

Code: 65-BR

**O ACESSO E A ACESSIBILIDADE DAS MULHERES NEGRAS
NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES ACERCA DA EQUIDADE
NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS GESTANTES COM SÍFILIS**

Autores

Me Rebel Zambrano Machado

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS.

Dra Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social, professora do curso de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Me Liana de Menezes Bolzan

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Me. Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em saúde da Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul.

Esp. Jaqueline Oliveira Soares

Especialista em saúde Pública, Especialista em Saúde da Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul.

Elaine Oliveira Soares

Especialização em Avaliação e Monitoramento em Saúde. Servidora da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Autor principal: Me. Rebel Zambrano Machado/Porto Alegre/RS

RESUMO: Está escrita apresenta discussões do projeto de pesquisa “Investigação sobre o Acesso e Acessibilidade na Atenção Básica da Gestante que se autodeclara negra ou parda e seu parceiro”, que objetiva investigar os processos de acesso e acessibilidade da população negra ou parda delimitada a mulheres gestantes e seus parceiros na atenção básica no município de Porto Alegre, com ênfase na sífilis. A opção pelo indicador sífilis congênita, justifica-se por considerar que o aumento desta doença no Brasil se configura um grave problema de saúde pública.

Palavras chaves: Acesso; Acessibilidade; Mulheres Negras; Gestante; Sífilis.

RESUMEN: Se escribe discusiones del proyecto de investigación presenta "Investigación sobre el acceso y la accesibilidad en Básico de Atención de maternidad que se declara negro o mulato y su compañero " tiene como objetivo investigar los procesos de acceso y la accesibilidad de la población negro o marrón confinado a las mujeres embarazadas y sus socios en la atención primaria en la ciudad de Porto Alegre, con énfasis en la sífilis. La opción para el indicador de la sífilis congénita se justifica teniendo en cuenta que el aumento de esta enfermedad en Brasil establece un grave problema de salud pública.

Palabras clave: Acceso; Accesibilidad; Las Mujeres Negras; Las Mujeres Embarazadas; La sífilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil, considerada a segunda doença sexualmente transmissível prioritária pelo Ministério da Saúde. Com o aumento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no país e na região Sul, esta trata-se de um evento sentinela para avaliar a qualidade do pré-natal, pois seu agravo é motivo de preocupação devido ao risco do aumento de morbimortalidade do feto que ocorre através da transmissão vertical.

O tratamento da sífilis é disponibilizado na rede básica de saúde e deve ser realizado conforme protocolo do Ministério da Saúde. Isso significa que a transmissão vertical da sífilis pode ser evitada, se tratada em tempo oportuno durante a gravidez.

A Região Sul é a terceira região do Brasil com maior número de casos confirmados de sífilis congênita. No município de Porto Alegre, esta doença apresenta um alto índice, principalmente na população feminina que se autodeclara negra ou parda.

A partir desses dados foi construído o projeto “Investigação sobre o Acesso e Acessibilidade na Atenção Básica da Gestante que se autodeclara negra ou parda e seu parceiro”. Trata-se de Projeto proposto em parceria entre o NETSI(Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade/PPGSS/PUCRS), Secretaria Estadual de Saúde/RS e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Esse projeto tem como objetivo investigar os processos de acesso e acessibilidade da população negra ou parda delimitada a mulheres gestantes e seus parceiros na atenção básica no município de Porto Alegre, com ênfase nas doenças crônicas transmissíveis, em especial a sífilis.

Para aprofundar o conhecimento em relação ao objeto de estudo, elegeu-se como procedimento de abordagem o enfoque misto, que visa a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, a fim de se obter maior compreensão dos temas abordados na pesquisa.

O projeto expõe fatos e suas decorrências que estão ligados ao contexto social, político e econômico e para melhor apropriação e interpretação e análise destes se ampara no método dialético, no qual está presente a investigação da realidade através do estudo.

A coleta de dados será a partir de entrevistas semi-estruturadas, tendo como sujeitos: as gestantes, seus parceiros e os profissionais de saúde. Essa pesquisa também se propõe a realizar uma análise documental, em que se constituem em documentos de domínio público como: as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2014 a 2015, a Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o Plano Nacional de Vigilância das DSTs, Ampliação da Cobertura e Promoção do Acesso Universal e Gratuito e Redução da Transmissão Vertical da Transmissão do HIV e Sífilis com vistas a eliminação da Sífilis Congênita.

A análise dos dados será realizada com base na análise de conteúdo¹, composta por três fases: inicia-se com a pré-análise, que corresponde à fase da organização dos materiais; posteriormente, inicia-se a exploração dos materiais, realizando o estudo aprofundado a partir do referencial teórico e, por último, o tratamento dos resultados, através de sua análise.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ACESSO E A ACESSIBILIDADE DAS MULHERES NEGRAS NA ATENÇÃO BÁSICA

As condições de acesso e acessibilidade são importantes meios de garantir o processo de cuidado na atenção básica em saúde. De acordo com Starfield, a Atenção Primária se estabelece como um nível de atenção à saúde que oferece a entrada no sistema para as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre as pessoas para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e tem responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação².

Dessa forma a atenção básica se caracteriza 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”³.

Na Atenção Básica os serviços de saúde se organizam através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que são priorizadas ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada, constituindo-se como importante componente para a estruturação do SUS, tendo sua atenção centrada na família, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença, visando práticas para além das curativas, objetivando a promoção da saúde. Tem como princípios a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Nessa perspectiva, a concepção referente ao acesso e acessibilidade torna-se imprescindível, na medida em que poderão haver obstáculos para a efetivação do processo de cuidado em saúde. A conceituação dos termos acesso e acessibilidade são complexas, já que há variações sobre sua compreensão, alguns autores os abordam como sinônimos, outros os referem com significados distintos. O conceito ao qual se vincula essa escrita emerge da apreensão de ambos os termos como antagônicos, mas complementares entre si para a garantia da atenção à saúde a população.

Desse modo, entende-se que o acesso consiste na “disponibilidade dos serviços de saúde do ponto de vista da oferta”, já a acessibilidade versa sobre a “possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados”⁴. Logo, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários atendidos⁵.

A acessibilidade é compreendida como além da entrada no serviço de saúde, uma vez que contempla as “[...] dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do contexto social e assistencial que podem expressar-se como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários (efetivos e/ou potenciais) do sistema de saúde”⁴.

Portando, tanto o acesso como a acessibilidade nos serviços de saúde perpassa pela garantia do atendimento à saúde dos usuários e ao respeito às suas necessidades, demandas e especificidades. O que também remete a perspectiva da equidade a partir da percepção de que todos os cidadãos têm o direito de acesso aos cuidados prestados pelo SUS, a equidade contempla a realidade que locais e pessoas diferentes têm necessidades distintas, e por isso soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com o contexto em que estão inseridas⁶.

Para isso, são fundamentais a construção de estratégias capazes de propiciar a inserção e inclusão de grupos sociais e historicamente vulneráveis que se encontram aquém dos processos de cuidado em saúde, como é o caso das mulheres negras, já que a “[...] discriminação, preconceito e estigmas são causas objetivas de adoecimento e morte”⁷.

Sabe-se que o processo de escravagismo deixou marcas profundas na sociedade brasileira, sendo algumas delas a persistência e a continuidade do preconceito de cor e do racismo, que são consequências do modelo econômico e social adotado pelo poder público, que internaliza uma íntima ligação com o racismo institucional⁸. Assim, o racismo institucional se constitui como uma barreira para o acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras.

Conforme apontado na publicação do Ministério da Saúde sobre a Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal sobre Atenção à Saúde das Mulheres Negras “há um

potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na interseção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse”⁹.

A partir do exposto, compreende-se que saúde das mulheres negras é determinada por marcadores sociais como raça, etnia, classe social e gênero, que devem ser levados em consideração tanto pelas políticas públicas como na atenção a saúde desenvolvida no cotidiano dos processos de trabalho nos serviço de saúde.

As políticas universais, ainda que sejam possibilidades de enfrentamento aos processos de exclusão e pretendam a diminuição das desigualdades, no que se refere à proteção da população negra, não estão sendo suficientes para a redução da disparidade racial em saúde. É possível afirmar que os governos brasileiros aderem às normativas, porém não necessariamente as transformam em metas ou regras legais para sua orientação e o resultado é a perpetuação dos processos de exclusão.

Portanto é fundamental que as políticas públicas, como também a política de saúde se irmane na luta para a implementação do direito à igualdade, compreendida como tarefa essencial à ao projeto democrático, já que a democracia significa a igualdade no exercício dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. A busca democrática requer fundamentalmente o exercício em igualdade de condições dos direitos humanos elementares. Se a democracia confunde-se com a igualdade, a implementação do direito à igualdade, por sua vez, impõe tanto o desafio de eliminar toda e qualquer forma de discriminação como o desafio de promover a igualdade¹⁰.

Destaca-se que aqui a igualdade dialoga com a concepção e justiça social e rompe com o racismo institucional, o qual se configura como o “fracasso coletivo de uma organização prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”⁸, e

se expressa de várias formas como atitudes e comportamentos racistas, tratamento estereotipado e atos discriminatórios praticados contra pessoas, com base em suas identidades étnico-raciais.

Os avanços no SUS são inegáveis e de suma importância para a garantia do direito a saúde da população brasileira. No entanto, este esbarra em inúmeras dificuldades com relação ao seu financiamento e gestão, repercutindo na carência de oferta e cobertura dos serviços, precarização dos processos de trabalho que refletem em práticas profissionais de baixa resolutividade e apontam para falta de acesso e acessibilidade de muitos usuários desse sistema, principalmente das mulheres negras.

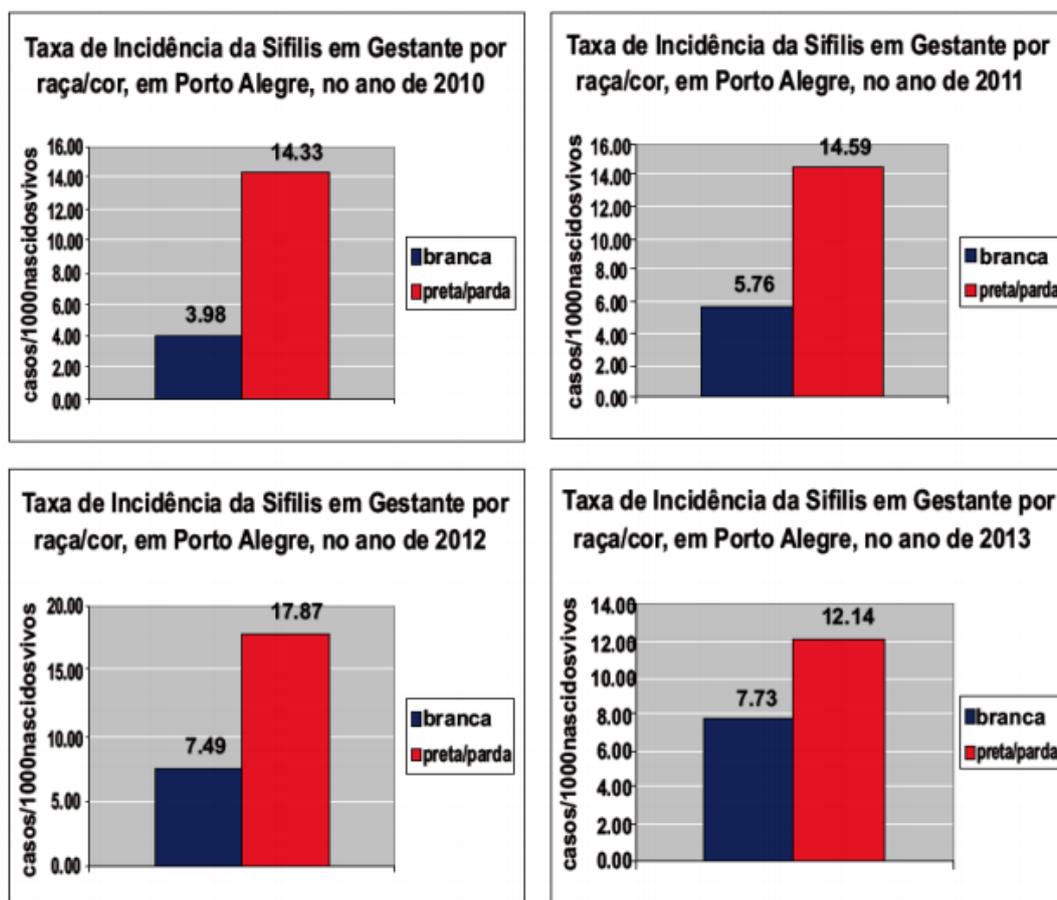
A efetivação do acesso e acessibilidade das mulheres negras aos serviços de saúde também perpassa pela dificuldade de reconhecer as particularidades referentes aos fatores étnico/raciais, opressões de gênero e aspectos relativos à classe social, que ao serem negligenciados repercutem no agravamento do quadro de saúde destas mulheres.

Os dados referentes à mortalidade materna no Brasil, “é de 65 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos. Mais da metade (57%) das gestantes que morreram em 2009 em decorrência da gravidez ou parto são negras”¹¹.

No que se refere ao Estado do Rio Grande do Sul, este apresenta uma população de 10.770.603 habitantes e a cidade de Porto Alegre lócus de execução do projeto tem 1.416.714 habitantes, o que corresponde a 13,15% da população do Estado. A população de Porto Alegre autodeclarada como negra é de 20,2%¹².

No que tange aos dados publicados no Boletim Epidemiológico do município de Porto Alegre sobre as mulheres gestantes com relação à incidência de sífilis no quesito raça/cor, são apontados na figura a seguir:

Figura 1 - Taxas de incidência da sífilis em gestantes por raça/cor, no período de 2010 a 2013, em Porto Alegre.



Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/POA - dados sujeitos a revisão.

A partir do exposto, observa-se a grande prevalência de sífilis nas mulheres negras no município de Porto Alegre em comparação com as mulheres brancas. Estes dados evidenciados nas informações da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre denuncia a necessidade de implementar fatores decisivos para a redução das desigualdades no município e apontam a urgência de formulação de políticas de promoção da igualdade e da equidade na saúde, com a participação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

A saúde da população negra analisada a partir do contexto histórico, sociocultural e econômico e na relação com as políticas de saúde aponta que até recentemente a população negra não tinha um atendimento igualitário na saúde. Especialmente as mulheres em período gestacional, que vivenciam situações de desamparo institucional. Um dado que reitera essa afirmação é

que 4,9% das mulheres negras grávidas em comparação com 1,67% das brancas não realizaram nenhuma consulta de pré-natal no ano de 2012¹³.

O que também justifica a importância do desenvolvimento do projeto de pesquisa a partir da identificação e análise de como vem se dando o acesso e a acessibilidade da mulher gestante autodeclarada negra ou parda com diagnóstico de sífilis e seu parceiro sexual à rede de saúde destacando desafios, possibilidades e dificuldades, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento e consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Assim, compreende-se que desvendar a realidade é fundamental para subsidiar as políticas dirigidas para o enfrentamento das expressões da questão social, em especial aos que incidem nos processos de exclusão e alijamento devido a questões de raça e cor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A garantia da saúde como direito social e dever do Estado, garantido através da Constituição de 1988, foi fundamental para assegurar o direito à saúde pública da população brasileira. Entretanto, ainda é preciso avançar em muitos aspectos, principalmente ao que tange a efetivação do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

Os resultados do projeto aqui apresentado encontram-se em processo de análise documental, faltando as entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Entretanto, os dados já levantados sugerem que a acessibilidade das mulheres autodeclaradas negras ou pardas e seus parceiros não está sendo garantida pelo SUS, demonstrando a importância de se implementar ações que visem a redução das desigualdades e a garantia da equidade na atenção à saúde das mulheres negras.

Portanto, torna-se essencial problematizar e atentar para o enfoque de raça, etnia, gênero e classe social para intervir nas necessidades e demandas das mulheres negras, a fim de oferecer uma atenção integral à saúde dessas, que respeite as suas singularidades culturais e especificidades com o intuito de reduzir os agravos que repercutem no seu processo de adoecimento e, assim, propiciar a promoção de saúde para essa população.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
2. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p.19.
4. TRAD, Leny Alves Bomfim et al. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. Rev Saúde Pública, 2012.
5. TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2004.
6. BOLZAN, Liana de Menezes. Onde estão as mulheres? a homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. 2015. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - PUCRS, Fac. de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2015.
7. BAHIA, Ligia. A cor do SUS. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/opiniao/a-cor-do-sus-10859761> >. Acesso em 13 maio de 2016.
8. PACE, Ângela F.; LIMA, Marluce O. Racismo Institucional: apontamentos iniciais. Revista do Difere - ISSN 2179 6505, v. 1, n. 2, dez/2011.
9. BENEVIDES, Maria Auxiliadora da Silva et al. Perspectiva da Equidade no Plano Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: Atenção à saúde das mulheres negras. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. PIOVESAN, Flavia. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005.
11. BATALHA, Elisa. Discriminação: ainda uma realidade. In: RADIS Comunicação e Saúde. nº 142, jul. 2014.
12. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Porto Alegre, 2013.
13. SOARES, Eliane Oliveira et. al. Saúde da população negra em Porto Alegre. In: PORTO ALEGRE, Boletim Epidemiológico, Ano XV, nº 53, Dezembro 2013.