a consulta? () SIM () NÃO Se não, por quê?

Você encontra alguma dificuldade para comparecer as consultas do pré-natal? Se sim, qual? _____

Como você avalia a importância do pré-natal? () muito importante () importante () necessário () desnecessário () não sei

ANEXO 2

Roteiro de entrevista com os profissionais

1. Nome:
2. Cargo/função:
3. Tempo de atuação na instituição:
4. Qual o perfil das usuárias gestantes que você atende?
5. Quais são as principais demandas desse público?
6. Quando você identifica à necessidade de atuação de outros profissionais no atendimento a determinada demanda, você comunica-se diretamente com o profissional?
7. Você realiza algum outro tipo de intervenção (roda de conversa, palestra, atividades, etc) além das demandas cotidianas?
8. Fale sobre a experiência de participar da roda de conversa para gestantes.
9. Nessa participação, em algum momento você abordou assuntos que se relacionassem com a questão de gênero e/ou raça?
10. Você considera que as gestantes negras estão expostas a condições menos favoráveis de saúde? Se sim, porquê?
11. Já percebeu algum tratamento diferenciado de outros profissionais com pessoas negras?
12. Em sua opinião, o atendimento multiprofissional têm sido eficaz? Justifique o porquê.
13. Você acredita que a roda de conversa para gestantes e o atendimento multiprofissional do pré-natal contribui para o acesso aos demais direitos sociais das gestantes negras? Justifique.

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Pré-natal multiprofissional”, de responsabilidade de Amanda dos Santos Silva, aluna de graduação da Universidade de Brasília, sob orientação da professora Dra. Lucélia Luiz Pereira. O objetivo desta pesquisa é analisar de que forma a estratégia do pré-natal multiprofissional contribui para o acesso aos direitos sociais das gestantes negras. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista que, caso haja seu consentimento, será gravada por meio de gravador de voz. É para estes procedimentos que você está sendo convidado (a) a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa incentivar o debate sobre o pré-natal e as condições estruturantes das mulheres negras no âmbito das instituições de atenção primária, a partir do espaço de socialização de informações das usuárias gestantes e dos (as) profissionais responsáveis.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 99274-0074 ou pelos e-mails amandadsantoss19@gmail.com e lucelia@unb.br.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____